



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217 2y.

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

**CORRELACION MASTOGRAFICA E
HISTOPATOLOGICA DEL CANCER
MAMARIO OCULTO**

4 1998
SERVICIOS
HOSPITALARIAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
MMM

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
EDUARDO GONZALEZ VACA**

ASESOR: DR. OSCAR ACOSTA HERNANDEZ



IMSS MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

[Handwritten signature]
IMSS

**EN COMISION
"LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS**

1998



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.

Ai DR. EDUARDO GONZALEZ VACA
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO

Ref.

Del DR. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL
JEFE DIVISION ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Fecha 11 DE MARZO DE 1991

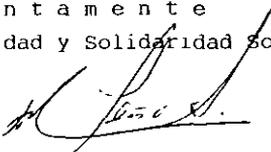
Asunto: EL QUE SE INDICA

Por la presente me permito informar a Ud. que en la sesión del Comité de Investigación Local del 4 de marzo próximo pasado, se presentó -- para su análisis su protocolo de investigación titulado "Correlación mastográfica e histopatológica en el cáncer mamario oculto". La decisión del Comité, una vez presentadas las conclusiones por el revisor de su proyecto, fué aprobarlo para su realización inmediata; la única observación que se le hace es aclarar a que pacientes se les practicó o se les efectuará la mastografía diagnóstica (antecedentes, factores de riesgo, etc.). El estudio en vez de llamarlo mixto, se debe -- consignar como retrospectivo parcial.

Por lo anterior, deberá ponerse en contacto a la brevedad posible con su asesor de tesis (Dr. Acosta Hernández) para iniciar su estudio. No omito mencionarle que es necesario que reporte a este Comité en forma periódica el grado de avance de su proyecto.

Aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
Seguridad y Solidaridad Social



DR. MARTIN SERGIO PEÑA SANDOVAL

ccp/ Dr. Oscar Acosta Hernández

"CORRELACION MASTOGRAFICA E HISTOPATOLOGICA EN
EL CANCER MAMARIO OCULTO".

Elentado por el Dr. Eduardo González Vaca

Despues de haber revisado con detenimiento el proyecto de protocolo presentado se concluye que está bien estructurado, existiendo correlacion entre los objetivos y el modo en que se piensa cumplirlos. El tipo de investigación es el adecuado para los fines que se persiguen. Es factible y el tiempo propuesto es adecuado.

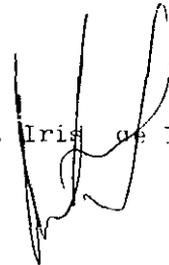
La unica observación (aunque está detallado en la hoja de captación) es que no se aclara a que pacientes se les va a efectuar o se les practicó la Mastografía Diagnóstica. (Antecedentes, factores de riesgo etc.).

En conclusión se aprueba.

México D. F. 15 de Febrero 1992

Atte.

Dr. S. Iris de la Cruz



Í N D I C E

	PAG.
ANTECEDENTES	3
HISTORIA	3
FRECUENCIA	3
ETIOPATOGENIA	4
DEFINICIONES OPERACIONALES	6
FACTORES DE RIESGO	7
A).- GENÉTICOS Y HEREDITARIOS	7
B).- MENARCA	8
C).- VARIABLES REPRODUCTIVAS	8
D).- HORMONAS ENDOGENAS	8
E).- TRATAMIENTOS HORMONALES	9
F).- EDAD	10
G).- DIETA	10
H).- ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA	10
DIAGNÓSTICO DEL CA. MAMARIO OCULTO	11
CLASIFICACIÓN TNM	12
ESTADIO CLÍNICO	13
TRATAMIENTO	14
HIPÓTESIS	16
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	17
OBJETIVOS	18
METODOLOGÍA	19
UNIVERSO DE TRABAJO	20
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
GRÁFICAS	22
RESULTADOS	31
CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFIA	34

ANTECEDENTES

HISTORIA.

EL CÁNCER MAMARIO ES TAN ANTIGÜO COMO LA HUMANIDAD, EN EL PAPIRO DE SMITH, QUE CUBRE ALREDEDOR DE 200 A.C., SE DESCRIBEN TUMORES MAMARIOS, HIPÓCRATES MENCIONÓ QUE HABÍAN TUMORES MAMARIOS INOPERABLES.(1)

EN 1942, FOOTE AND STEWART, DESCRIBIERON POR PRIMERA VEZ EL CARCINOMA LOBULILLAR LLAMADO IN SITU, EN 1966, SNYDER DESCRIBIÓ LAS CARACTERÍSTICAS MASTOGRAFICAS CARACTERIZADAS POR CALCIFICACIONES Y AUMENTO DE LA DENSIDAD DEL TEJIDO MAMARIO.(2)

EN ESTUDIOS MÁS RECIENTES SE HA DEMOSTRADO LA UTILIDAD DE LA MASTOGRAFIA, YA QUE EL 91% DEL CÁNCER MAMARIO SE DIAGNOSTICÓ POR MASTOGRAFIA.(3)

FRANKL, ENCONTRÓ QUE EL 43% DEL CÁNCER PALPABLE TENÍA GANGLIOS AXILARES POSITIVOS, EN TANTO QUE SOLO EL 16% SE ENCONTRARON EXCLUSIVAMENTE POR MASTOGRAFIA.(4)

PAPATESTAS Y COLS, ENCONTRARON UN GRUPO DE 475 MASTOGRAFIAS CON SOSPECHAS DE MALIGNIDAD, EL 31% SE CONFIRMÓ NEOPLASIA MALIGNA.(5)

HERMANN Y COLS, DE 220 MASTOGRAFIAS, CON SOSPECHA MASTOGRAFICA, SE ENCONTRARON 77 CASOS DE MALIGNIDAD.(6)

FERRIS Y COLS, ENCONTRARON 30% DE MALIGNIDAD EN 400 BIOPSIAS MASTOGRAFICAMENTE SOSPECHOSAS SIN LESIÓN PALPABLE.(7)

FRECUENCIA.

EL CARCINOMA MAMARIO SIGUE SIENDO UN PROBLEMA DE SALUD EN TODO EL MUNDO, PERO PRINCIPALMENTE EN PAISES INDUSTRIALIZADOS (ESTADOS UNIDOS, SUIZA Y FINLANDIA),

CERCA DEL 25% DE LAS MUJERES PADECEN CÁNCER, Y DE ÉSTAS, EL 25% PADECERÁN CÁNCER DE MAMA, SE HA PODIDO ASEVERAR QUE 1 DE CADA 17 MUJERES PRESENTARÁ ESTA NEOPLASIA, EL 99% DEL CÁNCER DE MAMA SE

PRESENTA EN MUJERES Y EL 1% EN VARONES. EL CÁNCER MAMARIO ES EL TUMOR MÁS FRECUENTE DE LA MUJER OCCIDENTAL Y SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA EN LA RAZA BLANCA QUE LA NEGRA. LAS MUJERES JUDIAS TIENEN LA CIFRA MÁS ALTA QUE LA MEDIA DE LA FRECUENCIA Y LAS DE CLASE SOCIOECONOMICA ALTA SON MÁS AFECTADAS QUE LAS DE LA CLASE BAJA.(8)

EN MÉXICO, NO SE HA PODIDO PRECISAR SU FRECUENCIA, PERO EL CÁNCER DE MAMA ES LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE EN MUJERES DE 25-60 AÑOS O MÁS Y EL CÁNCER MAMARIO ES LA SEGUNDA CAUSA DE MUERTE ENTRE LAS PRIMERAS 5 NEOPLASIAS MALIGNAS. EN EL AÑO DE 1987, SE REGISTRARON 1941 CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN POR CÁNCER MAMARIO, LO QUE SIGNIFICA UNA TASA DE MORTALIDAD DE 11,6 POR 100,000 MUJERES DE 25 AÑOS O MÁS. (9)

EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA Y CANADÁ, MUEREN POR CÁNCER DE MAMA 25-30 POR 100,000 MUJERES.(8)

ETIOPATOGENIA DEL CÁNCER MAMARIO.

EN RELACIÓN A LA ETIOPATOGENIA DEL CÁNCER MAMARIO SABEMOS QUE ES DESCONOCIDA; SIN EMBARGO, SE ENUNCIAN LA INTERRELACIÓN DE DIVERSOS FACTORES QUE FINALMENTE LLEGAN A DAR LUGAR A UNA NEOPLASIA MALIGNA; POR EJEMPLO, SE SUPONE QUE ANTE EL ESTÍMULO HORMONAL (PRINCIPALMENTE 17 BETA ESTRADIOL) Y OTROS FACTORES CONSIDERADOS COMO ONCÓGENOS, TALES COMO LA HIPERPLASIA ATÍPICA, LA QUE PUEDE SER PREMALIGNA, PRECURSORA DE LESIONES MALIGNAS.

ES UN HALLAZGO MUY COMÚN EN LOS ESPECÍMENES DEL CÁNCER DE MAMA, EL ENCONTRAR LA HIPERPLASIA DUCTAL O LOBULILLAR ATÍPICA, SIENDO PUES ÉSTA LA LESIÓN PIVOTE SOBRE LA QUE PUEDA DESARROLLARSE O NO UNA LESIÓN MALIGNA.

LA HIPERPLASIA ATÍPICA Y/O EL CARCINOMA IN SITU AL DESARROLLAR ANTIGENECIDAD PUEDEN SER ELIMINADOS POR EL SISTEMA INMUNE O POR OTROS FACTORES QUE INHIBEN EL CRECIMIENTO CELULAR, DE TAL FORMA QUE ENTONCES LA HIPERPLASIA ATÍPICA PUEDE EVOLUCIONAR EN DIFERENTES MANERAS: REGRESAR A LA NORMALIDAD, PERSISTIR CON HIPERPLASIA ATÍPICA, DESARROLLAR TUMORES BENIGNOS O CARCINOMA INVASOR.

LA FASE PREINVASORA DEL CARCINOMA DE MAMA (EL CA IN SITU) PRECEDERÁ LA FASE INVASORA DEL CARCINOMA POR VARIOS AÑOS; EL CA DUCTAL IN SITU FRECUENTEMENTE PARECE ORIGINARSE DE LESIONES POTENCIALMENTE PREMALIGNAS UBICADAS DENTRO DE LA UNIDAD DUCTO-ALVEOLAR TERMINA.

LA INTERRELACIÓN DE LOS SISTEMAS EN EL CÁNCER MAMARIO:

OTRO ASPECTO DE RELEVANTE IMPORTANCIA ES LA INTERRELACIÓN DE LOS DIFERENTES SISTEMAS ORGÁNICOS CON EL CARCINOMA CUANDO ÉSTE YA SE HA INSTALADO,

LAS VARIACIONES EN LAS CONSTANTES FISIOLÓGICAS DEL SISTEMA NEUROENDÓCRINO PUEDEN TENER INFLUENCIA EN EL TEJIDO MAMARIO TANTO EN EL NORMAL COMO EN EL AFECTADO POR CARCINOMA, Y AFECTAR TAMBIÉN AL SISTEMA INMUNE.

LOS ESTRÓGENOS (17 BETA ESTRADIOL), Y ALGUNOS ESTEROIDES TIENEN EL PODER DE ESTIMULAR EL CRECIMIENTO DEL TEJIDO MAMARIO, Y POR OTRA PARTE PUEDEN ACTIVAR EL SISTEMA INMUNE, (GLUCOCORTICOIDES) EN TANTO QUE LA PROGESTERONA ES CAPAZ DE BLOQUEAR ALGUNAS DE ESTAS ACCIONES.

POR OTRA PARTE, EL SISTEMA NEUROVEGETATIVO (SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO) PUEDE INFLUIR POR LAS VARIACIONES FISIOLÓGICAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD DE LOS SISTEMAS ENDOCRINO E INMUNE.

UN ESTADO DE ESTRES ES CAPAZ DE INCREMENTAR LA ACTIVIDAD ENDOCRINA EN FORMA GLOBAL, (PROLACTINA, CORTISOL, ESTRÓGENOS), SIENDO CONSECUENTEMENTE POSIBLE EL ESTÍMULO A LA NEOPLASIA (CRECIMIENTO TUMORAL) YA SEA EN FORMA DIRECTA (PROLACTINA, ESTRÓGENOS) O EN FORMA INDIRECTA POR LA VÍA DE DEPRIMIR EL SISTEMA INMUNE (CORTISOL).

UNA NEOPLASIA MALIGNA DE LA GLÁNDULA MAMARIA PARECE INICIARSE EN UNA SOLA CÉLULA, O EN UNA CLONA DE 20-30 CEL'S. Y EL FOCO DE CARCINOMA INICIAL DEBE PASAR POR MÁS DE 30 DUPLICACIONES EN SU VOLUMEN ANTES DE SER CLÍNICAMENTE DIAGNOSTICABLE.

EL CICLO DE DESARROLLO VITAL DE UN TUMOR MALIGNO MAMARIO SE DIVIDE PARA FINES DIDÁCTICOS EN DOS FASES: LA FASE PRECLÍNICA O INVISIBLE Y LA CLÍNICA O VISIBLE.

LA FASE PRECLÍNICA TIENE UNA DURACIÓN HIPOTÉTICA HASTA DE 8 AÑOS, ASUMIENDO QUE UNA CÉLULA TUMORAL MIDE 10μ , ESTE ES EL LAPSO DE

TIEMPO QUE LE TOMARÁ PRODUCIR UNA MASA DE UN CM. CLÍNICAMENTE DISTINGUIBLE, YA QUE EL TIEMPO DE DUPLICACIÓN TUMORAL SE CALCULA QUE VA DE 23 A 209 DIAS (COMO PROMEDIO 100 DIAS),

DURANTE LA FASE CLÍNICA DEJADA A SU EVOLUCIÓN NATURAL SE PIENSA QUE TIENE UNA DURACIÓN DE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS, Y PUEDEN CONTENER HASTA 1,000 BILLONES DE CÉLULAS (1 CM.³ TIENE 1 BILLÓN DE CÉLULAS),

LA VELOCIDAD EN LA MULTIPLICACIÓN TUMORAL PUEDE EN UN MOMENTO DADO SER VARIABLE, Y ESTAR INFLUENCIADA POR DIVERSOS FACTORES, TALES COMO ESTADO DE INMUNIDAD, TIPO HISTOLÓGICO, EDAD, ESTADO (HORMONAL), ESTIMULACIÓN FÍSICA O QUÍMICA,

ALGUNOS TUMORES POR ESTÍMULOS ESPECÍFICOS YA ENUNCIADOS PUEDEN CRECER MÁS RÁPIDAMENTE Y OTROS MÁS LENTAMENTE,

UN TIEMPO DE DUPLICACIÓN TUMORAL CORTO INDICA QUE EXISTEN UNA RELACIÓN HUESPED-TUMOR DE TIPO DESFAVORABLE, EN CAMBIO UN TIEMPO DE DUPLICACIÓN LARGO INDICA RELACIONES FAVORABLES. (1,10,11,12)

DEFINICIONES OPERACIONALES DE CÁNCER MAMARIO.

- . **CÁNCER MAMARIO OCULTO:** CRECIMIENTO DE CÉLULAS NEOPLÁSICAS EN LA GLÁNDULA MAMARIA CLÍNICAMENTE INDISTINGUIBLES. (13)
- . **CÁNCER MAMARIO ESPORÁDICO:** SE DEFINE ASÍ EL CÁNCER MAMARIO DE UNA PACIENTE CON ANTECEDENTES FAMILIARES NEGATIVOS EN DOS GENERACIONES DE HERMANOS NO GEMELOS, DESCENDIENTES, PADRES, TÍOS Y TÍAS Y AMBOS GRUPOS DE ABUELOS. (1,13)
- . **CÁNCER MAMARIO FAMILIAR:** DEFINIDO COMO EL CÁNCER MAMARIO DE DOS O MÁS PACIENTES DE PRIMERO O SEGUNDO GRADO, SIN TOMAR EN CUENTA LA EDAD DE INICIO, BILATERALIDAD O VÍNCULO CON OTRO CÁNCER. (13)
- . **CÁNCER MAMARIO HEREDITARIO:** LO ENTENDEMOS COMO UN PATRÓN DE CÁNCER MAMARIO DENTRO DE LA FAMILIA EN PARTICULAR, QUE MUESTRA SEGREGACIÓN AUTOSÓNICA DOMINAN-

TE, PERO TAMBIÉN PUDIERA MOSTRAR OTRAS FORMAS DE CÁNCER RELACIONADAS, COMO EL CARCINOMA OVÁRICO EN EL SÍNDROME DE CÁNCER MAMARIO OVÁRICO.(14)

. SOSPECHA MASTOGRAFICA: IMAGEN MASTOGRAFICA CONOCIDAS COMO SUGESTIVAS DE MALIGNIDAD,(15)

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES MASTOGRAFICAS SOSPECHOSAS:(16)

- 1) MICROCALCIFICACIONES.- BRILLANTES, FINAS, AGRUPADAS EN UN NÚMERO DE 5 O MÁS POR CM².
- 2) NODULO O MASO.- MAL DELIMITADA, PUDIENDO SER EN FORMA ESTRELLADA, CON AUMENTO DE LA DENSIDAD.
- 3) AMBAS LESIONES.

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER MAMARIO.

A).- FACTORES GENÉTICOS Y HEREDITARIOS.- EXISTEN CLARAS PRUEBAS DE UN AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO ENTRE LAS HERMANAS Y LAS MADRES DE LAS ENFERMAS AFECTADAS POR ESTA NEOPLASIA MALIGNA. TAMBIÉN SE HA COMPROBADO QUE LAS FAMILIAS EN LAS CUALES DOS O MÁS MUJERES ENFERMAS DE CÁNCER DE MAMA ESTÁN MÁS EXPUESTAS A PADECER CÁNCER DE COLON, OVARIO, ENDOMETRICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LEUCEMIAS Y SARCOMAS; CONFORMANDOSE UN VERDADERO SÍNDROME DE CÁNCER MAMARIO HEREDITARIO, AÚN CUANDO LA AGREGACIÓN FAMILIAR DEL CÁNCER MAMARIO SE CONOCE DESDE LA ANTIGÜEDAD, LOS ESTUDIOS RECIENTES MUESTRAN QUE EL RIESGO RELATIVO DE UNA MUJER CON UNA PARIENTE DE PRIMER GRADO AFECTADA, ES 2.3 VECES EL RIESGO NORMAL; MIENTRAS QUE AQUELLOS CON UN PARIENTE DE SEGUNDO GRADO ES DE 1.5 VECES, VARIANDO EL RIESGO HASTA 14 VECES EN AQUELLAS MUJERES CON LA MADRE Y UNA HERMANA

TE, PERO TAMBIÉN PUDIERA MOSTRAR OTRAS FORMAS DE CÁNCER RELACIONADAS, COMO EL CARCINOMA OVÁRICO EN EL SÍNDROME DE CÁNCER MAMARIO OVÁRICO, (14)

- SOSPECHA MASTOGRÁFICA: IMAGEN MASTOGRÁFICA CONOCIDAS COMO SUGESTIVAS DE MALIGNIDAD, (15)

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES MASTOGRÁFICAS SOSPECHOSAS: (16)

- 1) MICROCALCIFICACIONES.- BRILLANTES, FINAS, AGRUPADAS EN UN NÚMERO DE 5 O MÁS POR CM².
- 2) NODULO O MASO.- MAL DELIMITADA, PUDIENDO SER EN FORMA ESTRELLADA, CON AUMENTO DE LA DENSIDAD.
- 3) AMBAS LESIONES.

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER MAMARIO.

- A).- FACTORES GENÉTICOS Y HEREDITARIOS.- EXISTEN CUARAS PRUEBAS DE UN AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO ENTRE LAS HERMANAS Y LAS MADRES DE LAS ENFERMAS AFECTADAS POR ESTA NEOPLASIA MALIGNA, TAMBIÉN SE HA COMPROBADO QUE LAS FAMILIAS EN LAS CUALES DOS O MÁS MUJERES ENFERMAS DE CÁNCER DE MAMA ESTÁN MÁS EXPUESTAS A PADECER CÁNCER DE COLÓN, OVARIO, ENDOMETRICO, SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LEUCEMIAS Y SORCOMAS; CONFORMANDOSE UN VERDADERO SÍNDROME DE CÁNCER MAMARIO HEREDITARIO. AÚN CUANDO LA AGREGACIÓN FAMILIAR DEL CÁNCER MAMARIO SE CONOCE DESDE LA ANTIGÜEDAD, LOS ESTUDIOS RECIENTES MUESTRAN QUE EL RIESGO RELATIVO DE UNA MUJER CON UNA PARIENTE DE PRIMER GRADO AFECTADA, ES 2.3 VECES EL RIESGO NORMAL; MIENTRAS QUE AQUELLOS CON UN PARIENTE DE SEGUNDO GRADO ES DE 1.5 VECES. VARIANDO EL RIESGO HASTA 14 VECES EN AQUELLAS MUJERES CON LA MADRE Y UNA HERMANA

AFECTADAS POR CÁNCER MAMARIO, (13,14,17)

B).- **MENARCA.**- SE ADMITE QUE EL CÁNCER DE MAMA ES MÁS FRECUENTE EN MUJERES QUE TIENEN UNA LARGA VIDA MENSTRUAL: ESTO ES, EN AQUELLAS QUE TIENEN UNA MENARCA TEMPRANA Y UNA MENOPAUSIA TARDÍA. LO ANTERIOR, OBEDECE PROBABLEMENTE AL MAYOR TIEMPO QUE EL PARENQUIMA MAMARIO ESTÁ SOMETIDO AL INFLUJO HORMONAL OVÁRICO. SE ESTIMA QUE EL RIESGO DE PRESENTAR UN CÁNCER MAMARIO SE DUPLICA CUANDO COINCIDEN LOS FACTORES MENCIONADOS DE MENARCA TEMPRANA Y MENOPAUSIA TARDÍA, (18)

C).- **VARIABLES REPRODUCTIVAS.**- DEL 30% A 70% DEL CÁNCER DE MAMA SE PRESENTA EN NULÍPARAS. TAMBIÉN ES POSIBLE ASEVERAR QUE EL RIESGO DEL MISMO ES MENOR CUANDO MÁS JOVEN SE TENGA EL PRIMER EMBARAZO A TÉRMINO.

LAS MUJERES QUE TIENE SU PRIMER EMBARAZO A TÉRMINO A LOS 30 AÑOS ADQUIEREN EL RIESGO DE 2,5 VECES MÁS DE LAS POSIBILIDADES DE TENER CÁNCER MAMARIO, (19)

D).- **HORMONAS ENDOGENAS.**- ESTRÓGENOS: EL POSIBLE PAPEL CARCINOGENÉTICO DE LOS ESTRÓGENOS, SE HA FUNDAMENTADO EN LA EVIDENCIA EXISTENTE DE SU CARÁCTER PROMOTOR CARCINOGENÉTICO EN ANIMALES, EN LA RESPUESTA TERAPÉUTICA DE ALGUNOS TUMORES A LA ADMINISTRACIÓN DE ESTRÓGENOS Y ANTIESTRÓGENOS Y LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS TUMORES MALIGNOS DE MAMA. APARENTEMENTE EL PAPEL DE LOS ESTRÓGENOS ESTÁ ASOCIADO A LA INICIACIÓN TUMORAL, MAS QUE A LA PROMOCIÓN MALIGNA EN EL TEJIDO MAMARIO NORMAL.

EN ESTUDIOS EFECTUADOS EN ANIMALES DE EXPERIMENTACIÓN CONCLUYEN QUE LA ESTRONA (E1) Y EL ESTRADIOL (E2) SON CARCINOGENÉTICOS EN CIERTOS ANIMALES, MIENTRAS QUE EL ESTRIOL (E3) TIENE UN EFECTO ANTAGONICO CON AQUELLOS Y PROTECCIÓN PARA EL PARENQUIMA MAMARIO, (20)

E).- TRATAMIENTOS HORMONALES.- EXISTE GRAN CONTROVERSIAS EN RELACIÓN AL PAPEL QUE JUEGAN LOS ANTICONCEPTIVOS Y EL USO DE ESTRÓGENOS UTILIZADOS EN EL SÍNDROME CLIMATÉRICO Y EL RIESGO DE CÁNCER MAMARIO, NUMEROS ESTUDIOS EPIDEMIALÓGICOS, SEÑALAN QUE LA MAYORÍA DE LAS MUJERES UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS NO DE HAN DEMOSTRADO NINGÚN EFECTO, NI NEGATIVO, NI POSITIVO, EN EL RIESGO DE CÁNCER MAMARIO. SIN EMBARGO, EN CIERTOS SUBGRUPOS DE MUJERES EL AUMENTO DE RIESGO ES CONTROVERSIAL, LOS SUBGRUPOS CON ESTA EVIDENCIA SON MUJERES QUE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS POR LARGO TIEMPO A EDAD TEMPRANA, MENOS DE 20 AÑOS Y ANTES DE SU PRIMER EMBARAZO, O EN EDADES TARDÍAS, ENTRE LOS 45 Y 55 AÑOS; Y TAMBIÉN EN AQUELLAS MUJERES QUE TIENEN ANTECEDENTE DE BIOPSIA POR PADECIMIENTOS BENIGNOS DE LA GLÁNDULA.

GRAN CANTIDAD DE ESTUDIOS, REPORTAN QUE LA TERAPIA ESTROGÉNICA DE REEMPLAZO NO ELEVA EL RIESGO DE CÁNCER MAMARIO. SIN EMBARGO, RECIENTES REPORTES SEÑALAN LA ELEVACIÓN DE RIESGO EN CIERTOS SUBGRUPOS DE MUJERES. ALGUNOS DOCTORES SEÑALAN EL AUMENTO DE RIESGO EN MUJERES QUE TIENEN OOFORECTOMÍA BILATERAL, MIENTRAS QUE OTROS LO SEÑALAN PARA AQUEL GRUPO QUE TIENE LOS OVARIOS INTACTOS.

DOS ESTUDIOS RECIENTES, BASADOS EN NÚMEROS APROPIADOS DE MUJERES QUE RECIBIERON ESTROGENOTERAPIA DE REEMPLAZO POR 15 AÑOS O MÁS, REPORTAN UN RIESGO RELATIVO DE 1.5 EN LAS MUJERES QUE USARON DICHA TERAPIA POR 20 AÑOS O MÁS. EL OTRO ESTUDIO, BASADO EN CASOS Y CONTROL DE 20 A 54 AÑOS, ENCONTRÓ UN RIESGO RELATIVO DE 1.7 EN MUJERES CON OOFORECTOMIA BILATERAL QUE UTILIZARON ESTROGEROTERAPIA POR 15 AÑOS O MÁS Y UN RIESGO DE 2.0 EN MUJERES CON HISTERECTOMIA QUE TENIA UNO O LOS DOS OVARIOS INTACTOS CON SIMILAR TIEMPO DE TRATAMIENTO.

ALGUNOS SUGIEREN QUE EL AUMENTO DEL RIESGO CON EL AUMENTO DE LAS DOSIS DE ESTRÓGENO. (21)

F).- **EDAD.**- EN LOS PAISES OCCIDENTALES INDUSTRIALIZADOS, EN ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA Y EN GENERAL EN AQUELLOS DE ALTO RIESGO DE FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO, LAS CIFRAS DE ESTA NEOPLASIA MALIGNA AUMENTAN RÁPIDAMENTE A PARTIR DE LOS 45 Ó 50 AÑOS; DESPUES SE OBSERVA UN AUMENTO GRADUAL Y SOSTENIDO CONFORME AUMENTA LA EDAD, HASTA EL FINAL DE LA VIDA,

EN LOS PAISES DE RIESGO INTERMEDIO REPRESENTADOS POR GRECIA, LAS CIFRAS DE FRECUENCIA PRESENTAN ELEVACIÓN MUY DISCRETA DESPUES DE LOS 50 AÑOS Y PERMANECEN CONSTANTES HASTA EL RESTO DE LA VIDA.

ESTE FENÓMENO ES QUE PROBABLEMENTE SE OBSERVA EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE AMERICA LATINA, DONDE LA EDAD PROMEDIO DE PRESENTACIÓN DEL CÁNCER MAMARIO ES DEL 57,3 AÑOS. (8)

G).- **DIETA.**- ALGUNOS ESTUDIOS SEÑALAN LA EVIDENCIA PRESENTE ENTRE LA RELACIÓN DEL CONSUMO ANUAL "PER CAPITA" DE GRASAS Y EL RIESGO ELEVADO DE CÁNCER MAMARIO, QUE SE EXPLICARÍA POR EL CRECIMIENTO EN EL INTESTINO DE UN DOSTRIDIO ANALRABIO LECITINASA NEGATIVO, QUE IN VTRIO PUEDE PRODUCIR ESTRONA, ESTRADIOL Y 17 MEDROXIL ESTRADIOL.

POR OTRO L'ADO, EN LAS MUJERES POSTMENOPAUSICAS LA PRODUCCIÓN DE ESTRÓGENOS SE DERIVA DE LA CONVERSIÓN DE LA ANDROSTENODIONA DE ORIGEN SUPRARRENAL A ESTRONA; ESTO TIENE LUGAR EN EL TEJIDO ADIPOSO Y ES ESPECIALMENTE RÁPIDA EN LAS MUJERES OBESAS. (22)

H).- **ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA.**- LAS MUJERES CON HISTORIA DE MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA, TIENEN DE 2 A 4 VECES INCREMENTO EN EL RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER MAMARIO. ESTE AUMENTO DEL RIESGO HA SIDO ENCONTRADO QUE PERSISTE AL MENOS 30 AÑOS DESPUÉS DE QUE LA ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA HA SIDO DIAGNOSTICADA.

EN EL TÉRMINO DE MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA, SE INCLUYEN DIVERSOS PADECIMIENTOS QUE TIENEN UN RIESGO DIFERENTE DE PRESENTAR CÁNCER

MAMARIO; ADEMÁS EL RIESGO ELEVADO MENCIONADO POR HAAGENSEN PARA LA VARIEDAD DE QUISTES MICROSCÓPICOS, SE REPORTA PARA LA SEVERA HIPERPLASIA DUCTAL, PARA LA HIPERPLASIA EPITELIAL (PAPILOMATOSIS Y PAPILOMATOSIS JUVENIL). ESTE RIESGO ES PARTICULARMENTE ELEVADO CUANDO A LA HIPERPLASIA SE ADICIONA LA PRESENCIA DE ATIPIAS CELULARES. (23)

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER MAMARIO OCULTO.

SE REALIZA POR MASTOGRAFIA, LA CUAL SE LLEVA A CABO POR MEDIO DE LA SOSPECHA CLÍNICA, TOMANDO EN CUENTA LOS FACTORES DE RIESGO ANTES MENCIONADOS; YA QUE SE PUEDEN EVIDENCIAR LAS LESIONES NO PALPABLES. OTRA VENTAJA DE LA MASTOGRAFIA DIAGNÓSTICA SE PUEDEN OBSERVAR AMBAS MAMAS DADA LA INCIDENCIA DEL CÁNCER BILATERAL, Y QUE EL 53% DE LOS CÁNCER CENTRALATERALES, SOLO SE DEMOSTRARON CON ESTE ESTUDIO. (24)

LA SOSPECHA MASTOGRAFICA SE CORROBORA CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO A TRAVÉS DE LA BIOPSIA EXCISIONAL.

MAMARIO; ADEMÁS EL RIESGO ELEVADO MENCIONADO POR HAAGENSEN PARA LA VARIEDAD DE QUISTES MICROSCÓPICOS, SE REPORTA PARA LA SEVERA HIPERPLASIA DUCTAL, PARA LA HIPERPLASIA EPITELIAL (PAPILOMATOSIS Y PAPILOMATOSIS JUVENIL), ESTE RIESGO ES PARTICULARMENTE ELEVADO CUANDO A LA HIPERPLASIA SE ADICIONA LA PRESENCIA DE ATIPIAS CELULARES. (23)

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER MAMARIO OCULTO.

SE REALIZA POR MASTOGRAFIA, LA CUAL SE LLEVA A CABO POR MEDIO DE LA SOSPECHA CLÍNICA, TOMANDO EN CUENTA LOS FACTORES DE RIESGO ANTES MENCIONADOS; YA QUE SE PUEDEN EVIDENCIAR LAS LESIONES NO PALPABLES, OTRA VENTAJA DE LA MASTOGRAFIA DIAGNÓSTICA SE PUEDEN OBSERVAR AMBAS MAMAS DADA LA INCIDENCIA DEL CÁNCER BILATERAL, Y QUE EL 53% DE LOS CÁNCER CENTRALATERALES, SOLO SE DEMOSTRARON CON ESTE ESTUDIO. (24)

LA SOSPECHA MASTOGRAFICA SE CORROBORA CON ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO A TRAVÉS DE LA BIOPSIA EXCISIONAL.

CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER MAMARIO TNM.

DEFINICIÓN DE TNM:

- TX TUMOR PRIMARIO QUE NO PUEDE SER MEDIDO.
T0 NO EXISTE EVIDENCIA DE TUMOR PRIMARIO.
Tis CARCINOMA IN SITU; CARCINOMA INTRADUCTAL, LOBULAR, ENFERMEDAD DE PAGET SIN NÓDULO PALPABLE EN EL PEZÓN.
T1 TUMOR DE 2 CMS. O MENOS EN SU DIÁMETRO MAYOR.
T1A TUMOR DE 0,5 CMS. O MENOS EN SU DIÁMETRO MAYOR.
T1B TUMOR MAYOR DE 0,5 CMS. PERO NO MÁS DE 1 CM. EN SU DIÁMETRO MAYOR.
T1C TUMOR DE MÁS DE 1 CM. PERO NO MÁS DE 2 CMS. EN SU DIÁMETRO MAYOR.
T2 TUMOR DE MÁS DE 2 CM. PERO NO SUPERIOR A 5 CMS. EN SU DIÁMETRO MAYOR.
T3 TUMOR DE MÁS DE 5 CMS. EN SU DIÁMETRO MAYOR.
T4 TUMOR DE CUALQUIER TAMAÑO CON EXTENSIÓN DIRECTA A LA PARED DEL PECHO O LA PIEL.
T4A EXTENSIÓN A LA PARED DEL PECHO.
T4B EDEMA INCLUYENDO PIEL NARANJA O ULCERACIÓN DE LA PIEL DEL SENO, O NÓDULOS SATÉLITES EN LA PIEL DEL SENO, HOMOLATERALES.
T4C AMBOS (T4A Y T4B).
T4D CARCINOMA INFLAMATORIO.
N: NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES
NX NÓDULOS LINFÁTICOS REGIONALES QUE NO PUEDEN SER MEDIDOS (EJEMPLO PROMOCIÓN PREVIA)
N0 NO EXISTEN NÓDULOS REGIONALES METASTÁSICOS.
N1 NÓDULO LINFÁTICO HOMOLATERAL METASTÁSICO MÓVIL.
N2 NÓDULO LINFÁTICO AXILAR METASTÁSICO FIJO A OTROS O A OTRAS ESTRUCTURAS AXILARES.
N3 METASTÁSIS A LOS NÓDULOS LINFÁTICOS DE LA MAMARIA INTERNA IPSILATERALES.
M: METASTASIS DISTANTES
MX PRESENCIA DE METASTÁSIS QUE NO PUEDEN SER MEDIDAS.
M0 NO EXISTEN METASTÁSIS DISTANTES.
M1 METASTÁSIS DISTANTES. INCLUYE METASTÁSIS A LOS NÓDULOS LINFÁTICOS IPSILATERALES SUPRACLAVICULARES.

CARCINOMA OF THE BREAST. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS.
CHICAGO. OCTUBRE 23-28, 1988, CLINICAL CONGRESS.

ESTADIOS DEL CÁNCER DEL SENO.

ESTADIO 0	T _{is}	NO	MO
ESTADIO I	T _I	NO	MO
ESTADIO IIA	T ₀	N ₁	MO
	T _I	N ₁	MO
	T ₂	NO	MO
ESTADIO IIB	T ₂	N ₁	MO
	T ₃	NO	MO
ESTADIO IIIA	T ₀	N ₂	MO
	T ₁	N ₂	MO
	T ₂	N ₂	MO
	T ₃	N ₁ ,N ₂	MO
ESTADIO IIIB	T ₄	CUALQUIER N	MO
	CUALQUIER T	N ₃	MO
ESTADIO IV	CUALQUIER T	CUALQUIER N	MI

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER: MANUAL FOR STAGING
OF CANCER, ED 3. PHILADELPHIA, JB LIPPINCOTT CO. 1988

TRATAMIENTO DEL CÁNCER MAMARIO.

UNIVERSALMENTE SE ACEPTA QUE EL TRATAMIENTO PRIMARIO PARA EL CÁNCER MAMARIO ES EL QUIRURGICO, LOS PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS HAN VARIADO SIGNIFICATIVAMENTE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS; EL MÁS COMÚN FUE LA MASFECTOMIA RADICAL DEL DR. HALSTED, LA QUE DESDE FINES DEL SIGLO PASADO SE CONSIDERÓ COMO CLÁSICA Y PERDURÓ HASTA LOS AÑOS 70'S, ÉPOCA EN LA QUE SE INICIARON HACIA UNA MAYOR RADICALIDAD, ESTA TÉCNICA, CONOCIDA COMO MASTECTOMIA SUPER-RADICAL O MASTECTOMIA RADICAL AMPLIADA, ES EL MISMO PROCEDIMIENTO CLÁSICO DEL DR. HALSTED AMPLIANDO LA DISECCIÓN DE LOS VASOS Y LINFÁTICOS DE LA CADENA MAMARIA INTERNA PREVIA RECESIÓN DE LOS CÁRTILAGOS COSTALES DEL SEGUNDO AL QUINTO, Y SU EXTIRPACIÓN EXTRAPLEURAL, (25)

EN AMBOS PROCEDIMIENTOS SE ACOSTUMBRÓ A EMPLEAR LA RADIOTERAPIA COMO COMPLEMENTO TERAPÉUTICO SOBRE TODO LA PRESENCIA DE GANGLIOS AXILARES METASTASICOS; CON COBALTO 60 A 5 CAMPOS DIFERENTES, CONOCIDO COMO CICLO MAMARIO: AXILOSUPRACLAVICULAR, ESCAPULAR, MAMARIO INTERNO Y DOS TANGENCIALES; CON UNA DOSIS PROMEDIO DE 5000 RADS. Y UNA POTRACCIÓN DE 6 SEMANAS,

LA MORBILIDAD DE LA SUPERMASTECTOMIA ERA SUPERIOR A LA RADICAL CLÁSICA Y ANTE LA SIMILITUD DE RESULTADOS COMPARATIVOS, SE DEJÓ DE USAR LA SUPERMASTECTOMIA, (26)

A PRINCIPIOS DE LOS AÑOS 60'S, LA LLAMADA CIRUGÍA CONSERVADORA TOMÓ AUGE; SE INICIARON CIRUGÍAS LIMITADAS, TRATANDO DESDE LUEGO BRINDAR BUENOS RESULTADOS CON LA PRESERVACIÓN DE LA GLÁNDULA,

EL PRIMER ESTUDIO RANDOMIZADO DE CIRUGÍA CONSERVADORA COMPARADO CON CIRUGÍA RADICAL POR EL DR. VERONESI EN MILÁN, INICIADO EN 1973 Y REPORTADO FINALMENTE EN 1980, PRESENTÓ UN ESTUDIO DE 701 PACIENTES CON ETAPAS I A QUIENES LA MITAD (352), SE LES REALIZÓ UNA TÉCNICA CONSERVADORA DENOMINADA CUADRANTECTOMIA, SEGUIDA DE LA DISECCIÓN RADICAL DE AXILA Y COMPLEMENTADA CON RADIOTERAPIA A LA MAMA, A DOSIS DE 5000 RADS. CUANDO SE ENCONTRARON GANGLIOS POSITIVOS A METASTASIS EL EMPLEO DE QUIMIOTERAPIA (CICLOFOSFAMIDA, METOTREXATE Y FLUORACILO), (27)

LA TÉCNICA DE LA CUADRANTECTOMIA CONSISTE INICIALMENTE EN LA COMPROBACIÓN HISTOPATOLÓGICA TRANSOPERATORIA DEL CARCINOMA MAMARIO MEDIANTE BIOPSIA EXICIONAL SEGUIDA DE EXTIRPACIÓN DEL TEJIDO VECINO EN FORMA TRIDIMENSIONAL DE APROXIMADAMENTE 3 CM., O EL CORRESPONDIENTE EN BLOQUE UNA CUARTA PARTE DEL VOLUMEN TOTAL DEL PARENQUIMA MAMARIO; POR SEPARADO, EL CONTENIDO AXILAR TOTAL MEDIANTE UNA LINFADENECTOMIA RADICAL.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES NO PALPABLES ES QUE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO SE CONSIDERAN COMO CLÍNICAMENTE T₁ Y QUE CONSECUENTEMENTE LA PACIENTE CON UN T₁ ES CANDIDATO A CIRUGÍA CONSERVADORA AUNADO A RADIOTERAPIA LOCAL. Y LA SOBREVIVENCIA DE LAS ETAPAS I Y II ES EL 100% A 3 AÑOS, (28)

HIPÓTESIS.

A).- ALTERNA:

LA MASTOGRAFIA ES UN MÉTODO ÚTIL DE ACUERDO A SU SENSIBILIDAD PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER MAMARIO CLÍNICAMENTE OCULTO.

B).- NULA:

LA MASTOGRAFIA NO ES UN MÉTODO ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER MAMARIO CLÍNICAMENTE OCULTO DEBIDO A SU FALTA DE SENSIBILIDAD, EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA "DR. LUIS CASTELAZO AYALA".

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

EL PRESENTE ESTUDIO REVISTE GRAN IMPORTANCIA, YA QUE EL CÁNCER MAMARIO ES UN GRAN PROBLEMA DE SALUD. ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN LA MUJER, LAS CUALES SE PUEDEN EVITAR SI SE CONOCEN LOS FACTORES DE RIESGO PARA ESTA ENFERMEDAD Y, QUE SI SE DETECTAN, SE PUEDE DIAGNOSTICAR EL CÁNCER MAMARIO EN SU ETAPA MUY INICIAL, BRINDÁNDOLE A LA PACIENTE EL BENEFICIO DE LA DETECCIÓN TEMPRANA, LO CUAL LE PERMITE EL ACCESO A CIRUGÍA NO MUTILADORA (QUADRANTECTOMIA O TUMORECTOMIA) CON SOBREVIVENCIA AMPLIA O HASTA LA CURACIÓN,

MOTIVAR A LOS GINECOOSTETRAS A QUE SI SE DETECTAN FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER MAMARIO, SOLICITAR LA MASTOGRAFIA DIAGNÓSTICA EN FORMA PERIÓDICA DE MANERA RUTINARIA,

CONOCER LA SENSIBILIDAD DE LA MASTOGRAFIA DIAGNÓSTICA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO EN NUESTRO MEDIO HOSPITALARIO,

MOTIVAR A LOS INVESTIGADORES Y CONOCEDORES DE LA MATERIA PARA REALIZAR INVESTIGACIONES MÁS PROFUNDAS, ASÍ COMO INNOVAR LAS FORMAS DE DIAGNÓSTICO YA EXISTENTES,

O B J E T I V O S .

- 1.- DEMOSTRAR QUE LA MASTOGRAFIA ES UN MÉTODO ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER MAMARIO CLÍNICAMENTE OCULTO.
- 2.- RELACIONAR LOS HALLAZGOS MASTOGRÁFICOS E HISTOPATOLÓGICOS.
- 3.- EVALUAR LOS REPORTES HISTOPATOLÓGICOS TRANSOPERATORIOS CON LOS DEFINITIVOS.
- 4.- CONOCER LAS ESTIRPES HISTOPATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN EL CÁNCER MAMARIO CLÍNICAMENTE OCULTO.
- 5.- EVALUAR CON MEDIDAS ESTANDAR (SENSIBILIDAD Y EL VALOR PREDICTIVO) LOS RESULTADOS, PARA OBTENER EL GRADO DE CONFIABILIDAD DE LA MASTOGRAFIA COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO.

METODOLOGÍA.

SE REALIZÓ UN ESTUDIO OBSERVACIONAL: RETROSPECTIVO PARCIAL DEL 01-08-89 AL 30-09-91, TRANSVERSAL: DESCRIPTIVO SE TOMÓ COMO UNIVERSO DE TRABAJO A TODA PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER MAMARIO, ANTECEDENTES OBSTETRICOS Y GINECOLÓGICOS: (COMO SON: PARIDAD TARDIA, NULIPARIDAD, MENARCA TEMPRANA, MENOPAUSIA TARDIA, OBESIDAD, ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA, PATOLOGÍA MAMARIA PREVIA O CÁNCER DE MAMA PREVIO); QUE NO PRESENTARA EVIDENCIA CLÍNICA DE LESIÓN MAMARIA, QUE HAYA SIDO SOMETIDA A MASTOGRAFIA DIAGNÓSTICA, QUE SE HAYAN ENCONTRADO DATOS MASTOGRÁFICOS SOSPECHOSOS DE MALIGNIDAD Y QUE SE LES HAYA REALIZADO BIOPSIA EXCISIONAL DE LA LESIÓN SOSPECHOSA.

*

UNIVERSO DE TRABAJO.

SE CONSTITUYE POR LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE TUMORES MAMARIOS DEL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA "DR. LUIS CASTELAZO AYALA" Y EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL ARCHIVO CLÍNICO DEL MISMO HOSPITAL, DE PACIENTES CON SOSPECHA MASTOGRÁFICA Y QUE FUERON SOMETIDOS A BIOPSIA EXCISIONAL.

LAS VARIABLES QUE SE ESTUDIARÁN SERÁN LAS SIGUIENTES:

- EDAD
- GESTACIÓN
- PARIDAD
- EDAD DEL PRIMER EMBARAZO
- MENARQUIA
- MENOPAUSIA
- OBESIDAD
- PATOLOGÍA MAMARIA
- HORMONAS EXOGENAS
- HISTORIA FAMILIAR DEL CÁNCER MAMARIO.
- CÁNCER DE MAMA PREVIO
- HALLAZGOS MASTOGRÁFICOS
- REPORTE HISTOPATOLÓGICO
 - * TRANSOPERATORIO
 - * DEFINITIVO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE _____

Nº PROGRESIVO _____

Nº DE AFILIACIÓN _____

EDAD _____

GESTA _____ PARA _____ ABORTOS _____

EDAD DE PRIMER EMBARAZO _____

MENORQUIA _____ MENOPAUSIA _____

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER MAMARIO:

* OBESIDAD _____

* PATOLOGÍA MAMARIA PREVIA _____

* HORMONAS EXOGENAS _____

* HISTORIA FAMILIAR DE
CÁNCER MAMARIO _____

* CÁNCER DE MAMA PREVIO _____

* MENOPAUSIA TARDIA _____

* MENARCA TEMPRANA _____

* PARIDAD TARDIA _____

* NULIPARIDAD _____

HALLAZGOS MASTOGRÁFICOS:

MICROCALCIFICACIONES _____

MASA O AUMENTO DE DENSIDAD _____

AMBOS _____

REPORTE HISTOPATOLÓGICO:

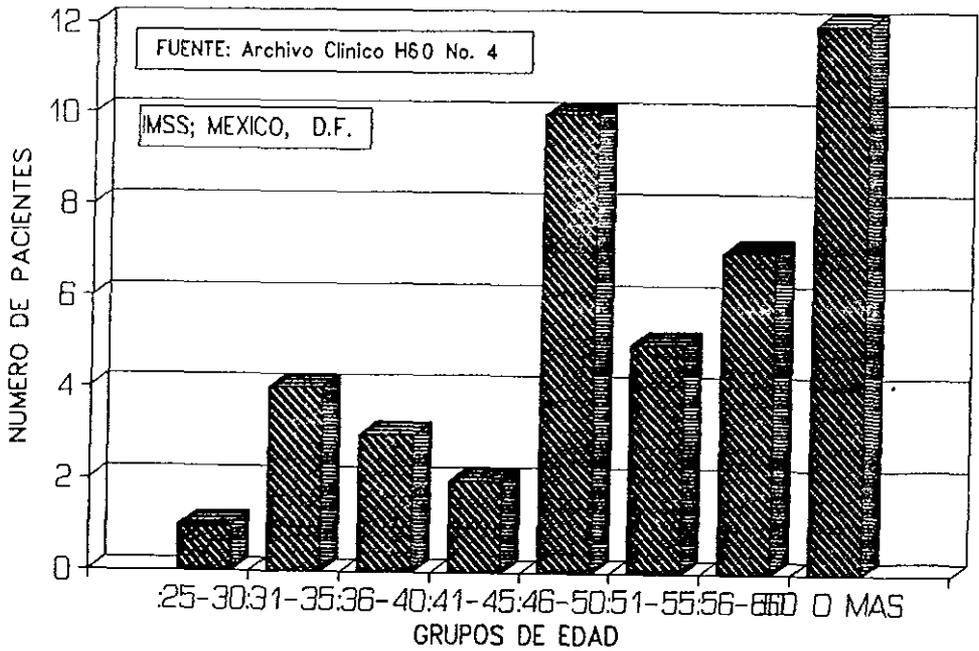
TRANSOPERATORIO _____

DEFINITIVO _____

G R A F I C A S

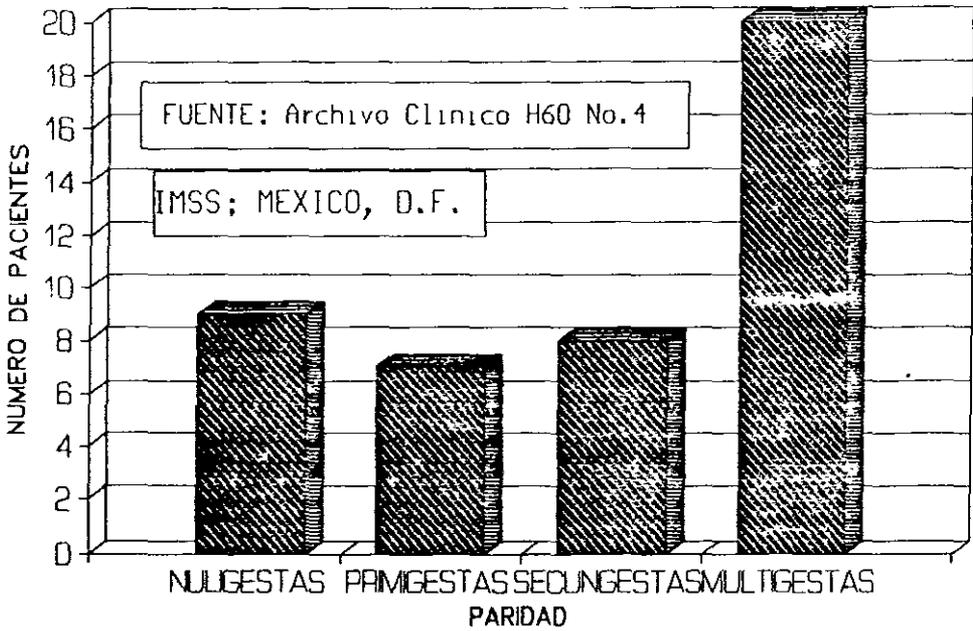
SOSPECHA MASTOGRAFICA

EDAD



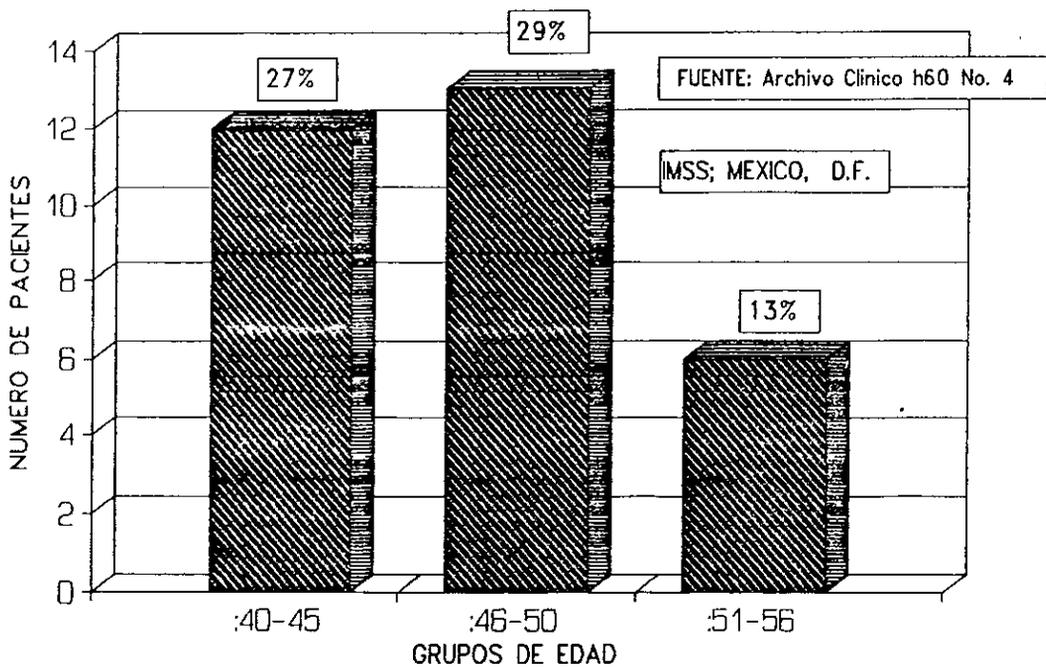
GRAFICA No 1

SOSPECHA MASTOGRAFICA ANTECEDENTES OBSTETRICOS



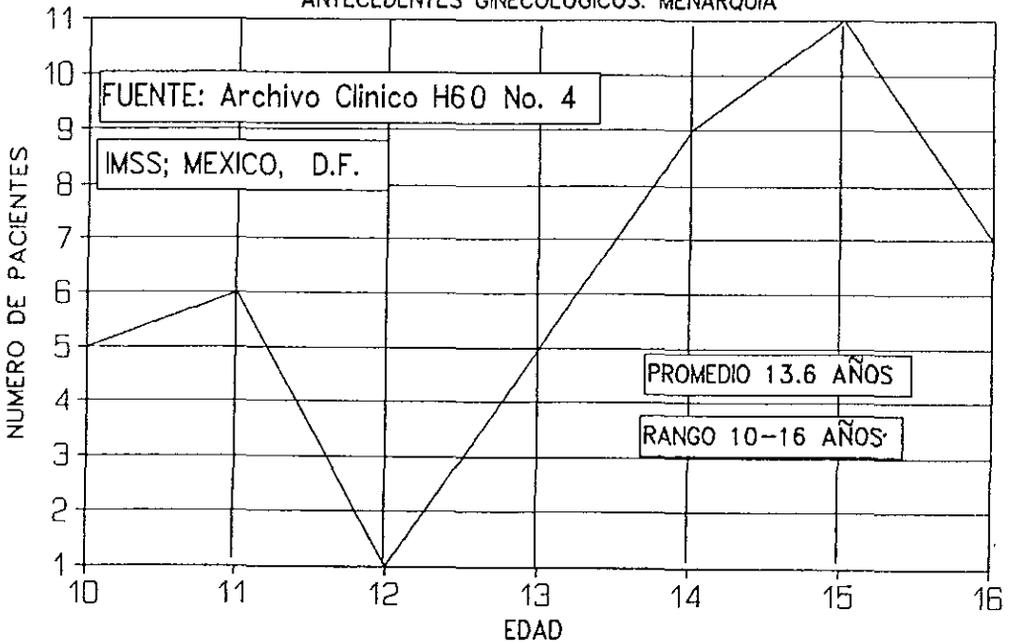
GRAFICA No 2

SOSPECHA MASTOGRAFICA ANTECEDENTES GINECOLOGICOS, MENOPAUSIA



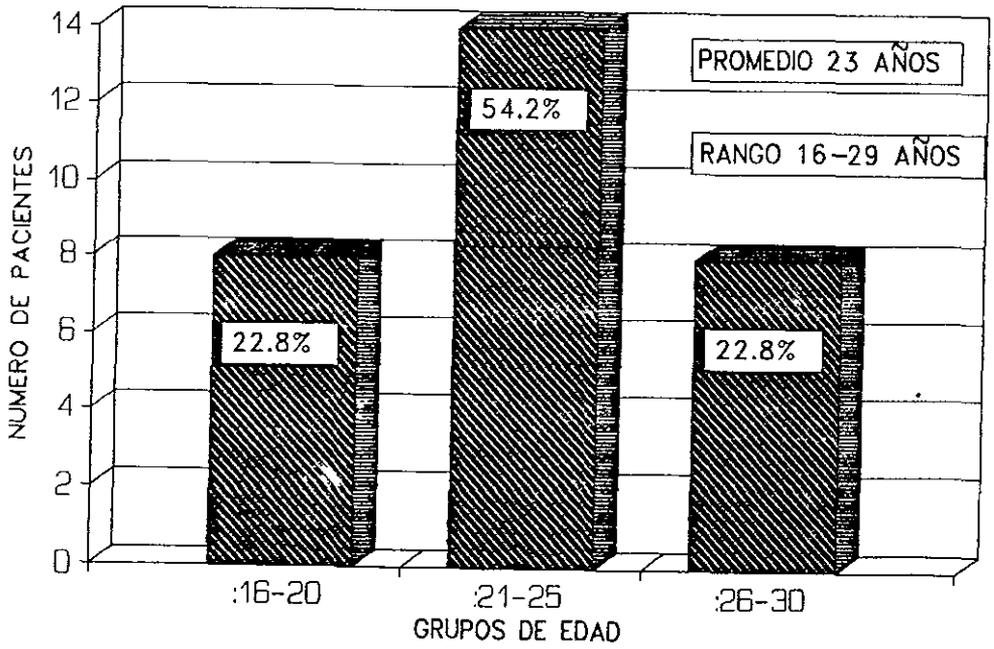
GRAFICA No 3

SOSPECHA MASTOGRAFICA
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS: MENARQUIA



GRAFICA No 4

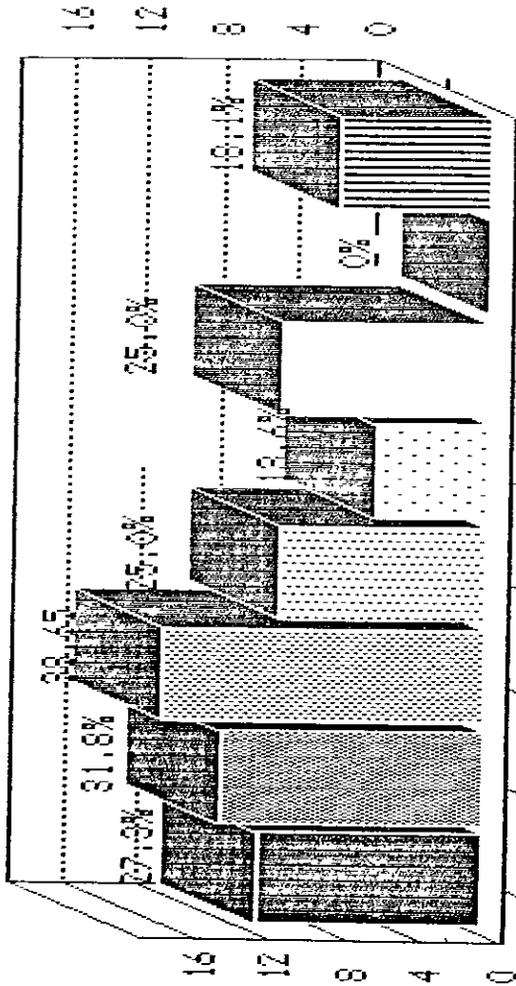
SOSPECHA MASTOGRAFICA
ANTECEDENTES OBSTETRICOS.
EDAD DEL PRIMER EMBARAZO



GRAFICA No. 5

SOSPECHA MASTOGRAFICA

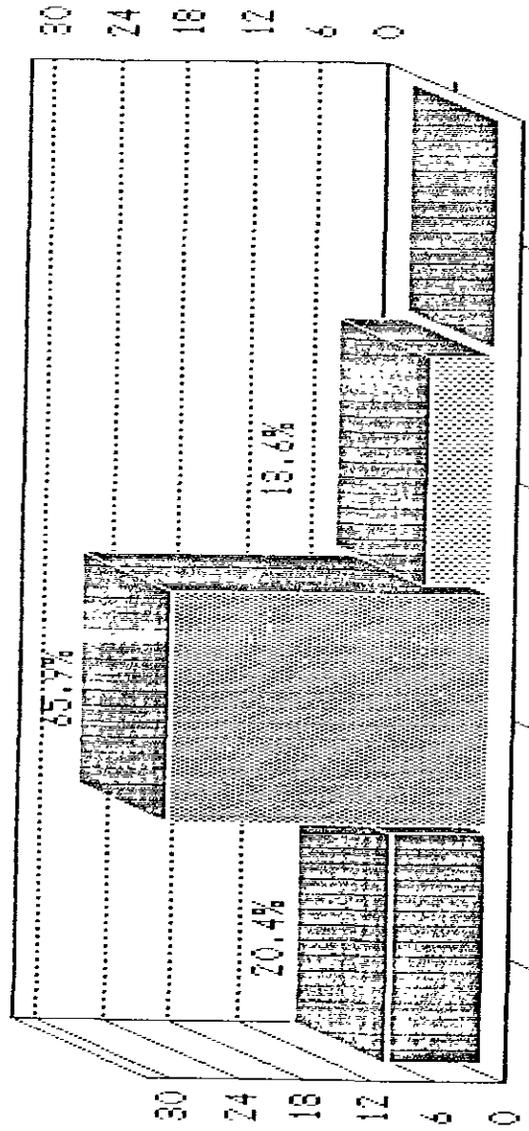
FACTORES DE RIESGO PARA CANCER MAMARIO



OBESIDAD H. EXOGENAS MENOPAUSIA T. PARIDAD T.
 PATOLOGIA H. CANCER MAMARIO NULIPARIDAD
 M. PREVIAMENTE

SOSPECHA MASTOGRÁFICA

HALLAZGOS MASTOGRÁFICOS

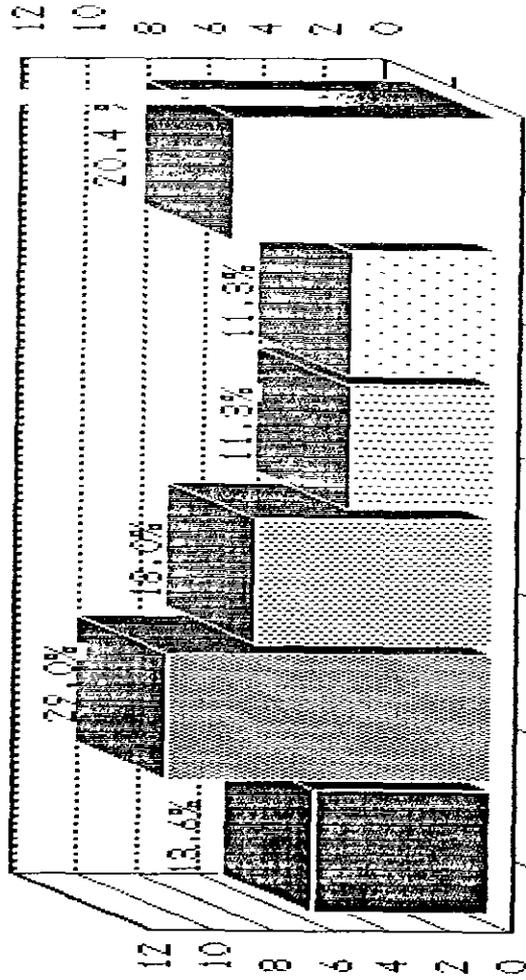


MICROCÁLCIFICAS
 AUMENTO DE LA MASA O DENSIDAD
 AMBO

GRÁFICA No 7

SOSPECHA MASTOGRAFICA

REPORTE HISTOPATOLOGICO DE LA MUESTRA



MFO
 FIBROADE
 CARCINOMA TEJIDO
 INTRADUC-TAL. SAND
 INTRADUC-TAL. SAND

RESULTADOS.

SE ENCONTRARON 44 CASOS DE PACIENTES CON UNO O MÁS FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTARON SOSPECHA MASTOGRÁFICA DE MALIGNIDAD Y QUE SE SOMETIERON A BIOPSIA EXCISIONAL.

LA EDAD OBSERVADA CON MAYOR FRECUENCIA FUERON PACIENTES QUE CURSABAN LA 6TA. DÉCADA DE LA VIDA, CON UN RANGO DE 29-68 AÑOS Y UN PROMEDIO DE 52,6 AÑOS. (Gráfica Nº 1)

LA PARIDAD ENCONTRADA FUE LA SIGUIENTE: NULÍPARAS, 9 CASOS (20%); PRIMIGESTAS, 7 CASOS (16%); SECUNDIGESTAS, 8 CASOS (18%) Y EL GRUPO QUE PREDOMINÓ FUE EL DE LAS MULTIGESTAS, 20 CASOS, (45%). (Gráfica Nº 2)

EN CUANTO A LOS ANTECEDENTES GENECOLÓGICOS, EL PROMEDIO DE EDAD EN QUE SE ENCONTRÓ LA MENARCA EN PROMEDIO DE 13,6 AÑOS, CON UN RANGO DE 10-16 AÑOS, (Gráfica Nº 3)

LA EDAD DE LA MENOPAUSIA PRESENTÓ UN RANGO ENTRE 40-54 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE 46 AÑOS, (Gráfica Nº 4)

LA EDAD OBSERVADA DEL PRIMER EMBARAZO, SE PRESENTÓ CON UN RANGO DE 16-29 AÑOS Y UN PROMEDIO DE 23 AÑOS, (Gráfica Nº 5)

DENTRO DE LOS FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS, ENCONTRAMOS QUE LA OBESIDAD SE ENCONTRÓ: EN 12 CASOS (27,2%); LA PATOLOGÍA MAMARIA PFIJA, EN 12 CASOS (27,2%); ANTECEDENTES DE HORMONA EXOGENAS, 17 CASOS (38,6%); HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER MAMARIO, 11 CASOS (25%); MENOPAUSIA TARDÍA, 6 CASOS (13,6%); MENARCA TEMPRANA, 11 CASOS (25%); NINGUNA PACIENTE CON PARIDAD TARDÍA; NULIPARIDAD, 8 CASOS (18). (Gráfica Nº 6)

EN CUANTO A HALLAZGOS MASTOGRÁFICOS; EN 9 CASOS, SE ENCONTRARON MICROCALCIFICACIONES (20,4%); EN 29 CASOS, SE ENCONTRÓ MASA O AUMENTO DE LA DENSIDAD, LO QUE CORRESPONDIÓ AL 65,9%; AMBAS LESIONES SE ENCONTRARON EN 6 CASOS (13,6%). (Gráfica Nº 7)

EN CUANTO A REPORTES HISTOPATOLÓGICOS, EL 100% DE LOS REPORTES TRANSOPERATORIOS, CORRESPONDIERON A LOS DEFINITIVOS; Y LO QUE SE ENCONTRÓ FUE LO SIGUIENTE: TEJIDO MAMARIO NORMAL EN 9 CASOS (20.4%); MASTOPATÍA FIBROQUÍSTICA EN 11 CASOS (25%); PAPILOMA INTRADUCTAL BENIGNO EN 8 CASOS (18%); FIBROADENOMA EN 5 CASOS (11.3%); CARCINOMA INTRADUCTAL INFILTRANTE EN 5 CASOS (11.3%). (Gráfica N° 8)

DE LOS RESULTADOS MALIGNOS: 3 CASOS TENIAN ANTECEDENTE DE HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER MAMARIO (60%), 2 CASOS ANTECEDENTE DE PATOLOGÍA MAMARIA PREVIA (MFQ) 40%. UNO DE LOS PACIENTES CON HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER MAMARIO, TAMBIÉN PRESENTABA EXPOSICIÓN DE 30 AÑOS A HORMONAS EXÓGENAS.

CONCLUSIONES.

- 1.- LA SOSPECHA MASTOGRÁFICA SE PRESENTÓ CON MAYOR FRECUENCIA EN LA 6TA. DÉCADA DE LA VIDA.
- 2.- LOS FACTORES DE RIESGO MÁS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS EN LA SOSPECHA MASTOGRÁFICA FUERON: HORMONAS, EXÓGENAS, HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER MAMARIO, PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA Y MENARCA TEMPRANA.
- 3.- LOS HALLAZGOS MASTOGRÁFICOS MÁS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS EN NUESTRO ESTUDIO FUERON: LA PRESENCIA DE MASA O AUMENTO DE DENSIDAD.
- 4.- LA CONFIABILIDAD DE LOS REPORTE TRANSOPERATORIOS A LOS DEFINITIVOS FUE DEL 100%.
- 5.- LA SENSIBILIDAD DE MASTOGRAFIA DIAGNOSTICA EN NUESTRO ESTUDIO FUE BAJA, SOLO EL 11,3%
- 6.- LOS FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS EN LAS PACIENTES CON PATOLOGÍA MALIGNA FUERON: HISTORIA FAMILIAR PARA CÁNCER MAMARIO, HORMONAS EXÓGENAS Y PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA.
- 7.- LAS FALSAS POSITIVAS DE LA MASTOGRAFÍA DIAGNÓSTICA FUE DEL 88,7%. LA ESTIRPE HISTÓRICA MÁS FRECUENTEMENTE ENCONTRADA FUE LA M.F.Q. Y EL TEJIDO MAMARIO SANO.
- 8.- LA ESTIRPE HISTOLÓGICA MALIGNA ENCONTRADA EN NUESTRO ESTUDIO FUE CA, INTRADUCTAL INFILTRANTE EN LOS 5 CASOS.

BIBLIOGRAFIA.

1. ARIEL M.L CLARY, B.J. BREAST CANCER, DIAGNOSIS AND TREATMENT. Mc GRAW-HILL, NEW YORK, IA, EDICIÓN 1987, PAG. 3-20
2. POPE, L.T, FECHNER, E.R, ETAL, LOBU'AR CARCINOMA IN SITU OF THE BREAST; MAMOGRAPHIC FEATURES. RADIOLOGY 1988; 168; 63-66
3. BAKER, L.H. BREAST CANCER DEMOSTRATION PROJECT; 5 YEAR SUMMARY REPORT, CA. 1982; 32:194
4. LESTER, R.G. THE CONTRIBUTION OF RADIOLOGY TO DIAGNOSIS, MANAGEMENT AND CARE OF THE BREAST CANCER. RADIOLOGY 1984;151;1
5. PAPATESTAS, E.A. HERMAN D, ETAL, SURGERY FOR NONPALPABLE BREAST LESIONS. ARCH. SURG. 1990; 125; 299-402
6. HERMANN, G. JENUS, C ETAL, NONPALPABLE BREAST LESIONS; OCCUROCY OF PREBIOPSY MAMOGRFIC DIAGNOSIS. RADIOLOGY; 1987; 165; 323-326
7. FERRIS M.H. STORELLA M.J. ETAL, NONPALPABLE BREAST LESION; RECOMMENDATIONS FOR BIOPSY BASED ON SUSPICION DE CARANOMA AT MAMOGRAPHY. RADIOLOGY 1988; 167;;353-358
8. SILVERBERG, E. LUBERA, J. CÁNCER STATISTICS. CA; 1987;37;2-19
9. REGISTRO NACIONAL DEL CÁNCER, D.G.E/S.S.A., MÉXICO, 1987; PAG. - 75-78
10. KUSKE, R.R. TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA MAMA. CLIN. OBST, GINECOL. 1989;4;808-812
11. MEYER J.E. PREOPERATIVE LOCALIZATION OF CLINICALLY OCUTJ BREAST LESIONS. RADIOLOGY 1988; 169-227,
12. HALL F.M. NO PALPABLE BREAST LESIONS RECOMENDATIONS FOR BIOPSY BASADED IN SUSPICION AT MAMOGRAPHY RADIOLOGY 1988; 167-234
13. LYNCH, H.T, GENETICS AND BREAST CANCER, NEW YORK: VAN NOSTRAND REINHOLD, 1981
14. LYNCH, H.T. GVIRGIS H,A, EARLY AGE OF ONSET IN FAMILIAL BREAST CANCER; GENETIC AND CANCER CONTROL IMPLICATIONS. ARCH SURG 1976; 111:126
15. EGAN, R.L. BREAST IMAGING; DIAGNOSIS AND MORPHOLOGY OF THE BREAST DISEASE. PHILADELPHIA W.B. SAWNDERS, 1983; 173

16. FEIG, S.A. DECREASED BREAST CANCER MORTALITY FROM MAMOGRAPHIC SCREENING; RESULTS OF CLINICAL TRIALS, *RADIOLOGY* 1988; 107-659
17. KING, M.C. GO R.C.P. LYNCH HT ETAL. GENETIC EPIDEMIOLOGY OF THE BREAST CANCER AND ASSOCIATED CANCERS IN HIGH-RISK FAMILIES. - II LINKAGE ANALYSIS. *J. NATL CANCER INST.* 1983;71: 463-467
18. KELSEY J.L. A REVIEW OF THE EPIDEMIOLOGY OF THE HUMAN BREAST - CANCER. *EPIDEMIOL REV.* 1979; 1 74-79
19. KVALE, G. HEUCH; I; A PROSPECTIVE STUDY OF REPRODUCTIVE FACTOR AND BREAST CANCER , II AGE AT FIRST AND LAST BIRTH. *AM J, EPIDEMIOLOG.* 1987;136:82/2-850
20. WINGO, P.A. LAYDE P.M. LEE, N.C. THE RISK OF REPLACEMENT THERAPY *JAMA* 1987;257
21. PIKE, M.C. HUNDERSON B.E. CASAGRANDE J.T. ORAL CONTRACEPTIVE - USE AND EARLY ABORTION AS RISK FACTOR FOR BREAST CANCER IN YOUNG WOMEN. *BR. J. CANCER* 1981; 43:72:76
22. WILLET WC, STAMPTER M.J. DIETARY FAT AND THE RISK OF BREAST CANCER. *N. ENGL J. MED.* 1987; 316:22°28
23. HAAGENSEN D.D. THE RELATIONSHIP OF GROSS CYSTIC DISEASE OF THE BREAST AND CARCINOMA. *ANN SURG* 1977; 17:957-963
24. TINNEMANS J, WOBBS T. ETAL THE ROLE OF MAMOGRAPHY. IN THE DETECTION OF BILATERAL PRIMARY BREAST CANCER *WORLD J. SURG.* 1988; 12:382
25. HALSTED W.S. THE RESULTS OF OPERATIONS FOR THE CURE OF THE CANCER OF THE BREAST PERFORMED AT THE JOHNS HOPKINGS HOSPITAL FROM JUNE 1889. TO JANUARY, 1894. *JOHNS HOPKINS HESP BULL* 1894;4:297
26. LACOUR J, BUCALOSSI. RADICAL MASTECTOMY VERSUS RADICAL MASTECTOMY PLUS INTERNAL MAMORY DISSECTION. FIVE YEAR RESULTS OF AN INTERNATIONAL COOPERATIVE STUDY. *CANCER* 1976;37:206
27. VERONESI V, BAN FI A. COMPARATION OF HALSTED MASTECTOMY WOTH - CUADRANTECTOMY, AXILARY DISECTION AND RADIOTHERAPY IN EARLY BREAST CANCER LONG TERM RESULTS. *EUR. J. CANCER CLIN. ONCOL.* 1986;22:-1085°1089
28. HERNANDEZ, E.F. ROMERO J.R. ANALISIS DE 100 CASOS DE CARCINOMA - MAMARIO TRATADOS CON CIRUGÍA. *REVISTA MEXICANA DE MASTOLOGÍA* 1996 1:10-17