

11217²¹
1 ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA NO.3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

MANEJO QUIRURGICO

CONSERVADOR EN CANCER DE MAMA

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. ARTURO GARCIA ARZATE

ASESOR: DR. NICOLAS RAMIREZ TORRES

0271986

MEXICO D.F.

FEBRERO

1999

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.

AGRADECIMIENTO

A MIS PADRES:

SABAS Y NEMESIA

**POR EL APOYO INCONDICIONAL DURANTE TODA MI
PREPARACION.**

A MIS HERMANOS:

RAUL Y DAVID

POR SU AYUDA EN LOS MOMENTOS DIFICILES

AL DR. MARTIN MEZA VARGAS

POR SU PACIENCIA Y COMPRESION.

INTRODUCCION

Manejo quirúrgico conservador en cáncer de mama en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital de Gineco – Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” México D.F. del 1ro. de Enero de 1993 al 31 de enero de 1994.

OBJETIVO

Revisar las bases biológicas y científicas del tratamiento conservador del cáncer de mama y las diferentes modificaciones en el tiempo y las perspectivas actuales y hacia un futuro, esto extrapolado a la población que recibe atención en nuestro hospital con el análisis estadístico porcentual y evolución de las pacientes que han recibido este tipo de manejo, hasta ahora.

Con este estudio se pretende crear las bases para un estudio de mayor tiempo de seguimiento y mayor número de pacientes para tener bases más sólidas de este tipo de manejo en nuestra población y en nuestro servicio.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En 1993 en Estados Unidos se diagnosticó Cáncer de mama en 185,000 mujeres y fallecieron aproximadamente 46,000. El cáncer de mama es la segunda causa de cáncer de mujeres, y se piensa que es la segunda causa de muerte por cáncer después del pulmonar y es la principal causa de muerte por cáncer en las pacientes de 40 a 55 años de edad.

La incidencia del cáncer de mama ha aumentado en forma constante desde 1940, en 1.2% de 1940 a 1982 y el 4% por año de 1982 a 1986.

Su mayor incidencia es en mujeres posmenopáusicas . La mortalidad se ha mantenido relativamente estable con cambio de aproximadamente un 15% y una reducción en mujeres premenopáusicas, esto se ha tratado de relacionar con el uso de la mastografía como método de estudio de escrutinio como el del Plan de Seguridad de Salud de Nueva York (HIP). Su posición que es apoyada por un incremento en el número de tumores diagnósticados después de 1980, que son menores de 2 cms. y de lesiones In Situ. Pero a lo anterior hay que agregar el progreso en los medios de comunicación y la realización de las campañas de información y de detección con la consiguiente sensibilización de las pacientes y del personal médico y de salud en general.

Los factores ambientales pueden ser responsables de la mayor incidencia, pero ha sido difícil los factores de riesgo que pudieran explicar este incremento.

Las cifras de mortalidad son estables, ya sea porque un mayor porcentaje de las neoplasias son menos malignas o por que los tratamientos actuales son más eficaces .

Durante más de un siglo el tratamiento del cáncer mamario en las mujeres ha sido influenciado por corrientes radicales en cuanto al procedimiento quirúrgico, con el correr del tiempo se han presentado más alternativas de tratamiento. Inicialmente originadas por la negativa de las pacientes de someterse a un tratamiento mutilador, al de continuar con el control de éstas pacientes se observó que no se presentaron modificaciones en la tasa de mortalidad respecto a las pacientes con manejo quirúrgico radical. Esto motivo el inicio de trabajos productivos protocolizados experimentales pero sin una base científica únicamente guiados por la evolución de la paciente y con resultados de intervalo libre de enfermedad de muchos años en contra de lo que se pudiera pensar en aquellos años.

Los principales estudios que existen en la literatura son de Baclese, Mustakallio en 1954. Porrit, Peters Crile y Atkins en los 60's estos usaron resección local del tumor y posteriormente radioterapia.

Estudios más recientes como los de Almaric, Spitalier, Pierquin, Veronesi, Montague, Atkins, Fisher confirman através del tiempo una sobrevida libre de enfermedad semejante a la cirugía radical.

Los estudios de Bernab Fisher clínicos y de laboratorio NSABP-04 revelaron que los sistemas vascular y linfático se interrelacionan y que es incorrecto considerarlo como rutas independientes de diseminación tumoral y que esta no es ordenada ni sigue patrones basados en consideraciones anatómicas.

Esto dio origen a la teoría alternativa de la biología tumoral del cáncer de mama que aporta las bases científicas para el manejo conservador.

A continuación se presenta en forma comparativa las dos hipótesis de la biología tumoral.

Se han realizado estudios prospectivos en diferentes sitios de los cuales los más relevantes son:

ATKINS: En el Guys Hospital protocolo de Másectomía radical Vs Excisión amplia desde 1961 a 1972 con 182 pacientes.

La sobrevida con ganglios linfáticos regionales son similares, a pesar de una elevada recurrencia local en las pacientes tratadas sólo con excisión amplia. La sobrevida fue peor en los casos con ganglios linfáticos regionales (positivos) tratados con excisión local.

VERONESI: Instituto Nazionale per lo studio en la cura del tumori de Milán - Italia. Protocolo de Mástectomía radical Vs Cuadrantectomía y radioterapia (QUART) en cáncer de mama Etapa I de 1973 - 1981 con 352 pacientes. No se encontraron diferencias significativas en los resultados.

FISHER: Director del National Surgical Adjuvant Breast Cáncer (NSABP) Protocolo B06. Indicado en 1972 con 1843 pacientes con 9 años de seguimiento compara : Lumpectomía sola, Lumpectomía más radioterapia, Mástectomía radical. De hecho los tres grupos llevan disección radical de axila. Después de 9 años de seguimiento, más del 43% del grupo de Lumpectomía sola y apenas el 12% de las de lumpectomía más radioterapia tuvieron recurrencia local.

Pero la curva de supervivencia libre de enfermedad fue similar en los 3 grupos al igual que la supervivencia global no mostró diferencias. Por lo tanto el

objetivo principal de prolongar la supervivencia no se logra, obteniéndose un control local más adecuado lo que repercute en una mejor calidad de vida.

No existen contraindicaciones absolutas para el manejo con cirugía conservadora en la mama, aunque si el tumor no se extirpa por completo antes de la radioterapia la incidencia de recurrencias dentro de la mama es mayor que después de resección completa.

Se ha demostrado que la cuadrantectomía mejora el control local en comparación con la excisión amplia, que deje un pequeño borde de tejido no afectado, quizá por que más del 40% de las pacientes tiene más de un foco de tumor dentro de un radio de 2 cms de la biopsia inicial. Los cánceres invasores que tienen tanto un componente intraductal que incluye más del 25% del tumor y además tenga foco adicional de carcinoma intraductal en las áreas adyacentes macroscópicamente libres de tumor, se consideran como con componente intraductal extenso (CIE). Las pacientes con este tipo de tumor tienen más posibilidades de un fracaso local (pero no distante) después de la radioterapia, por lo cual se consideraría como contraindicación relativa para manejo conservador de Lumpectomía más radioterapia. Sin embargo cabría la posibilidad de realizar reestirpación en el sitio del tumor inicial posterior a la radioterapia y si no hay focos de CIE o si estos son mínimo continuar con manejo conservador.

La decisión de someterse a lumpectomía y radioterapia en vez de mastectomía depende de la paciente.

No existe un criterio generalizado de el momento en el cual deba aplicarse la radioterapia y quimioterapia adyuvante en pacientes que opten por el manejo conservador de la mama. Se ha propuesto varios esquemas diferentes de quimioterapia y radioterapia, en la actualidad muchos estudios de quimioterapia adyuvante prefieren retrasar la radioterapia de 4 a 6 meses mientras se aplica la quimioterapia. La administración concomitante de las dos se relaciona con mayor toxicidad por ambas modalidades y un resultado cosmético a largo plazo menos satisfactorio. Una consideración especial requiere el manejo del Ca in Situ. Con el uso de la mastografía su porcentaje de detección se ha incrementado de el 1% hace 30 años a en la actualidad donde representa del 15 al 20% de los cánceres de mama diagnosticados cada año, los dos tipos principales: Lobulillar y Ductal presentan diferencias importantes en su comportamiento y por lo tanto se deben considerar en el momento de indicar el manejo correspondiente.

Lobulillar in situ: Es con más frecuencia multifocal y bilateral . La ausencia de cáncer en el tejido reestirpado luego de manejo inicial NO descarta la

presencia de otros focos en la mama ipsilateral o contralateral por lo tanto la paciente puede optar por la observación o la mastectomía bilateral.

Ductal in situ: Se limita con más frecuencia a un solo cuadrante y puede ser eliminado con cuadrantectomía o mastectomía unilateral. Es más probable que un segundo cáncer de mama sea ipsilateral que contralateral a la mama afectada. El tratamiento tradicional es la mastectomía y la incidencia de recurrencia a distancia y de muerte por Ca In situ ductal primario es menor del 2%. La lumpectomía sola o con radioterapia se usa cada vez más en lugar de mastectomía. Con la adición de la radioterapia a la lumpectomía, las tasas de recurrencia local varían de 2 al 19%. La mortalidad en casos con radioterapia es igual a la de la mastectomía sola.

Se realizan varios estudios comparando la lumpectomía sola y lumpectomía más radioterapia, se concluyó el NSABP-17 y mostró después de 4 años de seguimiento que las del segundo grupo tuvieron una incidencia menor de cánceres no invasivos (4.6 comparados con 10.4%) y también de cánceres invasivos (3,3 contra 11.1%), No se observó diferencia en cuanto a supervivencia en el corto tiempo observado.

El tamaño del tumor y el tipo histológico son los únicos factores de riesgo bien establecidos en el carcinoma ductal in situ. Se ha usado un punto de corte de 2 a 2.5 cms. para definir a las pacientes son alto o bajo riesgo de cáncer subsecuente. El patrón histológico de comedo también se asocia con mayor riesgo de recurrencia o desarrollo de nuevas neoplasias. El comedo carcinoma se asocia con grado nuclear más alto, mayor índice de marcación de timidina, *aneuploidia más frecuente* y *expresión exagerada del oncogen HER2/NEU*, además de mayor microinvasión.

Las evidencias actuales son suficientes para justificar la cirugía conservadora en las pacientes con CA ductal in situ. La lumpectomía sola se puede considerar razonable para un tumor de menos de 2.5 cms. sin patrón comedo, que no queden microcalcificaciones en la mastografía de seguimiento y si la paciente es constante y entiende el riesgo de un segundo cáncer de mama. De lo contrario lo ideal es la lumpectomía con radioterapia o la mastectomía.

Dentro de los procedimientos quirúrgicos que se realizan a nivel local se definen:

Tumorectomía: Es la excisión del tumor primario con un margen de tejido en la mayoría de los casos que en forma macroscópica no exceda de 1 cm. excepcionalmente se ha descrito con disección de axila.

Tumorectomía amplia-Tilectomía o lumpectomía: La diferencia con el método anterior radica en los márgenes de tejido de mayor amplitud de 2 a 3 cms. que se incluyen alrededor del tumor. Algunos autores eliminan una porción de la piel que cubre el tumor. Se acompaña de disección parcial o total de axila.

Cuadrantectomía: Extirpación completa de la piel, tejido adiposo, parénquima mamario y aponeurosis superficial del pectoral mayor de un cuadrante de la mama (ósea hasta el 25% de la mama) seguida de reconstrucción de la glándula, con disección radical de axila.

DOS TIPOS DIVERGENTES DE LA BIOLOGIA TUMORAL

| I. CLÁSICA | II. ALTERNATIVA |
|---|--|
| Los GLR son barreras que impiden el paso a células tumorales. | Inefectivos como barreras |
| Los GLR tienen importancia anatómica. | Su importancia es biológica |
| La diseminación hemática es poco importante. | Es de considerable importancia. |
| un tumor es autónomo del huésped. | Las inter relaciones del complejo huésped -tumor afectan toda faceta de la enfermedad |
| La diseminación tumoral es ordenada, basada en consideraciones anatómicas. | No hay patrón ordenado de diseminación tumoral. |
| Células tumorales van de linfáticos a ganglios por extensión directa (apoyan la disección en bloque). | Atraviesan los linfáticos por embolización, ponen en duda el valor de la disección en bloque. |
| Los GLR (+) indican extensión tumoral, son instigadores de enfermedad. | GLR (+) indica mala relación huésped-tumor que permite el desarrollo de metástasis (no son instigadores) |
| El Ca de mama es una enfermedad loco-regional. | Es sistémica. |
| La extensión y figura de la cirugía influye en los resultados. | Variaciones en el tratamiento loco-regional no afectan la sobrevida |
| No consideraba la multicentricidad tumoral. | La multicentricidad no necesariamente es precursora de cáncer |

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó revisión de expedientes de pacientes manejadas en el servicio de Oncología Ginecológica del CMN "La Raza", las cuales fueron enviadas a este hospital o acudieron a otros servicios desde donde se canalizaron a este.

Se revisaron los expedientes de las pacientes que se manejaron desde el día 1º de Enero de 1993 al 31 de Enero de 1994 y las cuales siguieron el conducto regular de estudios diagnósticos y preparatorios con un tiempo aproximado de 3 a 4 meses y que se sometieron a Tumorectomía ampliada o Cuadrantectomía y que posteriormente recibieron radioterapia y a las cuales siguieron un protocolo de vigilancia con exploración clínica periódica y realización de estudios de extensión, consistentes en RX de tórax, serie ósea metastásica, pruebas de funcionamiento hepático y si algún dato de estos resultaba anormal se procedía a realizar USG de hígado y vías biliares, Gamagrama hepatoesplénico o gamagrama óseo. Básicamente se debía realizar como mínimo una vez al año.

En todas las pacientes se tabularon los siguientes datos:

Edad

Antecedentes heredofamiliares

Antecedentes gineco obstétricos

Factores de riesgo para cáncer de mama

Etapa clínica

Procedimientos diagnósticos

Tratamiento quirúrgico

Tratamiento con radioterapia

Tratamiento con quimioterapia

Intervalo libre de enfermedad

Se excluyeron pacientes inconstantes en sus citas a control o que abandonaron el tratamiento o la vigilancia.

Si los datos de la pieza quirúrgica eran desfavorables se procedía a completar el protocolo de manejo con la adición de quimioterapia adyuvante.

Durante este periodo de tiempo se registraron 96 pacientes con manejo conservador y que cumplían con los requisitos para el estudio.

RESULTADOS:

- La edad de las pacientes oscilo entre 23 a 74 años con un promedio de 46 años, con predominio del número de pacientes en la quinta década de vida.
- Dentro de los antecedentes heredo-familiares se encontró la presencia de Ca de mama en un 10.4% y CaCu en 6.24% como segundo antecedente esto está de acuerdo con los factores de riesgo para Ca de mama y el CaCu por ser de las patologías más frecuentes en nuestra población.(Cuadro I)
- Respecto de los antecedentes relacionados con los estímulos estrogénicos se encontró una menarquía y menopausia en promedio correspondientes con la población general, el inicio de la vida sexual de ser en promedio de 30 años se podría corregir con presentación del primer parto a una edad más tardía, o de ausencia de gestación que en nuestro caso fue del 22.9% y con una gestación el 12.5%. Cuadros I y II.
- En cuanto a los factores de riesgo generales se encuentra que la presencia de obesidad ocupa el primer lugar probablemente por la ingesta de grasas animales, aunque el prototipo de nuestra población es con tendencia a la obesidad constitucional, con un 56.2% ocupa el primer lugar, baja paridad 35.4%, patología previa de mama 30% e ingesta de Hormonales 21.9% otros factores estuvieron presentes con un menor porcentaje de frecuencia. (Cuadro IV)
- En cuanto al diagnóstico este se baso en primera instancia en la clínica con 85.3%, Mastografía en 68.6% y BAAF 60.3%. no en todas las pacientes se realizaron todos los estudios. (Cuadro V)
- En cuanto a la etapificación clínica se ubicaron las pacientes en mayor proporción en la etapa I con 67.7% ósea lesión palpable siguieron las etapas Ila todas con N (cero), con 19.9% y las N(cero) con un 4.2% (Cuadro VII)
- Del manejo conservador se realizó Cuadrantectomía y RT en 58.3% y Tumorectomía RT en 21.9%, tumorectomía RT/QT en 11.5% y Cuadrantectomía RT/QT en 8.3%. (Cuadro VII)
- Del manejo protocolizado por etapa tenemos que para el grupo In situ el mayor manejo fue Tumorectomía RT con 6.3%, para la etapa I la cuadrantectomía con Rt en el 47.9% y tumorectomía con RT 15.6%, la etapa Ila con cuadrantectomía RT 8.3% y la tumorectomía RT/QT 3.1%./Cuadro VIII).

- Del tipo histológico se encontró una preponderancia del tipo ductal con 91.7% y dentro de este las lesiones de patrón no específico con 69.8% las lesiones lobulillares fueron del 8.3% y encontraron especialmente en la etapa II.
- De los estudios de extensión con más frecuencia se realizó Rx de tórax al 100% de las pacientes y PFH a 81.2%, serie ósea la 67.7%, mastografía de control al 51% de las pacientes y otros estudios complementarios. (Cuadro IX).
- Quimioterapia como coadyuvante se administró a 19 pacientes con datos desfavorables en la pieza quirúrgica se indicó FEC a 16 pacientes y CMF a 3 pacientes. (Cuadro X)
- En el corto tiempo de vigilancia se ha presentado recurrencia o persistencia por etapa de 0 en In situ, del 1.5% en etapa I. del 10.5% en etapa IIa y del 25% en etapa IIb. (Cuadros XI, XII, XIII)
- No se realizó determinación de receptores hormonales por lo tanto a todas las pacientes postmenopáusicas se indicó. Tamoxifen.

CUADRO 1
MANEJO QUIRÚRGICO CONSERVADOR
DE CÁNCER DE MAMA

| ANTECEDENTES HEREDITARIOS | NUMERO | PORCENTAJE |
|--------------------------------------|---------------|-------------------|
| ARCINOMA AMARIO | 10 | 10.41% |
| a Cu | 6 | 6.24% |
| a GÁSTRICO | 3 | 3.12% |

CUADRO II
MANEJO QUIRÚRGICO CONSERVADOR
CÁNCER DE MAMA

| ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS | PROMEDIO |
|--|------------------|
| MENARQUIA | 11.5 AÑOS |
| MENOPAUSIA | 49 AÑOS |
| INICIO VIDA SEXUAL | 30 AÑOS |

CUADRO III
MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR
DE CANCER DE MAMA

| ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS | NUMERO | PORCENTAJE |
|--|---------------|-------------------|
| NULIGESTA | 22 | 22.9 % |
| PRIMIGESTA | 12 | 12.5% |
| SECUNDIGESTA | 25 | 26.0% |
| MULTIGESTA | 37 | 29.6% |
| TOTAL | 96 | 100% |

CUADRO IV
MANEJO QUIRÚRGICO CONSERVADOR
DE CÁNCER DE MAMA

| FACTORES DE RIESGO | NUMERO | PORCENTAJE |
|--|---------------|-------------------|
| OBESIDAD | 54 | 56.2% |
| ALTA PARIDAD | 34 | 35.4% |
| TOLOGIA MAMARIA PREVIA | 30 | 31.2% |
| GESTA DE HORMONALES | 21 | 21.9% |
| QUIRURGIA PREVIA EN MAMA | 16 | 16.7% |
| HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA | 10 | 10.4% |
| OPONIA TARDIA | 9 | 9.4% |
| OPONIA PRECOZ | 9 | 9.4% |

CUADRO V

MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR DE CANCER DE MAMA

| DIAGNOSTICO | NUMERO | PORCENTAJE |
|-------------|--------|------------|
| CLINICO | 82 | 88.3% |
| MAMMOGRAFIA | 66 | 68.6% |
| BIOPSIA | 58 | 60.3% |

CUADRO VI
MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR
DE CANCER DE MAMA

| ETAPA CLINICA | NUMERO | PORCENTAJE |
|----------------------|---------------|-------------------|
| IN SITU | 8 | 8.3 % |
| ETAPA I | 65 | 67.7% |
| ETAPA II A | 19 | 19.9 % |
| ETAPA II B | 4 | 4.2 % |
| TOTAL | 96 | 100 % |

**CUADRO VII
MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR
DE CANCER DE MAMA**

| TIPO DE MANEJO | NUMERO | PORCENTAJE |
|---------------------------|---------------|-------------------|
| TUMORECTOMIA RT | 21 | 21.9% |
| TUMORECTOMIA RT/QT | 11 | 11.5% |
| CUADRANTECTOMIA-RT | 56 | 58.3% |
| CUADRANTECTOMRT/QT | 8 | 8.3% |
| TOTAL | 96 | 100% |

CUADRO VIII
MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR
DEL CANCER DE MAMA
TIPO DE MANEJO POR ETAPAS

| ETAPA | TIPO DE MANEJO | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------|-----------------------|--------|------------|
| IN SITU | TUMORECTOMIA- RT | 6 | 6.3% |
| | CUADRANTECTOMIA RT | 2 | 2.1% |
| ETAPA I | TUMORECTOMIA RT | 15 | 15.6% |
| | TUMORECTOMIA RT/QT | 1 | 1.0% |
| | CUADRANTECTOMIA RT | 46 | 47.9% |
| | CUADRANTECTOMIA RT/QT | 3 | 3.1% |
| ETAPA II A | TUMORECTOMIA RT/QT | 7 | 7.3% |
| | CUADRANTECTOMIA RT | 8 | 8.3% |
| | CUADRANTECTOMIA RT/QT | 4 | 4.2% |
| ETAPA II B | TUMORECTOMIA RT/QT | 3 | 3.1% |
| | CUADRANTECTOMIA RT/QT | 1 | 1.0% |
| TOTAL | | 96 | 100% |

CUADRO IX

MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR DEL CANCER DE MAMA

ESTUDIOS DE EXTENSION CONTROL

| TIPO DE ESTUDIO | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------------|--------|------------|
| RX DE TORAX | 96 | 100% |
| PRUEBAS DE FUNCION. HEPATICA | 78 | 81.2% |
| SERIE OSEA METASTASICA | 65 | 67.7% |
| MASTOGRAFIA DE CONTROL | 49 | 51.0% |
| ULTRASONIDO HEPATICO | 28 | 29.1% |
| GAMAGRAMA OSEO | 10 | 10.4% |
| GAMAGRAMA HEPATOESPLENICO | 4 | 4.1% |

CUADRO X
MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR
DE CANCER DE MAMA
QUIMIOTERAPIA COADYUVANTE

| QUIMIOTERAPIA | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------------|--------|------------|
| FEC | 16 | 16.7% |
| CMF | 3 | 3.1% |
| NO REQUIRIO QUIMIOTERAPIA | 77 | 80.2% |
| TOTAL | 96 | 100.0% |

CUADRO XI
MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR
DE CANCER DE MAMA
PERSISTENCIA O PROGRESION POR
ETAPA

ETAPA I

| PRESENCIA DE A/T | NUMERO | PORCENTAJE |
|-------------------------|---------------|-------------------|
| SI | 1 | 1.5% |
| NO | 64 | 98.5% |
| TOTAL | 65 | 100.0% |

CUADRO XII
MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR
DE CANCER DE MAMA
PERSISTENCIA O PROGRESION POR
ETAPA

ETAPA IIA

| PRESENCIA DE A/T | NUMERO | PORCENTAJE |
|-------------------------|---------------|-------------------|
| SI | 2 | 10.5% |
| NO | 17 | 89.5% |
| TOTAL | 19 | 100.0% |

CONCLUSIONES

- El presente estudio tiene la finalidad de servir de base preliminar para un estudio con mayor duración en tiempo y en vigilancia y por ende en número de pacientes.
- Preliminarmente encontramos que nuestro grupo de pacientes encaja dentro del patrón general de edad en riesgo para Cáncer de Mama con un promedio de 46 años.
- Los factores de riesgo encuentra que la baja paridad, con probable paridad de etapa tardía, los factores fisiológicos como la obesidad potencian este riesgo para nuestras pacientes.
- Encontramos que la detección es baja en las etapas iniciales y que en algunos de ellas los exámenes paraclínicos fueron los que dieron el diagnóstico.
- Se evidencia un cambio de actitud hacia el manejo de tipo conservador en nuestro servicio a la par que se da a nivel mundial.
- Al igual que a nivel mundial el tipo histológico predominante es el ductal.
- El manejo con hormonoterapia a base de Tamoxifen se indica en toda paciente postmenopáusica, la cual se hace sin tener datos de receptores estrogénicos, los cuales se empiezan a realizar en nuestro servicio.
- Para poder realizar estudios y valorar los protocolos de manejo y con ello extractar las enseñanzas de la experiencia es necesario poder contar con una sistematización con un banco de datos de estas pacientes, ya que algunos expedientes no se pudieron recabar para que el estudio se apegue más a la realidad.

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

PACIENTES DE PROTOCOLO DE MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR EN CANCER DE MAMA

NOMBRE: _____

AFILIACION: _____

EDAD: _____

FACTORES DE RIESGO:

HEREDO FAMILIARES: _____

PATOLOGICOS: _____

QUIRURGICOS DE MAMA: _____

EDAD: MENARCA _____ IVSA _____ PRIMER

PARTO

MENOPAUSIA

GESTAS: PARTOS: _____

METODO PLANIFICACION: _____

TIEMPO: _____

CARACTERISTICAS DEL TUMOR:

MEDIDAS:

UBICACION: _____

CONSISTENCIA:

ETAPA CLINICA:

BAAF: SI _____ NO _____

RESULTADO: _____

TRUCUT: SI _____ NO _____

RESULTADO: _____

MASTOGRAFIA SI _____ NO _____

RESULTADO: _____

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:

OBSERVACIONES: _____

DATOS DE LA PIEZA QUIRURGICA:

REPORTE DE PATOLOGIA:

MANEJO COMPLEMENTARIO

EVOLUCION: _____

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Almerie R, et al: curative radioterapy for operable breast cancer: five and ten year survival rates. In Leguis M, editor: diagnosis antreatment of breast cancer, Baltimore, 1981, Williams & Wilkins.
- 2.- Alkins H, et al: Treatment or early breast cancer: a report after ten years of a clinical trial. Br Med J 2:423. 1972.
- 3.- Fisher B: Breast cancer management: alternatives to radical mastectomy, N Engi J Med 301:326, 1979.
- 4.- Fisher B. et al: Comparison of radical mastectomy with alternative treatments for primary breast cancer a first report of results from a prospective randomized clinical trial. Cancer 39:2827, 1977.
- 5.- Fishre B, at al: Five- year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer, N Engl J Med 312:665, 1985.
- 6.- Fisher B, et al : Ten - year results of a randomizad clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation, N Engl J Med 312:674, 1985.
- 7.-Haagensen CD. The choice of treatment for operable carcinoma of the breast. Surgery 76:685, 1974.
- 8.- Harris JR. Levene MB. Hellman S:The role of radiation therapy in the primary treatment of carcinoma of the breast, Sem Oncol 5:403, 1978.
- 9.- Harris JB, Rench A, Connolly J, et al: Conservative surgery and radiotherapy for early breast cancer, Cancer 66 (6): 1427, 1990.
- 10.- Schnitt SJ, Silen W, Sadowsky NL, Connolly JL, Harris Jr, Current concepts: Ductal carcinoma in situ (intraductual carcinoma) of the breast N Engl J Med, 1988: 318: 898 - 903.

11.- Verbeek ALM, Hendriks JHCL, Holland R et al. Reduction of breast cancer mortality through mass screening with modern mammography: First result of the Nijmegen Project. 1975 - 1981, Lancet 1984; 1:1222 - 1224.

12.- Fisher B, Redmond C, Poisson R et al. Eight - year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. N Engl J Med 1989; 320: 822 - 828.

13.-Recht A, Connolly JL, Shniff SJ et al. Conservative surgery and radiation therapy for early breast cancer, Result controversies and unsolved problems. Semin Oncol 1986; 13:434 - 449.

14.-Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. N Engl J. Med 1981; 305.

15.- Recht A, Danoff BS, Solin LJ et al: Intraductal carcinoma of the breast: Results of treatment with excisional biopsy and irradiation, J Clin Oncol 1985; 3:1339 - 1343.

16.-Zafrani B, Fourquet A, Vilcoq JR, Legal M, Calle R. Conservative management of intraductal breast carcinoma with tumorectomy and radiation therapy. Cancer 1986; 57:1299-1301.

17.- Fowble BL, Solin LJ, Goodman RL,. Results of conservative surgery and radiation for intraductal maninvasive breast cancer (Abstr). Proceedings of the American Radium Society, Am J Clin Oncol 1987;10:110-111.

18.- Fisher ER, Sass R, Fisher B et al, Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (Protocol 6): 1. Intraductal carcinoma (DCIS), Cancer 1986;57:197-208.

19.- Patchefsky AS, Schwartz GF, Finkelstein SD et al, Heterogeneity of intraductal carcinoma of the breast, Cancer 1989;63:731-741.

20.- Lagios MD, Margolin Fr, Westdahl PR, Rose MR. Mammographically detected duct carcinoma in situ: Frequency of local recurrence following

tylectomy and prognostic effect of nuclear grade on local recurrence. *Cancer* 1989;63:618-624.

21.- Holland R, Veling SHJ, Mravunac M, Hendriks JHCL. Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinomas: Implications for clinical trials of breast-conserving surgery. *Cancer* 1985: 56:979-990.

22.-Price P. Walsh G. A' Hernrp et al. Predictors of local recurrence and progressions in patients treated by surgery alone for in situ breast carcinoma (Abstr), *Br. J. Cancer* 1988;58:522.

23.- Haagensen, C:D. *Enfermedades de la Mama*. Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina, 3a, De.1987, Pags. 429-435.

24.- Fisher B, Redmond C, Poisson R et al: Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N, Engl J Med* 1989;320:822.