

11217
56
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

FACTORES QUE ESTAN ASOCIADOS
A LA RECURRENCIA DEL CANCER DE MAMA
DUCTAL INFILTRANTE, EN UN GRUPO DE
PACIENTES EN ETAPA CLINICA IIB,
TRATADAS EN EL H.G.O.3 C.M.N. LA RAZA



TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

DR. FRANCISCO PERALTA GAONA

COORDINADOR DE TESIS
DR. SAMUEL ALEJANDRO LIEVANO TORRES



MEXICO, D.F.

1999

Handwritten signatures and the number 0260723

CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
Hospital de Ginecología y Obstetricia
Unidad de Docencia e Investigación

TESIS CON
LLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

3/10

FRAGUACION

DR. MARTIN MEZA VARGAS
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

DR. SAMUEL ALEJANDRO LIEVANO TORRES
MEDICO DE BASE ADSCRITO AL SERVICIO DE U.T.Q.
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"



DR. GERMAN CASTELAZO RICO
MEDICO DE BASE ADSCRITO AL SERVICIO DE ONCOLOGIA
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

DR. FRANCISCO PERALTA GAONA
MEDICO RESIDENTE DEL CUARTO AÑO DE LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

COLABORADOR

DR. LUIS MANUEL MARTINEZ BARRERA
ONCOLOGO MEDICO

A mis Padres...

Simón Peralta Salinas y Andrea Gaona Peñaloza.

Por que gracias a ellos, a su apoyo constante he podido realizar una de mis metas, con mucho cariño y respeto.

A mis hermanos...

Por el apoyo recibido de todos. Gracias.

Al Dr. Luis Manuel Martínez Barrera.

Oncólogo Médico, su asesoramiento y desinteresada ayuda para llevar a cabo este trabajo. Muchas Gracias.

Con especial dedicación ...

A la Dra. **MARIA DEL ROCIO HERNANDEZ BARRO**, Por todo el apoyo recibido, la invaluable ayuda para la realización de este trabajo, por todo... Gracias.

RESUMEN

TITULO: Factores que están asociados a la recurrencia del cáncer de mama ductal infiltrante, en un grupo de pacientes en etapa clínica IIB, tratadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional "La Raza".

OBJETIVO: Determinar los factores que están asociados a la recurrencia del cáncer de mama ductal infiltrante en pacientes con etapa clínica IIB.

ESTUDIO: Retrospectivo, transversal, clínico, epidemiológico.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron 51 expedientes de pacientes de 25 a 70 años, admitidos en el servicio de Oncología del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza", en un periodo de tiempo comprendido de Enero de 1995 a Diciembre de 1998, con diagnóstico clínico de cáncer de mama estadio IIB, etapificadas en dicho servicio y con diagnóstico histopatológico de carcinoma ductal infiltrante. Mediante un formato previamente diseñado se recabaron y analizaron las variables a determinar.

RESULTADOS: El rango de edad de las pacientes fué de 35 a 70 años, con una media de 51.3 años. Con relación a la mama se observó afectación igual para ambas, mama derecha 49% (n=25), mama izquierda 49% (n=25) y un caso de afección bilateral (2%). La afectación por cuadrante fué como sigue: CSE 45.0% (n=23), CS 19.6% (n=10), CIE 11.7% (n=6), CSI 9.8% (n=5), CE 5.8% (n=3), Central 5.8% (n=3), CI 1.9% (n=1). Tuvieron antecedente de cáncer familiar 29.4% (n=15). Lactancia positiva en 29.4% (n=15). El tratamiento fué: MRM en el 74.5% (n=38), QT en 78.4% (n=40), RT en 64.7% (n=33), HT en 54.9% (n=28), Tumorectomía en 15.6% (n=8) y Cuadrantectomía + DRA en 3.9% (n=2). Se encontraron metástasis ganglionares en 57.0% (n=29), permeación vascular y linfática en 72.5% (n=37). Hubo recurrencia en 21.5% (n=11), 2 de ellas (3.9%) presentaron recurrencia local y distante. El tiempo entre el tratamiento inicial y la adyuvancia varió de inmediato hasta 2 años. Por último, encontramos que el 35.2% (n=18) contaban con una sola etapificación, 49.2% (n=25) con dos y el 15.6% (n=8) con tres.

CONCLUSIONES: En el presente estudio, de todos los parámetros analizados, solo se demostró que el antecedente de cáncer familiar tubo diferencia estadística significativa para la recurrencia de la enfermedad.

CONTENIDO

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

VARIABLES

CONSIDERACIONES ETICAS

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

TABLAS Y GRAFICAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El cáncer de mama se perfila como una amenaza latente en países como México a consecuencia del aumento importante de la esperanza de vida; de la reducción de la tasa de crecimiento total anual, al inicio de lo que hoy conocemos como el proceso de envejecimiento de la población; de cambios en los estilos de vida, particularmente la práctica cada vez menor de la lactancia y la disminución de tasas de fertilidad; así como la escasa eficiencia y efectividad de los programas de detección oportuna del cáncer de mama. (3)

El desarrollo del cáncer de mama y su eventual resultado es de difícil valoración, por la compleja interacción del paciente y los factores medioambientales. Todavía no conocemos el camino para prevenir el cáncer de mama, y una vez que la enfermedad se disemina su cura es difícil. Está demostrado que la muerte por cáncer de mama puede ser retrasada o prevista con la detección y tratamiento precoz de su crecimiento. No solo la mortalidad puede ser disminuida, ya que el diagnóstico precoz incrementa las opciones terapéuticas y frecuentemente se evitan los traumas físicos y psicológicos de la mastectomía. (1)

Dentro de la epidemiología del cáncer de mama se incluyen elementos o factores cuya presencia es frecuente en esta entidad, que van desde los ambientales, geográficos y étnicos, así como los genéticos y hereditarios, aquellos que dependen de la propia mujer, (sexo y hormonas) de la mama en sí, las radiaciones, algunos agentes virales, la dieta, etc. (1,2,3)

Su frecuencia va a presentar variaciones en cuanto a su magnitud y naturaleza en las diferentes poblaciones del mundo. Cerca del 25% de las mujeres padecerá cáncer y, de éstas, el 25% padecerá un cáncer mamario. Así una de cada 17 mujeres será afectada por un tumor maligno en algún momento de su vida. (2)

La incidencia y mortalidad por cáncer de mama en los últimos años ha sido más alta en Norteamérica y norte de Europa, intermedia en el sur de Europa y Latinoamérica y baja en Asia y África. Actualmente se estima que cada año se presentan 572, 100 casos en el mundo, con una frecuencia de 9% respecto del total de las neoplasias, y que la incidencia anual puede llegar a ser de un millón de nuevos casos para el año 2000.

El cáncer de mama en México constituye la segunda neoplasia maligna más

frecuente en las mujeres, especialmente en el grupo de edad de los 40 a los 65 años.(4)

La mayoría de estos tumores son esporádicos, pero cerca del 10% tienen un claro componente genético. En estos casos la neoplasia aparece a edades más tempranas, frecuentemente es de compromiso bilateral, existe asociación con cáncer de ovario, y con frecuencia también se presenta en hombres, siendo ésta del 1 al 2%. (5, 2)

La frecuencia de mortalidad por cáncer de mama ha ido en ascenso, el número de muertes al inicio de la década de los 90 se elevó respecto de 1980 en un 72%. La tasa cruda de mortalidad en mujeres mayores de 25 años se incrementó de 9.5 a 13%. El peso relativo en la mortalidad por tumores se triplicó: así, pasó a ocupar el sexto lugar en frecuencia en la mortalidad por tumores malignos, y el segundo lugar considerando solamente el sexo femenino. (3, 4, 5,7,8)

La diseminación del cáncer de mama a través de los troncos linfáticos que emergen de la mama hacia los ganglios regionales ha sido estudiada por numerosos autores, principalmente por el hecho de que la distribución de las metástasis es de suma importancia en la selección del tratamiento en este tipo de neoplasia. (6,10)

Los ganglios linfáticos axilares se dividen en muchos grupos: los ganglios torácicos laterales, los subescapulares, los axilares laterales, los axilares centrales, los interpectoriales y los subclaviculares. El grupo más rico en ganglios linfáticos es el axilar central.

A los ganglios linfáticos axilares también se los ha dividido en 3 niveles de acuerdo con sus relaciones con el músculo pectoral menor (primer nivel por fuera del pectoral menor, segundo nivel, retromusculares, tercer nivel o ápice, por dentro del músculo).(9, 10).

La clasificación en estadios del cáncer de mama, de acuerdo al American Joint Commission on Cancer, American Cancer Society, American College of Surgeons Committee on Cancer, es la siguiente:

Estadio	Características
---------	-----------------

Definición del TNM

TX	No es posible evaluar el tumor primario.
T0	No signos de tumor primario.

- Tis Carcinoma in situ: carcinoma intraductal, carcinoma lobulillar in situ o enfermedad de Paget del pezón sin tumor.
- T1 Tumor de 2 cm ó menos en su diámetro mayor.
 - T1a Tumor de 0.5 cm ó menos en su diámetro mayor.
 - T1b Tumor de más de 0.5 cm pero no superior a 1 cm en su diámetro mayor.
 - T1c Tumor de más de 1 cm pero no superior a 2 cm en su diámetro mayor.
- T2 Tumor de más de 2 cm pero no superior a 5 cm en su diámetro mayor.
- T3 Tumor de más de 5 cm en su diámetro mayor.
- T4 Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared del tórax o a la piel.
 - T4a Extensión a la pared del tórax.
 - T4b Edema (incluyendo piel de naranja) ó ulceración de la piel de la mama ó nódulos cutáneos satélites, limitados a la misma mama.
 - T4c T4a y T4b a la vez.

Ganglios linfáticos regionales

- Nx Imposibilidad de valorar los ganglios linfáticos regionales (por ejemplo, extirpados anteriormente).
- N0 Ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
- N1 Metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles.
- N2 Metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales, fijos entre sí o en otras estructuras.
- N3 Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales.
- Mx No es posible valorar la existencia de metástasis a distancia.
- M0 Ausencia de pruebas de metástasis a distancia.
- M1 Metástasis a distancia, incluyendo metástasis en ganglios linfáticos supraclaviculares ipsilaterales.

El estadio clínico IIB, objeto de este estudio, corresponde a lo siguiente:

IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0(11)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Que factores estan asociados, a la recurrencia del carcinoma ductal infiltrante de mama en estadio clinico IIb que han sido tratadas en este hospital ?.

OBJETIVOS

PRINCIPAL

Determinar los factores que están asociados a la recurrencia del cáncer de mama ductal infiltrante en pacientes con etapa clínica IIb, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional "La Raza", en un periodo de tiempo comprendido de Enero de 1995 a Diciembre de 1998.

ESPECIFICOS

- a) Determinar el tiempo promedio de recurrencia de la enfermedad.
- b) Sitios de la mama de mayor recurrencia de la enfermedad.
- c) Determinar si el tipo de tratamiento influye en la recurrencia de la enfermedad (Quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia).
- d) Determinar si los antecedentes patológicos y obstétricos de la paciente influyen en la recurrencia de la enfermedad.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

- **Cáncer de mama E IIb**

Se entiende por un cáncer de mama en estadio IIb (por clasificación clinica TNM), a un tumor de más de 2 cm y hasta más de 5 cm en su diámetro mayor (T2-T3) con metástasis en ganglios axilares homolaterales móviles o sin ellas, (N1 - N0) y sin metástasis a distancia (M0).

VARIABLE DEPENDIENTE

- **Factores de Riesgo:**

– **Edad** - Se entiende por edad al tiempo que una persona ha vivido, a contar desde su nacimiento.

Indicador: Años.

– **Sexo** - Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Indicador: Masculino o femenino.

– **Tamaño del Tumor** - (Compuesto por tamaño y tumor).

**** Tamaño:** Tan grande o tan pequeño. Muy grande o muy pequeño. Mayor o menor volumen de dimensión de una cosa.

**** Tumor:** Hinchazón o bulto que se forma anormalmente en alguna parte del cuerpo.

Indicador: centímetros.

– **Ganglio** - Cualquiera de los órganos de forma arrionada, ovoide o esférica, intercalado en el trayecto de los vasos linfáticos y en cuyo interior se forman los linfocitos. Actúan como filtros para la linfa, pues retienen las sustancias nocivas que este humor pueda contener.

Indicador: Si - No

– **RECURRENCIA**- Reaparición de los síntomas de una enfermedad después de un periodo de remisión.

Indicador: tiempo.

CONSIDERACIONES ETICAS

Debido a que se revisaron expedientes, no se requirió autorización de las pacientes ni familiares ya que este estudio no viola ninguno de los principios básicos de investigación con seres humanos establecidos por la Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinky en 1964, ni las revisiones hechas por la misma en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

La investigación se apegó a la ley general de salud de la República Mexicana en materia de investigación en 1993 (Título V, artículo 96 al 103) y a las normas establecidas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, para este mismo fin.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal, clínico, epidemiológico.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de 25 a 70 años de edad, admitidos en el servicio de Oncología del HGO 3 del Centro Médico Nacional La Raza, en el periodo de tiempo comprendido de Enero de 1995 a Diciembre de 1998.
- Con diagnóstico histopatológico de carcinoma ductal infiltrante, EIIb.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes menores de 25 años y mayores de 70 años.
- Pacientes con diagnóstico clínico de cáncer de mama ductal infiltrante en cualquier otra etapa clínica distinta a IIb.
- Pacientes etapificadas fuera de la unidad (NCTFU).
- Pacientes con tratamiento previo fuera de la unidad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Defunción de la paciente.
- Abandono del tratamiento.
- Tratamiento irregular.

METODOLOGIA

Se revisaron 51 expedientes de pacientes de 25 a 70 años de edad, admitidos en el servicio de Oncología del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza, en el periodo de tiempo comprendido de Enero de 1995 a Diciembre de 1998, con diagnóstico clínico de cáncer de mama estadio IIB, etapificadas en el servicio de Oncología del HGO 3, CMNR y diagnóstico histopatológico de carcinoma ductal infiltrante.

Mediante un formato previamente diseñado se recolectaron los siguientes datos:

- Nombre y cédula.
- Edad de la paciente al inicio del estudio.
- Tamaño del tumor en la primera consulta.
- Mama afectada y cuadrante.
- Presencia de ganglios probablemente afectados.
- Antecedentes ginecoobstétricos.
- Lactancia.
- Antecedente familiar de cáncer.
- Otras patologías de la paciente.
- Recurrencia local o distante y sitio más frecuente.
- Tratamientos utilizados.
- Tamaño del tumor por patología.
- Permeación vascular y linfática.
- Límites quirúrgicos con ó sin tumor.

Los resultados se analizarón por medio de cuadros y gráficas.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 51 expedientes de pacientes admitidos en el servicio de Oncología del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3, del Centro Médico Nacional "La Raza", en el periodo comprendido de Enero de 1995 a Diciembre de 1998, con diagnóstico clínico de cáncer de mama estadio IIb, etapificadas en dicho servicio y con diagnóstico histopatológico de carcinoma ductal infiltrante.

El rango de edad de las pacientes fué de 35 a 70 años, con una media de 51.3 ± 10.8 años. El tiempo de evolución entre la detección del tumor por la paciente y la primera consulta en el servicio de Oncología de ésta unidad fué del 41% (n=21) de 4 a 12 meses, seguido de uno a tres meses en el 21.5% (n=11), ver tabla 1.

Con relación a la mama afectada, se observó que no hubo diferencia significativa en el predominio de uno u otro lado, ver tabla 2.

La frecuencia de afectación por cuadrantes fué de predominio en el cuadrante superior externo 45.0%, en una quinta parte de los casos, ver tabla 3.

Se encontró antecedente de cáncer familiar en un 29.4% (n=15), de éstos, 33.3% (n=5), correspondieron a cáncer de mama, ver gráfica 4.

En un 29.4% (n=15), se tuvo el antecedente de haber proporcionado lactancia a sus productos, en el 53% no se consignó éste antecedente en el expediente, ver gráfica 3.

Con respecto a métodos de planificación utilizados, encontramos que el 58.8% (n=30), utilizaban algún método, el 35.2% (n=18), lo negó. El método utilizado más frecuentemente fueron los hormonales orales como temporal y la OTB en un 50.5% (n=15) como definitivo, ver tabla 4.

En el 64% de las pacientes (n=33), carecían de patología agregada. En el 44%, la Hipertensión arterial sistémica crónica fué la patología agregada más frecuente de los casos (n=8), seguida de Diabetes mellitus en el 22.2% (n=4), ver tabla 5.

El tratamiento inicial más utilizado fué la mastectomía radical modificada en el 74.5% (n=38), del tratamiento adyuvante, la quimioterapia se dió en el 78.4% (n=40). Algunos pacientes recibieron más de un tratamiento, ver tabla 6.

De las 38 mastectomías realizadas, se encontraron metástasis ganglionares por reporte histopatológico en el 76.3% (n=29).

De las mastectomías realizadas, sólo el 2.7% (n=1), no tuvo permeación vascular ó linfática.

Se presentó recurrencia en el 21.5% (n=11), siendo la más frecuente a hueso, seguida de pulmón y axila, ver tabla 7.

La coincidencia del tamaño del tumor por clínica y patología fué del 19.6% (n=10), reportándose con mayor frecuencia un mayor tamaño por clínica en el 37.2% (n=19), ver gráfica 5.

En relación al grado nuclear, en el reporte histopatológico fué más frecuente el grado II, ver gráfica 1.

El tiempo transcurrido entre el tratamiento inicial y la adyuvancia varió desde inmediato hasta 2 años, siendo el más frecuente en un 33.3% 2 meses, ver gráfica 6.

Cuando se analiza la etapificación, en base a la clasificación TNM, se encontró que solamente el 35.2% (n=18) coincidieron los valores de TNM en preconsulta, historias clínicas y clínica conjunta; el 49.2% (n=25) tuvo dos diferentes valoraciones y el 15.6% (n=8) fué distinta la valoración de índices en cada uno de ellos, ver gráfica 2.

Tabla 1.

Tiempo de evolución del tumor hasta la primera consulta en el servicio de oncología del HGO 3 CMN La raza.

<u>Parámetro</u>	<u>Con recurrencia</u>	<u>Sin recurrencia</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
<u>Hasta 1 mes</u>	1	7	8	15.6
<u>1 a 3 meses</u>	1	10	11	21.5
<u>4 a 12 meses</u>	5	16	21	41.1
<u>13 a 24 meses</u>	0	2	2	3.9
<u>+ de 25 meses</u>	2	3	5	9.8
<u>No especificado</u>	2	2	4	7.8

Tabla 2.

Mama afectada

<u>Parámetro</u>	<u>Con recurrencia</u>	<u>Sin recurrencia</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
<u>Derecha</u>	7	18	25	49
<u>Izquierda</u>	4	21	25	49
<u>Bilateral</u>	0	1	1	2

Tabla 3.

Localización por cuadrantes.

Parámetro	Con recurrencia	Sin recurrencia	Total	%
CSE	5	18	23	45.0
CS	2	8	10	19.6
CIE	1	5	6	11.7
CSI	1	4	5	9.8
CE	1	2	3	5.8
C	1	2	3	5.8
CI	0	1	1	1.9

CSE: Cuadrante superior externo

CS: Cuadrantes superiores.

CIE: Cuadrante inferior externo.

CSI: Cuadrante superior interno.

CE: Cuadrantes externos.

C: Central (retroareolar).

CI: Cuadrantes inferiores.

Tabla 4.

Métodos de Planificación Familiar utilizados.

<u>Parámetro</u>	<u>Con recurrencia</u>	<u>Sin recurrencia</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
<u>O.T.B.</u>	6	9	15	29.4
<u>H. orales</u>	1	6	7	13.7
<u>D.I.U.</u>	1	2	3	5.8
<u>D.I.U.+O.T.B.</u>	0	2	2	3.9
<u>Preservativos</u>	0	2	2	3.9
<u>H.inyectables</u>	0	1	1	1.9
<u>Ninguno</u>	2	16	18	35.2
<u>No especificado</u>	1	2	3	5.8

Tabla 5.

Patologías agregadas.

<u>Parámetro</u>	<u>Con recurrencia</u>	<u>Sin recurrencia</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
HASC	2	6	8	15.6
DM	0	4	4	7.8
HASC+DM	1	2	3	5.8
OBESIDAD	1	0	1	2.0
HASC+Obesidad	0	1	1	2.0
Púrpura+Tb gang.	0	1	1	2.0
Ninguna	7	26	33	64.8

Tabla 6.

Tratamiento utilizado

<u>Parámetro</u>	<u>Con recurrencia</u>	<u>Sin recurrencia</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
<u>MRM</u>	9	29	38	74.5
<u>QT</u>	11	29	40	78.4
<u>RT</u>	7	26	33	64.7
<u>HT</u>	4	24	28	54.9
<u>Tumorectomía</u>	1	7	8	15.6
<u>QUART</u>	0	2	2	3.9
<u>ML</u>	1	0	1	1.9
<u>Addair</u>	0	1	1	1.9

MRM: Mastectomía radical modificada

QT: Quimioterapia.

RT: Radioterapia.

HT: Hormonoterapia.

QUART: Cuadrantectomía más disección radical de axila.

ML: Mastectomía de limpieza

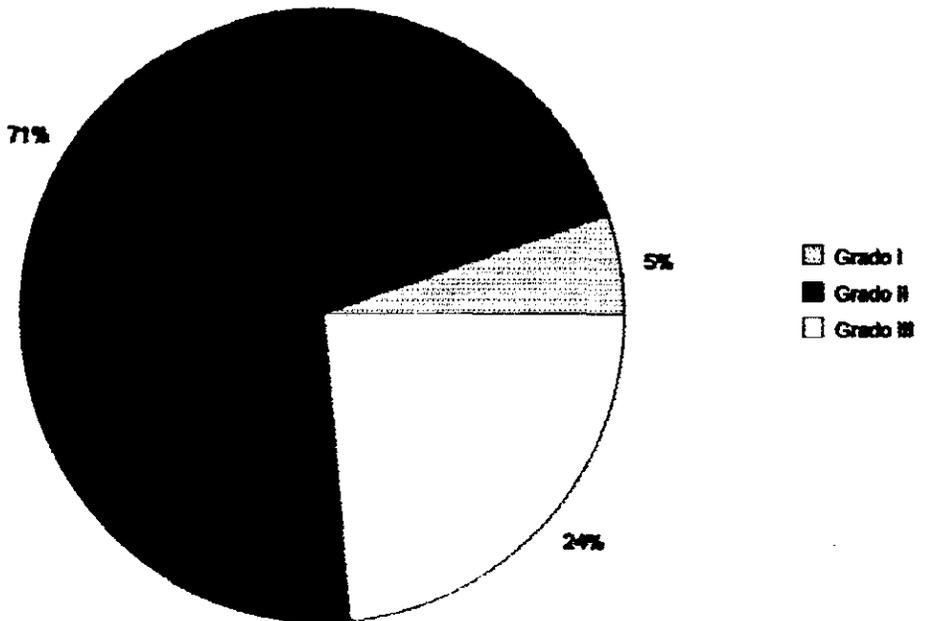
Tabla 7.

Recurrencia

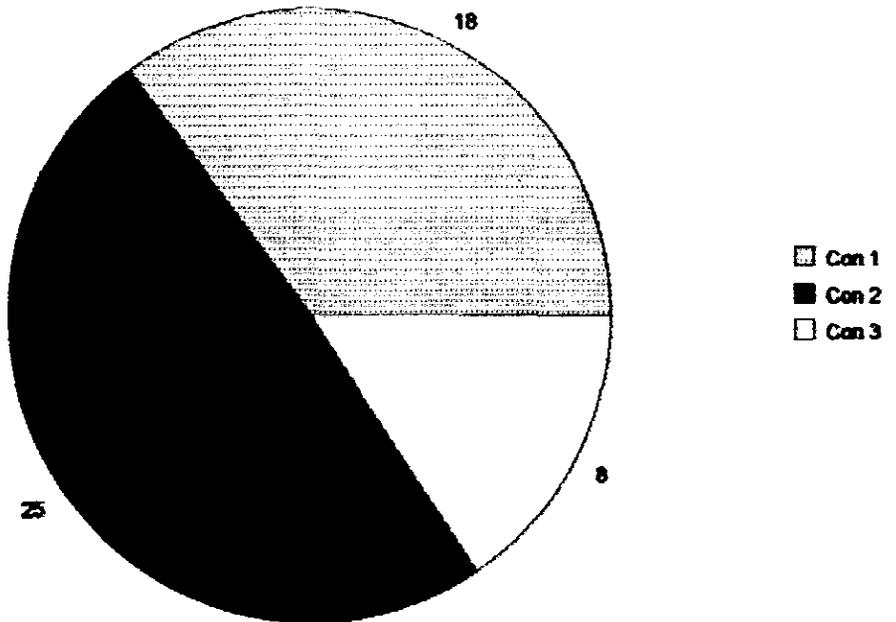
<u>Parámetro</u>	<u>Con recurrencia*</u>	<u>Sin recurrencia</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
<u>Hueso</u>	5	0	5	9.8
<u>Pulmón</u>	2	0	2	3.9
<u>Axila</u>	2	0	2	3.9
<u>Cicatriz qx</u>	1	0	1	1.9
<u>Cerebro</u>	1	0	1	1.9
<u>Mama contralat.</u>	1	0	1	1.9
<u>Hueso supraclav.</u>	1	0	1	1.9
<u>Sin recurrencia</u>	0	40	40	78.4

* Dos pacientes presentaron recurrencia local y distante.

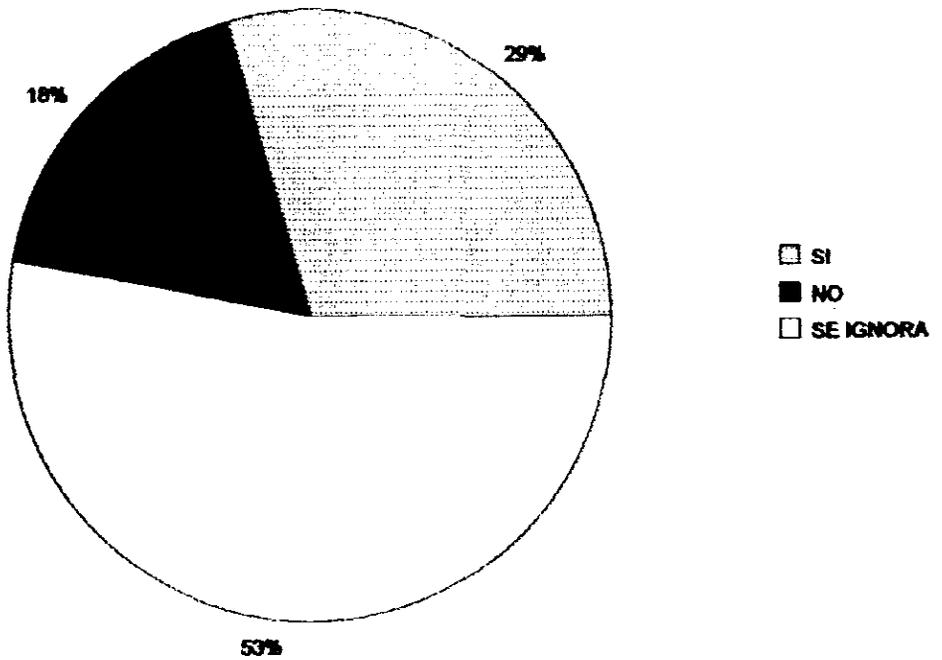
GRAFICA 1. GRADO NUCLEAR



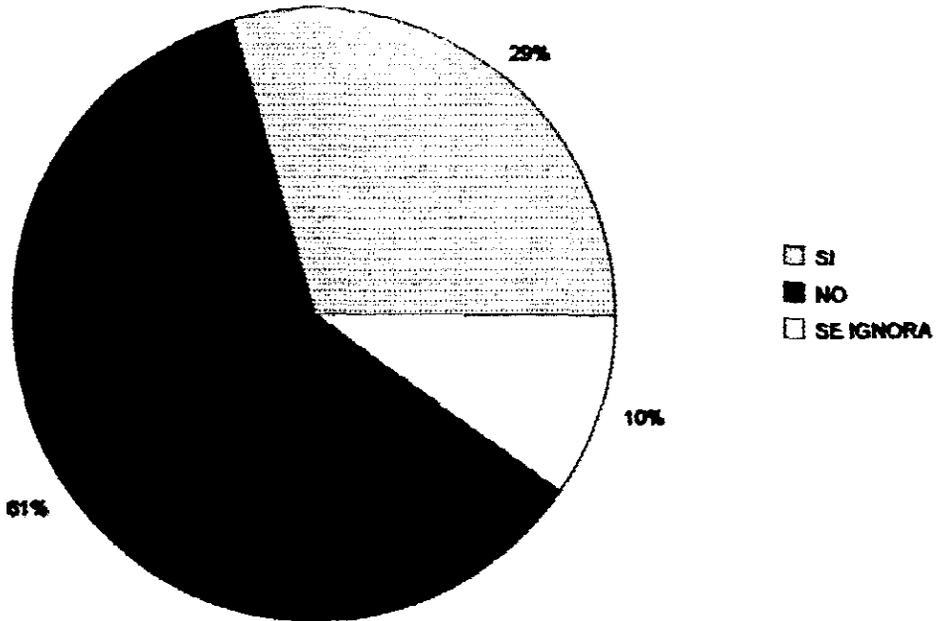
GRAFICA 2 ETAPIFICACION TMM



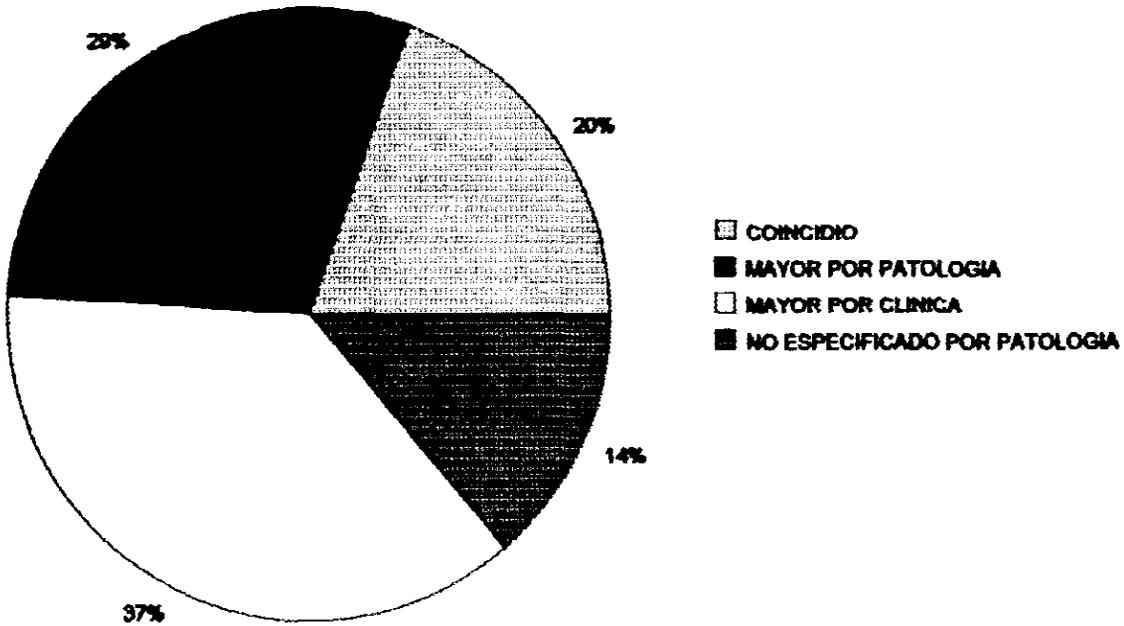
GRAFICA 3. ANTECEDENTE DE LACTANCIA MATERNA



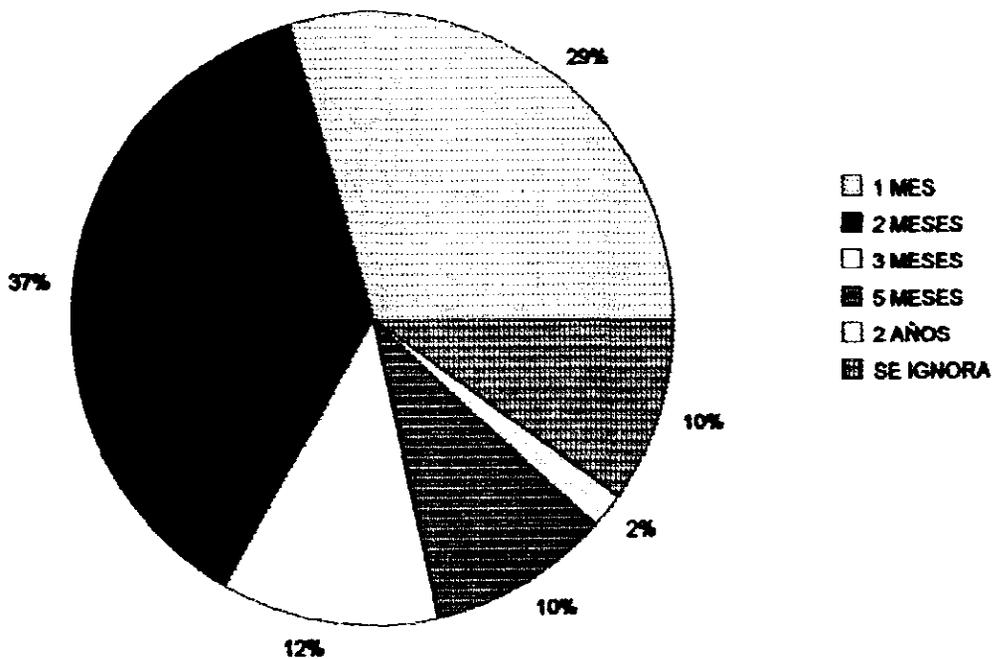
GRAFICA 4. ANTECEDENTE DE CANCER FAMILIAR



GRAFICA 5. TAMAÑO DE TUMOR EN RELACION CLINICO PATOLOGICA



GRAFICA 6. TIEMPO ENTRE TRATAMIENTO INICIAL Y ADYUVANCIA



CONCLUSIONES

En el presente estudio, al correlacionar los diferentes parámetros estudiados y analizados, representados en los cuadros y las gráficas, se encontró entre los grupos de recurrentes (11) y no recurrentes (40), que no hay diferencias significativas entre ámbos grupos ($p > 0.05$).

Por chi cuadrada, se demostró diferencia estadística significativa ($p < 0.05$) entre la aparición o no de recurrencias de la enfermedad con el antecedente de cáncer familiar.

Se sugiere como comentario, la necesidad de homogenizar criterios para la etapificación inicial de las pacientes, ya que en éste estudio se encontraron pacientes que presentaban dos y tres etapificaciones clínicas TNM.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Kopans, DB. Etiología del cáncer de mama. Factores asociados con un mayor riesgo de cáncer de mama. La mama en imagen. Marban libros. Edición 1994. p.p. 1-2.
- 2.-Torres TR. Tumores de mama. Diagnóstico y tratamiento. Ed. Interamericana 1994. p.p., 72-80.
- 3.- Lazcano Ponce EC, et al. Cáncer de mama. Un hilo conductor histórico, presente y futuro. Salud Publica de México 1996; 38:139-152.
- 4.- Cervantes, M. y cols: Alteraciones del ciclo celular en cáncer de mama. Ginecología y obstetricia de México 1996; 64:230-234.
- 5.- Salamanca-Gómez F. Genes de susceptibilidad a cáncer de mama. Gaceta Médica de México Vol. 131 No.4 : 479-480.
- 6.- Torres TR. y cols. Frecuencia de metástasis ganglionares en el carcinoma mamario operable. Ginecología y Obstetricia de México Vol. XXIII. Abril, 1968.
- 7.- Harris, et al. Breast Cancer. (First of Three Parts) The New England Journal of Medicine.. 1992 Vol. 327. No. 5: 319-328.
- 8.- Haagensen CD. Enfermedades de la mama. Edi. Panamericana. 1987. 3ra. ed. p.p., 420.
- 9.- Veronesi U, et al. Comparing radical mastectomy with cuadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. New England Journal of Medicine. 1981; 305: 6-11.

10.- Veronesi U. Cirugía Oncológica. Edi. Panamericana. 1991. Primera ed. p.p. 455

11.- DiSAIA PJ. Oncología Ginecológica Clínica. Cuarta edición, Ed. Mosby/Doyma Libros. 1994. p.p. 497.