



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217

50

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3

LA RAZA

2ej

MASTECTOMIA DE LIMPIEZA COMO MANEJO PALIATIVO EN MUJERES CON CANCER MAMARIO EN ESTADIOS AVANZADOS

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. MONTSERRAT AMERICA FLORES URIBE



ASESORES: DR. ALFONSO RUIZ SOTO

DR. VICTOR SAUL VITAL REYES

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 19

GERI Hosp. de Ginecología y Obstetricia Ite de Encuestas e Investigación

Handwritten signature

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

INDICE

Justificación	1
Objetivos	2
Antecedentes Científicos	4
Material y métodos	8
Resultados	10
Discusión	13
Bibliografía	25

JUSTIFICACION

El cáncer de mama ocupa los primeros lugares de morbilidad en mujeres mexicanas, con tasas crecientes de prevalencia acarreado grandes daños a la salud y al bienestar social. A pesar de los extensos esfuerzos en su diagnóstico y tratamiento tempranos llevados a cabo como políticas de salud de los Institutos de Seguridad Social e iniciativa privada, y de acuerdo a reportes nacionales y locales, el número de enfermas detectadas en estadios avanzados rebasa el 50%. El tratamiento multimodal en el estadio III ha establecido una mejoría significativa en la supervivencia a 5 años, y ante evidencia de enfermedad sistémica, la quimioterapia y manipulación hormonal favorecen la expectativa de vida.

Se ha visto que en enfermas con compromiso mamario local tal como fungación, ulceración e infección, la mastectomía simple de limpieza es una opción paliativa. Sin embargo, no se ha descrito el papel que desempeña este procedimiento quirúrgico con el control locorregional y calidad de vida de las mujeres con cáncer mamario avanzado.

En el presente trabajo se pretende conocer la eficacia del procedimiento para lograr dicho control locorregional y los beneficios de ello que se reflejarán directamente tanto en la evolución clínica como en la calidad de vida de la enferma.

OBJETIVO GENERAL

Describir la evolución clínica de mujeres sometidas a mastectomía de limpieza como manejo paliativo en cáncer mamario en estadios avanzados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer las complicaciones relacionadas con el cáncer de mama en las pacientes sometidas a mastectomía de limpieza.
2. Conocer la mortalidad de las pacientes sometidas a mastectomía de limpieza.
3. Conocer el estado de desempeño (escala de Karnofsky) de las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía de limpieza.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El cáncer de mama representa un problema de salud mundial. En México como causa de muerte ha pasado del décimoquinto al segundo lugar, y en mujeres mayores de 35 años ocupa el primer lugar. Junto al cáncer cervicouterino las neoplasias mamarias representan el 50% de los tumores malignos en la mujer (1)

Las lesiones neoplásicas mamarias muestran heterogeneidad biológica, además de multifocalidad en su patogenia, lo que brinda un comportamiento biológico impredecible (2,3). Dentro de su patogénesis el crecimiento tumoral es el evento central. Aceptándose en la actualidad al cáncer mamario como una enfermedad sistémica (4). Como también ha establecido que además de control locoregional quirúrgico y/o a base de radioterapia, el tratamiento sistémico brinda mejores resultados en la sobrevida global (5,6). Y ahora sabemos que la determinación de factores pronósticos tales como la edad, la variedad histológica, la presencia de metástasis ganglionares, permeación vascular y estadificación clínico patológica son factores decisivos en el pronóstico y sobrevida de estas pacientes (7)

En nuestro país se ha reportado que un número de enfermas diagnosticadas en estadios avanzados (III y IV) sobrepasa el 50% (8,9). Circunstancia que por si sola empobrece la sobrevida de estas mujeres. La utilización de quimioterapia neoadyuvante en el estadio III ha mejorado la sobrevida a 5 años del 25 al 50% (.10). Y en el estadio IV se ha utilizado la

terapia sistémica y manejo hormonal mejorando la expectativa de vida (11)

El consejo nacional sobre el tratamiento del cáncer mamario efectuado en México en septiembre de 1995, ha recomendado la mastectomía simple como manejo paliativo en pacientes con enfermedad metastásica. Al revisar la literatura médica de los últimos 20 años, se ha reportado la mastectomía como adyuvante o como estrategia de rescate posterior al manejo multimodal (12-16).

La mastectomía simple, llamada también mastectomía total o completa, es una técnica quirúrgica para el cáncer de mama que fue cayendo en desuso en el siglo pasado con el advenimiento de la mastectomía radical de Halsted. Consiste en la extirpación de la glándula mamaria con su envoltura cutaneoadiposa, sin extirpar la fascia del músculo pectoral y no se efectúa vaciamiento ganglionar alguno(17). En la década de los 40 Kaae propuso utilizar nuevamente la mastectomía simple en pacientes con cáncer de mama avanzado quienes previamente habían sido sometidas a radioterapia, observando buenos resultados para el control de la enfermedad (18). Sin embargo a pesar de los resultados reportados el empleo de la mastectomía simple esta reservada para solo algunos casos. La mastectomía de limpieza es una mastectomía simple que está especialmente reservada para casos de carcinoma mamario etapas III y IV así como en el cáncer de mama avanzado, en donde existen lesiones voluminosas o ulceradas (19). Algunas de las características más desagradables del cáncer de mama son la ulceración, la descarga fétida, el sangrado y la infección regional. En estas condiciones el procurar lograr el

control locorregional de la enfermedad juega un papel importante(20). Es ahí en donde radica la importancia de la mastectomía de limpieza que aún cuando no modifica en gran manera la sobrevida de estas pacientes procura en lo mayor posible el control locoregional (21)

Stoker en un estudio efectuado a 24 pacientes con cáncer de mama etapa clínica III y IV con actividad tumoral regional, demostró que la mastectomía de limpieza es útil para lograr el control local de la enfermedad, que no modifica la evolución de la misma pero que es una alternativa cuando se ha dado el dictamen de inoperabilidad, estas pacientes previamente habían recibido tratamiento sistémico (22). En general se concluye que las indicaciones para la mastectomía de limpieza se pueden resumir en:

1. Tumores que se encasillan en etapas clínicas III y IV, que serán sometidas o previamente han recibido tratamiento sistémico llámese radioterapia o quimioterapia(23).
2. Tumores con gran actividad tumoral que condicione ulceración, sangrado y/o infección, siempre y cuando el límite quirúrgico de piel sea óptimo.
3. Tumores mamarios voluminosos en donde no se haya demostrado no evidencia de invasión a nódulos linfáticos, este es el caso del tumor Phyllodes (24).

Existe poca evidencia en relación a la sobrevida lograda en pacientes que son sometidas a mastectomía de limpieza razón por la que probablemente no sea un procedimiento quirúrgico del todo empleado (20).

Hasta nuestro conocimiento no se ha establecido la utilidad de la mastectomía de limpieza en cáncer avanzado. En donde además de fines paliativos el control local quirúrgico se hace necesario, ya que no es raro observar en estas pacientes fungación, ulceración o infección. Además de los problemas estéticos, psicológicos y de adaptación psicofamiliar que todo esto trae consigo.

De esta manera la meta de este trabajo es describir la evolución clínica de pacientes con cáncer mamario avanzado sometidas a mastectomía de limpieza con fines paliativos y así tratar de aclarar el papel de este procedimiento en relación a la sobrevida de las mismas, si es que esta se modifica.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza" en el Departamento de Oncología Ginecológica y Patología. Se analizaron los expedientes clínicos de las pacientes con cáncer de mama en estadio III y IV que fueron sometidas a mastectomía de limpieza en un período comprendido de enero de 1990 a diciembre de 1996.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Cáncer de mama Etapa clínica III o IV.
- Lesiones voluminosas (gran tamaño tumoral)
- Clínicamente con datos de fungación, ulceración o infección.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Cáncer de mama etapa clínica I o II
- Lesiones menores de 5 cm.
- Piel sin límite quirúrgico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Cáncer de mama no clasificable por tratamiento fuera de la unidad (NCTFU)
- Expediente clínico incompleto

RESULTADOS

Fue un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, y clínico que se realizó en el Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza", en un periodo comprendido entre enero de 1990 a diciembre de 1986. La población es estudio comprendió a mujeres con cánceres mamarios en estudios avanzados (III y IV) que fueron sometidas a mastectomía de limpieza.

Se registraron 58 expedientes de los cuales solo 24 llenaron los criterios de inclusión. La exclusión fue debida principalmente a depuración de una gran cantidad de recursos por el archivo clínico, así como pacientes no clasificables por tratamiento fuera de la unidad (NCTFU).

El promedio de edad de nuestro estudio fue de 63 años con un rango de 26-90 años, y desviación estándar de 17. El análisis por grupos reveló un porcentaje mayor de enfermas entre los 61 y 70 años (29%) con un porcentaje no menos importante de pacientes menores de 30 años de edad. Fig. 1.

En 6 pacientes (25%) existieron antecedentes de cáncer mamario en familiares de primer grado. Fig. 2.

El 41% de la población estudiada registró patología agregada ocupando los primeros lugares la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus.

El promedio de edad de la menarquía fue de 13 años con un rango de 11 a 18 años, el promedio de edad para la menopausia fue de 47 años con un rango de 35 a 57 años, con una ventana estrogénica de 34 años en promedio.

El 33% de la muestra (8 pacientes) fueron nuligestas y el 66% restantes multigestas. Fig. 3. El 64% de las pacientes registró lactancia materna como estrategia alimenticia, sin precisarse la duración de la misma. Fig. 4.

El motivo de consulta en el 58% de los casos fue la presencia de tumor mamario, en un 33% el motivo que condicionó la consulta fue el tumor mamario que se acompañaba de lesión dérmica y en el 8% de los casos la fungación y/o ulceración de la mama. Fig. 5.

En el 64% de las enfermas la mama afectada fue la derecha. La etapificación clínica reveló que un 67% de las pacientes se etapificaron como EC IIIB, un 20% de ellas como ECIV y el restante como EC IIIA. Fig. 6. El 95% de las enfermas presentaron carcinoma ductal infiltrante sin patrón específico como variedad histológica más frecuente.

A la totalidad de las pacientes se les sometió a mastectomía de limpieza bajo los lineamientos quirúrgicos convencionales, un 64% de ellas recibieron tratamiento sistémico, a manera de quimioterapia 64%, radioterapia 74% y hormoterapia 37%.

En lo que respecta a la evolución, al momento de ser incluidas en el estudio y posterior al tratamiento quirúrgico y sistémico solo el 25% de ellas estaban vivas, el 8% de las cuales presentaban actividad tumoral local, el 17% de ellas sin síntomas locales de enfermedad. De las pacientes fallecidas (18) lo que implica el 75%, un 58% presentaban actividad tumoral intensa en el momento de la muerte y solo el 16% no presentaron actividad tumoral, pero si evidencia de progresión de la enfermedad (metástasis) que en orden de frecuencia fue a pulmón, hueso, hígado y cerebro. Fig. 7.

De las pacientes con vida (6) el 66% presentaron evidencia de metástasis a través de estudios de extensión efectuados, mientras que el 34% de ellas en el momento de la última consulta se encontraban libres de enfermedad. Fig. 8. Con una escala de desempeño (Karnofsky) de 100, mientras que el 66% restantes (4 pacientes) con escala de desempeño de 50,60,60 y 70 respectivamente.

El seguimiento clínico tuvo un rango de 3 a 60 meses con una media de 20 meses hasta el momento de la investigación.

El análisis de sobrevida reveló que *no existe diferencia estadísticamente significativa* en lo que respecta a evolución clínica de las pacientes sometidas a mastectomía de limpieza, con respecto a las que no se ofrece esta alternativa (acorde a encontrado en reportes previos), con lo que la evolución por lo tanto no se modifica. Fig 9.

DISCUSION

El cáncer mamario ocupa los primeros lugares de morbilidad en mujeres mexicanas, acarreando grandes daños a la salud y bienestar social.

En nuestro país se ha reportado que el número de enfermas diagnosticadas en estadios rebasa el 50% y a pesar de los esfuerzos llevados a cabo para mejorar la sobrevida de tales enfermas, la sobrevida es baja, se has establecido diversas modalidades de tratamiento sistémico solo y recientemente la combinación de ambos a fin de mejorar expectativas de vida.

El tamaño poblacional refleja la limitación de los estudios retrospectivos, en relación a la falta de registros en el momento del estudio, por condiciones administrativas del archivo clínico o por deceso de la paciente.

La media de la edad para la aparición de cáncer mamario indistintamente de la etapa clínica es de 40 años (según estudios reportados previamente), en nuestro estudio se observó que la media fue de 63 años, con un porcentaje no menos significativo de mujeres afectadas menores de 30 años. La edad de la menarquia y menopausia fue similar a la reportada por la población general.

Al igual que lo descrito en la literatura en el 25% de las pacientes existió el antecedente de cáncer de mama en familiar en primer grado, y 41% eran

portadoras de patología agregada probablemente secundario a la media de edad de estas pacientes y no como factor de riesgo la enfermedad neoplásica.

Un gran porcentaje de las pacientes fueron nuligestas y es bien sabido que este es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer mamario. Se ha reportado que la lactancia materna es un factor protector contra el cáncer de mama y en el caso de nuestro estudio el 64% de las pacientes tienen el antecedente de lactancia materna como estrategia alimenticia.

Similar a lo reportado en estudios previos, el motivo principal de la consulta fue condicionado por la presencia de un tumor mamario, aunque un porcentaje no menos significativo acudió con lesiones dérmicas, fungación o necrosis, datos que por sí solos indicaban no solo una etapa avanzada, sino una pobre sobrevida.

En nuestro estudio la mama afectada predominantemente fue la derecha y de esta los superiores.

El tratamiento multimodal de los estadios III y IV ha establecido una mejoría significativa de la sobrevida a 5 años y ante la evidencia de enfermedad sistémica la quimioterapia y la manipulación hormonal favorecen la expectativa de vida. En nuestro estudio un 64% de las pacientes recibieron tratamiento sistémico, a base de quimio, radio y hormonoterapia.

Cuando el compromiso mamario era importante (fungación, ulceración o necrosis) el tratamiento inicial fue el de mastectomía de limpieza para posteriormente dar el tratamiento sistémico, y cuando fue posible se ofreció de primera instancia el tratamiento sistémico para posteriormente el quirúrgico. La principal indicación para la mastectomía de limpieza la constituyó el compromiso mamario local.

La evolución fue fatal en la mayoría de los casos con un 75% de pacientes muertas en el momento del estudio, la mayoría con evidencia de actividad tumoral y las restantes con progresión de la enfermedad (metástasis); los principales sitios de progresión fueron pulmón, hueso, hígado y cerebro. De las pacientes con vida, esto es el 25%, el 66% ya tenían evidencia de progresión de la enfermedad.

La información descrita en lo que respecta a la evolución de la enfermedad no difiere a lo reportado en la literatura, ya la sobrevida se empobrece a mayor etapa clínica del diagnóstico pese a que se le de la opción de manejo quirúrgico. Y se demostró con esto que la mastectomía de limpieza es útil para lograr el control local de la enfermedad, que no modifica la evolución de la misma pero que si es una alternativa cuando se ha dado el dictamen de inoperabilidad.

Algunas de las características más desagradables del cáncer de mama son la ulceración, la descarga fétida, el sangrado y la infección regional. En estas condiciones el procurar lograr el control local de la enfermedad juega un papel importante.

Concluimos pues, que aún cuando la mastectomía de limpieza no modifica la sobrevida de las enfermas, permite el control local de progresión, solución a problemas estéticos, psicológicos y de adaptación psicofamiliar que todo esto trae consigo.

Figura 1
MASTECTOMIA DE LIMPIEZA
Grupos de edad

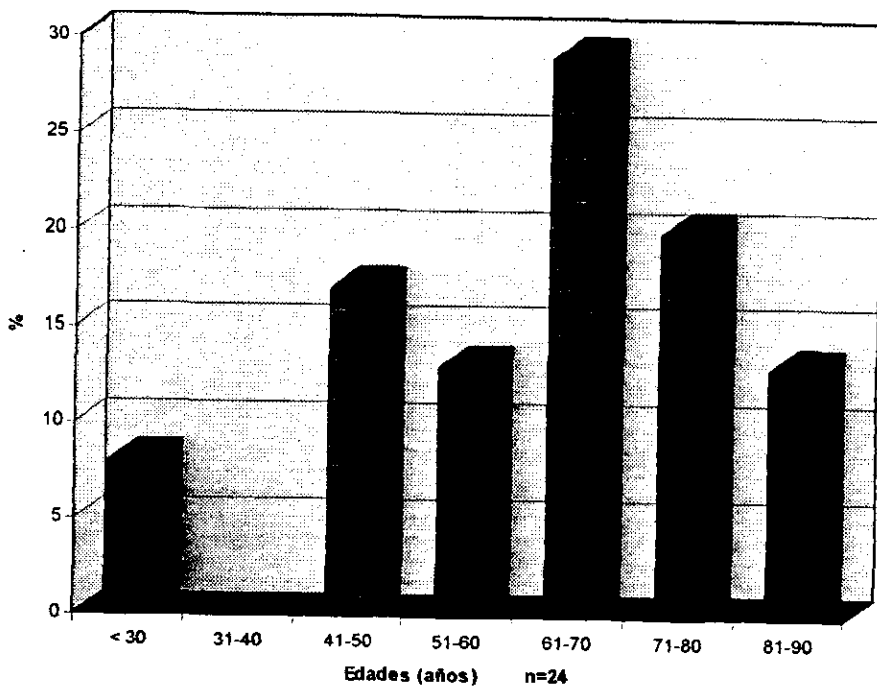
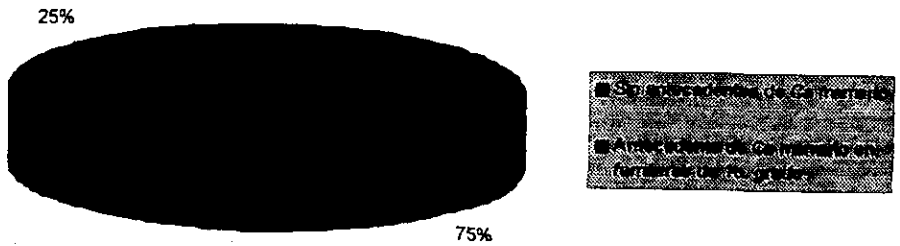


Figura 2
MASTECTOMIA DE LIMPIEZA
Antecedentes



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Figura 3
MASTECTOMIA DE LIMPIEZA
Paridad



n=24

Figura 4
MASTECTOMIA DE LIMPIEZA
Lactancia

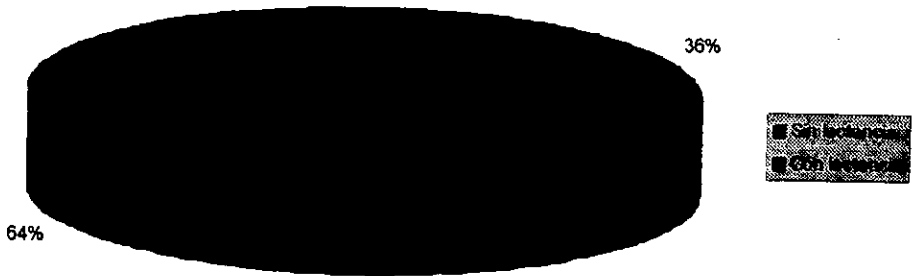
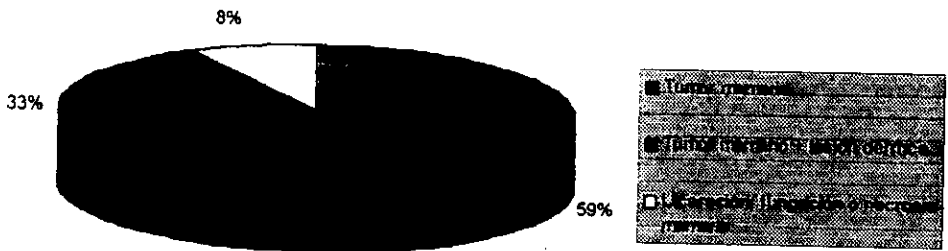


Figura 5
MASTECTOMIA DE LIMPIEZA
Motivo de consulta



n=24

Figura 6
MASTECTOMIA DE LIMPIEZA
Etapificación

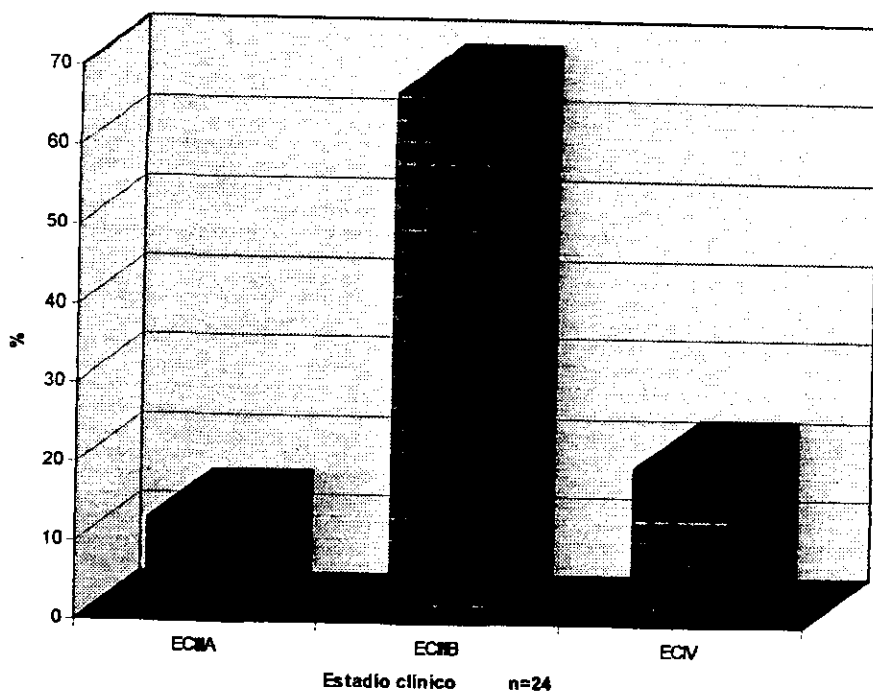


Figura 7
MASTECTOMIA DE LIMPIEZA
Evolución clínica

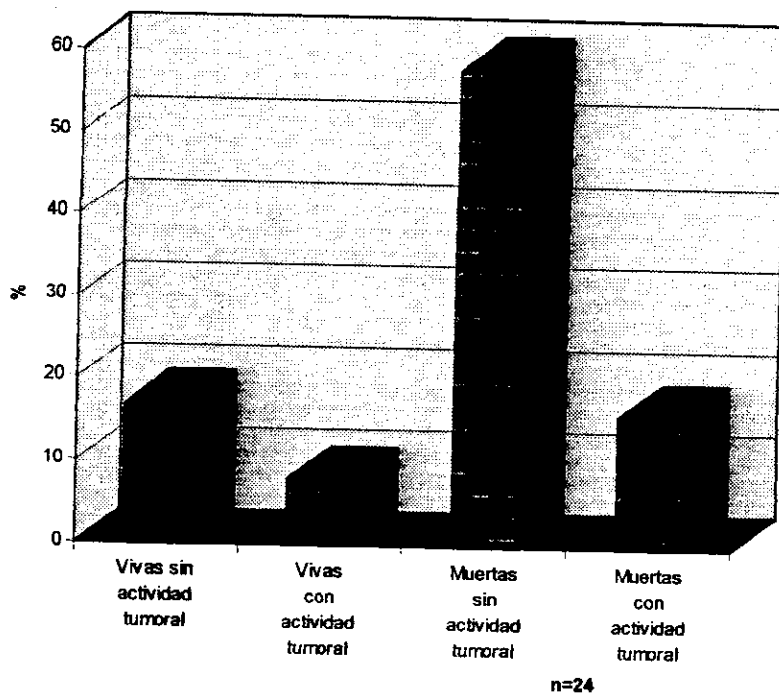
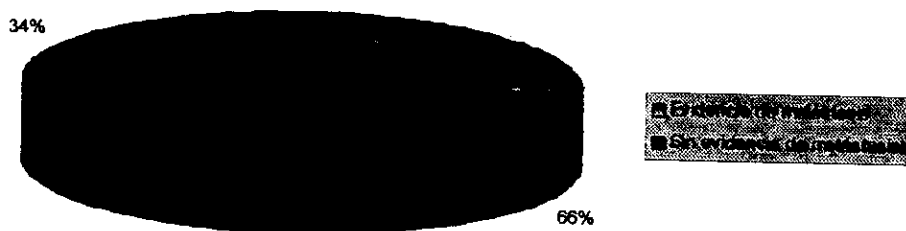


Figura 8
MASTECTOMIA DE LIMPIEZA
Pacientes vivas



n=24

BIBLIOGRAFIA

1. Concenso Nacional Sobre Tratamiento del Cáncer Mamario. Rev. Inst. Nac. Cáncer (Méx.).1995: 41(3): 136-145.
2. Tabar, L. Fagerberg; G. Day N. Duffy SW. Breast cancer treatment and natural history: New insight from results of screening. Lancet. 1992: 339: 412-414.
3. Kakama, M.; Holli K.; Isola Kallionemi, P. Agressiveness of screen detected breast cancers. Lancet. 1995:345:221-224.
4. Walker ARP. Walker BF. Preventive measures against breast cancer but when?
5. Effects of adjuvant tamoxifen and cytotoxic therapy on mortality in early breast cancer, Early Breast cancer Trialists Collaborative Group. N. Eng. Med. 1983, 319: 1681-1692.
6. Jones SE, Moon TE, Bonadonna G. Comparisons of differerlftrials of adjuvant chemotherapy in stage III cancer using a natural history data abse. Am J. Clin Oncol. 1987; 10: 387-395.
7. Koscieny S. Tubiana M. Lee MG,Valleron AJ. Breast cancer relationships between the size of the primary tumour and the probability of metastasic dissemination. Br. J. Cancer 1984; 49: 709-715.

8. Registro Metropolitano de Cáncer. Ciudad de México, 1987.
9. Evolución del cáncer mamario. Tesis de Especialidad. Vital Reyes Víctor Saúl. 1996. HGO #3. CMN "La Raza" IMSS (Datos no publicados).
10. Hortobagayi GN, Ames FC, Buzdar AV. Management of stage III primary breast cancer with primary chemotherapy, surgery, and radiation therapy. *Cancer*. 1988, 62:2507-2516.
11. Canellos GP. De Vita V. Gold. Combination chemotherapy for advanced breast cancer. Response and effect on survival. *Ann Intern Med*. 1976; 84: 392-396.
12. Spuy VDS, Levin W. Smit BJ. The role of mastectomy in locally advanced breast cancer. *S. Afr. Med. J.* 1977; 52 (18): 716-717
13. Brown GR. Horiot JC. Fletcher GH. White EC. ANGE DW. Simple mastectomy and radiation therapy for locally advanced breast cancer technically suitable for radical mastectomy. *Am J. Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1974; 120(1): 67-73.
14. Baillet E. Rozee U, Ucla L, Chauveinie L, Housset M. Wed M. Treatment of locally advanced cancer without mastectomy 5 and 10 year results of 135 tumours larger than 5 centimeters treated by external beam therapy. brachytherapy, and neoadjuvant chemotherapy. *Am NY Acad Set*. 1993; 698: 264-270.

15. Danforth DN: Lippman MF. McDonald HB. Egan Lampert M. Steinberg SM. Swain SM. Effect of preoperative chemotherapy on mastectomy for locally cancer. *Am Surg.* 1990; 56(1); 6-11.
16. Schick P. Goodstein J. Moor J. Butler J. Senter KL. Preoperative chemotherapy followed by mastectomy for locally advanced breast cancer. *J. Surg Oncol.* 1983; 22(4); 178-282.
17. González Merlo. *Oncología Ginecológica.* 1ª. Ed Salvat Editores 1991
Pags: 471-480.
18. Kae S Johansen li. Hreast cancer five year results, two random series of simple mastectomy with posoperative irradiation versus extended radical mastectomy. *Am J Rootitgenol.* 1962; (82) :87-92.
19. Peto R, Pike MC, Arm itrage P. Design analysis of randomized trials requiring prolonged observations of each patients: Analysis and examples. *Br. J. Cancer* 1977; 35:1-39.
20. Stoker T A M, Ellis D M, Post irradiation toilet mastetomy in the management of locally advanced carcinoma of the breast. *Br J of Radiol.* 1972 (43) 851-854.
21. Mohapatro S K, Dandapat M C, Padhi N C. Toxicity and side-effects of combination chomohormonal therapy of advanced breast cancer. *J Indian Med Assoc.* 1992; 90 (2):39-42.

22. Byrd B F Rogers J. Surgery for categorally incurable cancer of the breast. *Cancer* 1969 (99) 1319-21.
23. Haagenson C D, Stout A P. Carcinoma of the breast Criteria of operability. *Ann of Surgery* 1943 (118) 859-70.
24. Muthuphei M N. Malignant phyllodes tumor: Report of two cases. *Esast Afr Med J*, 1995 72 (12): 818-20.
25. Wayne W Daniel. En: *Bioestadística*. De Limusa. México. 1989. 3^a De. P. 15-57