

112402



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

SERVICIO DE ONCOLOGIA

CANCER DE MAMA EN LA SENECTUD EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA. HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA ONCOLOGICA

DIRECCION DE ENSEÑANZA

R E S E N T A :

DR. NICOLAS OCTAVIO RIVERA MAGAÑA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

2000

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2000



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.

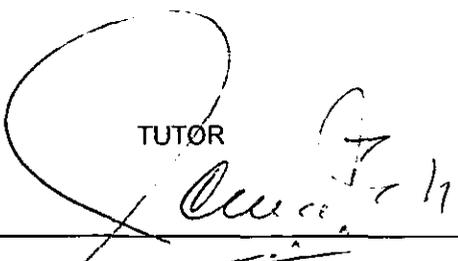
**CANCER DE MAMA EN LA SENECTUD
EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA.
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.**

El contenido y presentación del presente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor y tutor del mismo, por lo que su reproducción total ó parcial, necesita de la autorización por escrita de ambos.

AUTOR

DR. NICOLAS OCTAVIO RIVERA MAGAÑA
Residente de Cirugía Oncológica
Servicio de Oncología
Hospital General de México O.D.
Fecha: 10 de noviembre del 2000

TUTOR



DR. HERNANDO MIRANDA HERNÁNDEZ
Jefe de la Unidad de Tumores Mamarios
Servicio de Oncología
Hospital General de México O.D.
Fecha: 10 de noviembre del 2000

**CANCER DE MAMA EN LA SENECTUD.
EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA.
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.**

AUTOR: DR. NICOLAS OCTAVIO RIVERA MAGAÑA.

TUTOR DE TESIS: DR. HERNANDO MIRANDA HERNÁNDEZ.

**PROFESOR TITULAR
DEL CURSO:** DR. ALFONSO TORRES LOBATON.

JEFE DEL SERVICIO: DR. EDUARDO ARANA RIVERA.

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. Hernando Miranda Hernández.

Maestro, agradezco su bondad hacia mi persona, sus enseñanzas, su pasión por la medicina, su entereza, su voluntad y su paciencia. Le agradezco permitirme conservar el cariño de una madre. Mi deuda con Ud. es eterna.

Al Dr. Eduardo Arana Rivera y Dr. Gerardo Mota Cienfuegos.

Verdaderos apóstoles de la medicina, les agradezco el que me hayan permitido ser su alumno y poder aprender no solo los secretos de la medicina sino lo que es más importante, la filosofía de la vida.

A mis compañeros de Especialidad.

Dr. Alberto Serrano, mi agradecimiento por tu ayuda incondicional y por brindarme tu amistad.

Dr. Carlos AVECILLA y Dr. Rony de León, mi agradecimiento por ser mis amigos y acompañarme en los momentos alegres y difíciles de mi vida.

A mis compañeros de residencia y maestros del Servicio de Oncología.

A dios.

Que ha estado conmigo en los momentos más difíciles, que me ha acompañado y levantado en tan variadas ocasiones. Gracias por no abandonarme y por seguir cuidándome a mi y mi familia.

A mis padres.

Nunca antes les había agradecido tanto su ayuda, su consejo oportuno y su invaluable apoyo, no creo poder pagarles todo su cariño y su comprensión, pero mi vida entera se dedicara a honrarlos.

A mis hermanos.

Compañeros de batalla, el inicio no fue fácil, ni creo que nuestro camino este libre de abrojos, pero veo un poco de luz en tanta oscuridad, mis triunfos no son míos, son de nosotros, son nuestra vida, son nuestra alegría, son nuestra batalla.

A mi esposa y mi hijo.

Tenemos un regalo de dios, un regalo que ganamos sin saber porque, mi vida ha cambiado tan radicalmente, tengo ahora un motivo más para esforzarme en dejar un legado a mis seres queridos, gracias por prestarme su amor y sus bondades.

CONTENIDO.

1.	Introducción.....	1
2.	Justificación.....	5
3.	Planteamiento del problema.....	6
4.	Objetivos.....	7
5.	Hipótesis.....	8
6.	Material y métodos.....	9
7.	Resultados.....	11
8.	Tablas.....	12
9.	Discusión.....	26
10.	Conclusiones.....	28
11.	Bibliografía.....	29
11.	Anexo. - Hoja de recolección de datos.....	33

INTRODUCCION

Con el aumento de las expectativas de vida de la población general la incidencia de cáncer de mama ha incrementado, por lo que esta neoplasia ahora es frecuentemente observada en la senectud (mayores de 65 años ó más) ^{1,2}. Los factores que conllevan aumento del riesgo relativo para desarrollar cáncer en la glándula mamaria son: el antecedente familiar de cáncer mamario, historia personal previa de cáncer mamario previo y edad avanzada ³.

La enfermedad afecta con mayor frecuencia a mujeres de clase social alta, raza blanca respecto de las de raza negra predominantemente entre mayores de 45 años. En 1991, Jancik estimó incidencia del cáncer de mama, en norteamericanas mayores de 65 años, en 1,400 por 100,000, comparado con 750 casos por 100,000 con pacientes con 50 y 65 años. ^{3,6}.

El riesgo de cáncer de mama entre mujeres mayores de 70 años se eleva considerablemente por lo que los estudios de diagnóstico son trascendentales. En un estudio retrospectivo realizado por Faulk en 1995, se demostró la utilidad de la mastografía en ancianas, se estudiaron 6,701 pacientes con edad superior a 65 años sometidas a mastografía y se comparó con las de 50 a 64 años. En una encuesta nacional realizada en Estados Unidos de Norteamérica por la Fundación Jacobson, se demostró que menos del 30% de las pacientes con edad superior a 70 años, se realizaba con regularidad estudios de detección con mastografía ². El Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos de Norteamérica sugiere la exploración clínica anual con estudio mastográfico en las mujeres de 65 años. ^{2,10}. El valor de la citología para cáncer mamario es superior en el grupo de pacientes mayores de 65 años ⁹.

Bondi LAG y cols., de la escuela de Medicina de Sorocaba en San Paulo Brasil, estudiaron a 345 pacientes mayores de 65 años, encontrando una frecuencia de 40.6% en estadios III y IV ¹¹. Algunos estudios sugieren que las ancianas presentan enfermedad mas avanzada, otros autores consideran que

las etapas clínicas son semejantes a las de las mujeres más jóvenes ^{12,13}. Con la posible excepción de las mujeres mayores de 80 años. El tipo histopatológico más frecuente del cáncer mamario es el carcinoma ductal infiltrante (CDI), que constituye 68% de todos los tumores ^{2,14}. Los estudios en mujeres de más de 68 años de edad muestran que el CDI constituye hasta el 85% de los tumores ^{2,15} y con el incremento de la edad lo hace también la incidencia de los carcinomas papilar y mucinoso, en tanto que disminuye la de los carcinomas in situ ¹⁴. En mujeres mayores de 65 años la frecuencia de receptores hormonales positivos es mayor del 70%, por lo que no siempre se hace indispensable su determinación.²

En un estudio de 1128 mujeres con cáncer mamario efectuado en 1995, en la Unidad de Tumores Mamaros del Servicio de Oncología del Hospital General de México, O.D., se observó 22.5% de mujeres de más de 60 años con esta enfermedad y solamente 10.7% sobrepasaron los 70 años ⁶. En el grupo mayor de 70 años, 60% tenían estadios III y IV. El diagnóstico se efectuó clínica e histológicamente. El tipo histológico más común fue canalicular infiltrante.⁶

En Estados Unidos de Norteamérica, el programa NCI's Surveillance, Epidemiology, and End Results, en un estudio realizado entre 1973 a 1984, informó que las tasas de supervivencia a 5 años en los casos de enfermedades local y regional es semejante entre las mujeres mayores de 65 años respecto de las de menor edad ^{2,15}. Los datos de 1983 a 1987 revelaron que el incremento de la edad correlaciona con mejoría de las tasas de supervivencia a 5 años en los pacientes con etapas I o II y aquellas con enfermedad avanzada no presentan diferencia en la supervivencia ¹⁶.

La decisión del tratamiento para las mujeres mayores de 65 años ha sido muy discutido ya que intervienen diversos factores que deben ser analizados antes de ofrecer el tratamiento definitivo, pero en términos generales, se acepta que cuando las condiciones de salud son favorables, debe ser semejante que aquel para las pacientes de menor edad.

El tratamiento habitual del cáncer mamario en etapas I y II es la mastectomía radical modificada ó la cirugía conservadora con disección radical de axila seguida de radioterapia, cuando la paciente es una candidata idónea, es lo indicado independientemente de la edad de la paciente ^{27,29}.

En los estudios que comparan la incidencia de morbilidad y mortalidad, entre pacientes mayores y menores de 65 años, no se encontró diferencias estadísticamente significativas, por lo que se sugiere que la edad cronológica no debe impedir que las mujeres añosas sean sometidas al tratamiento curativo del cáncer mamario en etapa temprana. Tampoco se encontró diferencia en cuanto a los tipos de tratamiento quirúrgico comparándolas con mujeres de menor edad. ^{2,17}. En aquellas mayores de 80 años con alto riesgo para ser tratadas con procedimientos que requieran anestesia general, la cirugía conservadora (tumorectomía), en ocasiones con anestesia local mas radioterapia a la mama y antiestrógenos es aceptada, también el tratamiento con radioterapia hipofraccionada seguida de tamoxifén pueden producir tasas de control locoregional semejantes. ^{18,19,30}.

Ante tumores mayores de un centímetro que han sido tratadas con cualquier forma de ablación quirúrgica e independientemente del estado ganglionar y de los receptores hormonales es aceptado que reciban antiestrógenos (tamoxifen) al menos por 5 años ²⁹.

El tratamiento con tamoxifen fue valorado en de 2,500 mujeres por el Early Breast Cancer Trialist' Collaborative Group Overview, donde observaron reducción del 28% de las recidivas locales así como 21% de la mortalidad en este grupo de edades, estableciendo con claridad el beneficio del tratamiento. ²⁰.

El uso de la quimioterapia como tratamiento en las mujeres mayores de 65 años ha sido discutido por los cambios fisiológicos que ocurren en la senectud, que incluyen las alteraciones renales así como una reserva cardíaca disminuida y una serie de estados patológicos independientes a la neoplasia que pueden acentuar los efectos tóxicos propios de la quimioterapia. Sin

embargo, recientemente se considera que la edad, por si sola, no es impedimento para el empleo de la quimioterapia en el tratamiento de esta neoplasia, ya que se ha encontrado una mejoría en la supervivencia ^{20,21}

La supervivencia para las pacientes mayores de 65 años de edad con enfermedad mamaria locorregionalmente avanzada es variable y depende de las condiciones físicas de las pacientes, bajo estas circunstancias, independientemente del estado hormonal, se prefiere la combinación tamoxifén y radioterapia, e incluso quimioterapia, dejando al final el tratamiento quirúrgico.

En las mujeres que progresan después de una respuesta duradera al *tratamiento hormonal*, debe interrumpirse el tamoxifeno y se vigilará su evolución en busca de una reacción de abstinencia. Pueden considerarse, en el momento del progreso, la terapia hormonal de segunda línea (vgr. inhibidores de la aromatasa) aunque la tasa de respuesta y duración de la misma suele ser menor que con la hormonoterapia de primera línea. Los progestágenos se consideran agentes de tercera línea; con una menor tasa de respuesta al tratamiento. Andrógenos o estrógenos como cuarta línea. No se aconseja la utilización concomitante de agentes hormonales de líneas diferentes, ya que, aunque pueden producir una respuesta superior, los efectos tóxicos son mayores y no se encuentran diferencias en la supervivencia. ^{22,23}.

En el caso de quimioterapia (FAC o CMF), se puede recurrir a ella después que ha fracasado la hormonoterapia, o como tratamiento de primera línea en las pacientes con enfermedad metastásica visceral o con riesgo importante de recurrencia. Cerca de la mitad a dos terceras partes de las pacientes responden a la quimioterapia, con una media de respuesta de nueve meses. En pacientes seleccionadas con síntomas relacionados con la enfermedad, puede ser preferible la quimioterapia a los agentes hormonales, puesto que el tiempo mediano de respuesta es breve (6 a 14 semanas) ²⁴. La selección de los diferentes esquemas de quimioterapia se basa en las condiciones de salud de la mujer y los potenciales efectos secundarios de cada uno de los medicamentos que constituyen los esquemas. ^{25,26,27}.

JUSTIFICACION

El Registro Histopatológico de Neoplasias en México 1996, informa que la neoplasia mamaria en mujeres de 65 a 69 años se presentó en el 6.3%, de 70 a 74 años en 4.5% y en las mayores de esta edad en 8.4% y probablemente debido a que la expectativa de vida de la población general en nuestro país se ha prolongado, el número de mujeres mayores de 65 años con esta patología se verá incrementado en las décadas venideras.³¹

Mas de 50% de los 175,000 casos nuevos de cáncer de mama, registrados en 1991 en los Estados Unidos, correspondieron a mujeres con edad mayor de 65 años; diversos autores sugirieron que la enfermedad en este grupo de edad es menos agresiva, sin embargo, de las 50,000 muertes por cáncer de mama en 1991, 60% ocurrieron entre mujeres mayores de 65 años, tal vez porque con frecuencia se diagnostican en etapas clínicas avanzadas y a que acuden a estudios de detección con menos frecuencia⁴. En las mujeres de más de 70 años en los Estados Unidos de Norteamérica, el cáncer es la causa principal de muerte y el de la mama ocupa el segundo lugar después del colon⁵. Al analizar los factores de riesgo, la American Cancer Society calcula que en algún momento de la vida, una de cada doce mujeres tendrá esta enfermedad, y la incidencia para las mujeres de más de 60 años es de 3 en 1000⁷. Esto hace que el cáncer de mama en la senectud, representa un problema de salud pública, por las complicaciones de carácter familiar y emocional en su tratamiento. En México la frecuencia aproximada es de 22.5% para mayores de 60 años y solamente un 10.7% se presentan en mayores de 70 años⁶.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de morbi-mortalidad y supervivencia en pacientes mayores de 65 años con cáncer de mama tratadas quirúrgicamente con o sin tratamiento adyuvante (radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia) en el *Servicio de Oncología del Hospital General de México?*

OBJETIVOS.

El objetivo de este estudio es identificar el índice de morbi-mortalidad y la supervivencia de las pacientes mayores de 65 años con cáncer mamario tratadas quirúrgicamente con o sin tratamiento adyuvante en el Servicio de Oncología del Hospital General de México.

1. OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la morbi-mortalidad y supervivencia en pacientes con cáncer de mama mayores de 65 años tratados quirúrgicamente con o sin tratamiento adyuvante en el Servicio de Oncología del Hospital General de México.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Conocer la frecuencia de presentación de morbilidad en pacientes mayores de 65 años tratadas por cáncer de mama.
- b) Conocer la frecuencia de presentación de mortalidad en pacientes mayores de 65 años tratadas por cáncer de mama.
- c) Conocer la supervivencia global en pacientes mayores de 65 años tratadas por cáncer de mama.

HIPOTESIS

- H₀** : La incidencia de morbi-mortalidad y supervivencia entre pacientes mayores de 65 años con cáncer mamario tratadas con cirugía con o sin tratamiento adyuvante (radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia), se encuentra dentro del rango de aceptabilidad para este tipo de tratamiento.
- H₁** : La incidencia de morbi-mortalidad y supervivencia entre pacientes mayores de 65 años con cáncer mamario tratadas con cirugía con o sin tratamiento adyuvante (radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia), no se encuentra dentro del rango de aceptabilidad para este tipo de tratamiento.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó estudio clínico retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA

Para la elaboración del presente trabajo, se revisaron los casos de cáncer de mama estudiados entre enero de 1990 y enero de 1995 del archivo del Servicio de Oncología del Hospital General de México. De ellos, se seleccionaron las mujeres mayores de 65 años, que fueron sometidos a cirugía electiva por presentar cáncer de mama. Se obtuvieron los siguientes datos: Edad, sexo, localización, tipo histológico, etapa clínica, tratamiento, complicaciones y tiempo de seguimiento.

Criterios de inclusión.

1. Pacientes del sexo femenino.
2. Pacientes con edad mayor a 65 años.
3. Pacientes con diagnóstico de cáncer mamario.
4. Pacientes que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico pre o posterior a recibir tratamiento con quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.

Criterios de no-inclusión.

- Pacientes que no contaran con expediente completo.
- Seguimiento menor a 3 años.

Criterios de exclusión

Pacientes que cursen durante su evolución post-tratamiento con doble primario.

METODOLOGIA

A todos los expedientes de pacientes que fueron incluidos por haber cumplido con los criterios de inclusión en el estudio, se le recabaron los datos antes mencionados, y se anotaron en la hoja de recolección de datos, verificando que el paciente contara con al menos 2 años de seguimiento posterior al tratamiento.

anotaron en la hoja de recolección de datos; verificando que el paciente contara con al menos 2 años de seguimiento posterior al tratamiento.

ANALISIS ESTADISTICO

Se efectuarán los cálculos de estadística descriptiva, media, desviación estándar para las características de los pacientes.

FINANCIAMIENTO.

El material de papelería fue costado por el interesado. Para el Hospital y para el paciente no representó un gasto adicional.

DIFUSION DEL ESTUDIO.

El principal interés del presente estudio será para presentarlo como trabajo de tesis de especialidad, sin embargo dado la trascendencia del mismo podría ser presentado en el Congreso Nacional de Oncología realizado en forma bi-anual en nuestro país.

RESULTADOS.

Se revisaron 117 expedientes con diagnóstico clínico de cáncer de mama, 17 pacientes fueron excluidos del estudio porque no tenían expediente completo. Los 100 pacientes se encontraron con edades comprendidas de 65 a 90 años con una media de 72.38 años, mediana de 71, moda 65, desviación estándar 6.6830, mínimo de 65, máximo de 90 y con diagnóstico histopatológico de carcinoma canalicular infiltrante, no hubo diferencias en cuanto a la glándula mamaria afectada y la clasificación TNM correspondió a 2% en etapa clínica I; 58% para etapa clínica II, 30% para etapa clínica III y no fueron clasificadas por tener biopsias incisionales no medibles 10% de las pacientes. Este grupo de mujeres fue tratada en algún momento con cirugía y esta vario desde una tumorectomía en el 8%, tumorectomía con disección radical de la axila en el 54% y mastectomía radical modificada con y sin preservación del músculo pectoral menor fue practicada en el 38% de ellas. 80% recibió tratamiento con tamoxifeno 20 mg. antes o conjuntamente a cualquier tratamiento como fue radioterapia pre o postoperatoria en el 34% (13% preoperatoria, 21% postoperatoria) y solo 18% recibió además quimioterapia (16% neoadyuvante, 2% adyuvante) con regímenes de 5-fluoracilo, adriamicina y ciclofosfamida (FAC) (11%) o ciclofosfamida, metronidazol y 5-fluoracilo (CMF) (7%).

El seguimiento por mas de 5 años se efectuó en 42% de las pacientes; un 24% continuaron en control por mas de 4 años y 34% por más de 3; la supervivencia a 5 años por estadio clínico es de 2% para EC I, 31% para II, 4% para III, 0% para IV y 4% para las pacientes que no fueron clasificadas

TABLA 1

Análisis estadístico.

Media	72.38
Error estándar	0.6683
Mediana	71
Moda	65
Desviación estándar	6.6830
Mínimo	65
Máximo.	90

TABLA 2

Frecuencia por edad.

Edad (años).	Pacientes.
65 - 69	42
70 - 74	28
75 - 79	14
80 - 84	8
85 - 89	7
90 - 94	1

TABLA 3

Morbilidad.

Complicación postoperatoria.	Pacientes.
Hematoma.	2
Seroma.	1
Necrosis de borde de colgajo.	1

TABLA 4

Tipo de procedimiento quirúrgico.

TM	TM + DRA	MRM
8%	54%	38%

TM. Tumorectomía, TM + DRA. Tumorectomía mas disección radical de axila, MRM. Mastectomía radical modificada.

TABLA 5

Clasificación TNM.

I	II	III	IV	No clasificable.
2%	58%	30%	0%	10%

TABLA 6

Tipo de procedimiento quirúrgico.

TM	TM + DRA	MRM
8%	54%	38%

TM. Tumorectomía, TM + DRA. Tumorectomía mas disección radical de axila, MRM. Mastectomía radical modificada.

TABLA 7

Tratamiento hormonal con tamoxifén.

SI	NO
80%	20%

TABLA 8

Tratamiento con radioterapia.

SI	NO
34%	66%

TABLA 9

Tratamiento con quimioterapia.

SI	NO
18%	82%

TABLA 10

Tiempo de seguimiento.

	+ de 3 años.	+ de 4 años.	+ de 5 años.
	34%	24%	42%

TABLA 11

Supervivencia a 5 años (42% de las pacientes.)

Vivas.	Murieron por enfermedad.	Fuera de control.
64%	12%	24%

TABLA 12

Pacientes por modalidad terapéutica.

Tratamiento.	Pacientes.
Cx	11
Cx + Ht	54
Cx + Rt + Ht	17
Cx + Qt	1
Cx + Qt + Rt	0
Cx + Qt + Rt + Ht	1
Qt + Cx + Ht	0
Qt + Cx + Rt	2
Qt + Cx + Rt + Ht	1
Qt + Rt + Cx + Ht	4
Qt + Rt + Cx + Qt	4
Qt + Rt + Cx + Qt + Ht	5

Cx: Cirugía, Qt: Quimioterapia, Rt: Radioterapia, Ht: Hormonoterapia.

TABLA 13

Supervivencia a 5 años por estadio clínico.

Estadio clínico.	Pacientes.
I	2
II	31
III	4
IV	0
No clasificados.	4

TABLA 14

Tipo de esquema de quimioterapia.

FAC	CMF
11%	7%

DISCUSIÓN.

El presente trabajo, al igual que los recabados de la literatura mundial, nos muestra que la edad por si sola, no es contraindicación para realizar un tratamiento óptimo contra el cáncer de mama, ya sea quirúrgico, con quimioterapia, radioterapia y/o hormonoterapia.^{1,2,3.}

En México, no existen trabajos de investigación, en donde se evalué el comportamiento ante el tratamiento quirúrgico y médico de la paciente mayor de 65 años con cáncer mamario; por lo cual, la presente investigación es de suma importancia, ya que un porcentaje importante de nuestras pacientes es mayor de 65 años, y en un futuro no muy lejano, la cifra se elevara considerablemente.³¹

En el presente trabajo, en el cual se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes con cáncer mamario tratadas en el Servicio de Oncología de enero de 1990 a enero de 1995, se recabaron los datos de 100 pacientes con cáncer de mama, todas ellas con diagnóstico histopatológico de carcinoma canalicular infiltrante, la media de edad fue de 72.38 años, con una mayor frecuencia en el rango de 65-69 años con 42 pacientes, tratándose únicamente a 1 paciente con 90 años. Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 4 pacientes (4%) las cuales se resolvieron adecuadamente, no hubo ninguna defunción como consecuencia del tratamiento quirúrgico o médico. No se presentó diferencia estadísticamente significativa en cuanto a lado de afectación mamaria por cáncer. El mayor número de pacientes se observó en un estadio clínico II (58%), y ningún en estadio clínico IV. 10 pacientes fueron tratadas inicialmente fuera del hospital, por lo cual no fue posible etapificarlas adecuadamente.

En todas las pacientes se efectuó algún tipo de procedimiento quirúrgico, en 8 pacientes tumorectomía, la misma mas disección radical de axila en 54, y mastectomía radical modificada en 38, siendo en estas en donde se presentaron las complicaciones postoperatorias mencionadas anteriormente.

Aunque no se determinó la presencia de receptores hormonales en el tumor en la mayoría de las pacientes, el 80% recibió tratamiento hormonal con tamoxifen a dosis de 20 mg. diarios, esto debido a que las pacientes postmenopausicas presentan un porcentaje importante de positividad para este tipo de receptores. 34 pacientes recibieron tratamiento con radioterapia, 17 posterior a cirugía, que regularmente fueron pacientes tratadas con tumorectomía con o sin disección radical de axila y el resto en combinación con quimioterapia. 18 pacientes recibieron tratamiento con quimioterapia a base de FAC (11%) y CMF (7%), 2 pacientes como tratamiento de adyuvancia y en 16 como neoadyuvancia. Es necesario mencionar que en ninguna de las pacientes fue necesario suspender el tratamiento en forma definitiva, en 4 se suspendió temporalmente sin especificarse la causa en el expediente y en una se disminuyó la dosis por presentar complicaciones hematológicas. Únicamente 42 pacientes fueron seguidas por más de 5 años, esto debido a que un número importante de pacientes no acudieron a control, desconociéndose la causa. De las 42 pacientes en un corte a 8 años 64% se encontraban vivas, 12% habían fallecido por la enfermedad y 24% estaban fuera de control desconociéndose su estado de salud al momento del corte. La supervivencia a 5 años por estadio clínico fue de 2 pacientes para EC I, 31 para II, 4 para III y 4 para las pacientes que no fueron clasificadas.

CONCLUSIONES.

En pacientes mayores de 65 años el tratamiento debe ser individualizado de acuerdo al estadio clínico y las condiciones físicas de la paciente; la edad no debe ser obstáculo para emplear otros tipos de tratamiento ya sea cirugía, radioterapia, quimioterapia neo o adyuvante y/o hormonoterapia, teniendo la posibilidad de obtener mejores expectativas de supervivencia que con tratamientos monomodales.

BIBLIOGRAFIA.

1. Adami H-O, Malke B, Holmberg L, et al: The relation between Survival and Age at Diagnosis in Breast Cancer. *N Engl J Med* 315:559, 1986.
2. Law TM; Hesketh PJ. Breast Cancer in Elderly Women: presentation, survival, and treatment options. *Surg Clin North Am* 1996 Apr; 76(2): 289-308.
3. Fleming I; Fleming M. Breast Cancer in elderly Women. *Cancer*. 1994 Oct 1;74 (7 suppl):2160-4.
4. Costanza ME. The Extent of Breast Cancer Screening in Older Women. *Cancer* 1994 Oct 1; 74(7 Suppl): 2040-50.
5. Sener SF. Breast Cancer in Older Woman: Screening and Selection of Locoregional Therapy. *Seminars in Surgical Oncology* 1996; 21: 328-33.
6. Miranda HH y cols. Factores de riesgo en 1128 mujeres mexicanas con cáncer mamario. *Cirugía. Colegio Cirugía General y gastroenterología. Durango, México*, 1995; 4: 81-85.
7. *Vital statistics of the United States*. US. Public Health Service. Dept of Health and Human Services. NIH Bethesda. Maryland.
8. Jancik R, Ries L. Cancer in the Aged: an epidemiologic perspective on treatment issues. *Cancer* 1991; 68 (Suppl) 2493-2510.
9. Faulk R, Sickles E, Solitto R, et al: Clinical efficacy of Mammographic Screening in the Elderly. *Radiology* 194: 193, 1995.
10. Constanza M: Issues in Breast Cancer Screening in Older Women. *Cancer* 74: 2009, 1994.

11. Bondi LA, et al. Breast Cancer in Elderly Patients: 65 years of age or older. 9th International Congress on Breast Diseases, 1996.
12. Muss HB. The Role of Chemotherapy and Adjuvant Therapy in the Management of Breast Cancer in Older Woman. *Cancer* 1994; 74 (7 suppl): 2165-71.
13. Yancik R, Ries LG, Yates JW. Breast Cancer in Aging Women: a population-based study of contrasts in stage, surgery, and survival. *Cancer* 1989; 976-81.
14. Berg JW, Hutter RVP: Breast Cancer. *Cancer* 75: 257, 1995.
15. Kant AK, Glover C, Horm J, et al: Does cancer survival differ for older patients? *Cancer* 70: 2734, 1992.
16. Ries LAG, Henson DE, HARRAS A: Survival from Breast Cancer according to tumor and nodal status, *Surg Oncol Clin North Am* 3:35, 1994.
17. Veronesi U, Luini A, Del Vecchio M, et al: Radiotherapy after Breast-Preservation Surgery in Women with Localized Cancer of the Breast. *N Engl J Med* 328: 1587, 1993.
18. Davis S, Karrer F, Moor B, et al: Characteristics of Breast Cancer in Women over 80 years of age. *Am J Surg* 150: 655, 1985.
19. Maher M, Campana F, Mosseri V, et al: Breast Cancer in Elderly Women: A retrospective analysis of combined treatment with tamoxifen and once-weekly irradiation. *Int J radiat Oncol Biol Phys* 31: 783, 1995.
20. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative group: Systemic Treatment of Early Breast Cancer by Hormonal, Citotoxic, or Immune Therapy. *Lancet* 399:1, 1992.

21. Bernardo G, Plastina B, Strada M, et al: Breast Cancer in Elderly Patients: our experience about some features. *Ann Oncol* 5(Suppl 8): 59,1994.
22. Harris J, Morrow M, Bonadonna G: Cancer of the Breast. In DeVita V, Hellman S, Rosenberg S (eds): *Cancer: Principles and Practice of Oncology*, ed4. Philadelphia, JB Lippincott, 1993, p 1264.
23. Jaiyesimi I, Buzdar A, Decker D, et al: Use of tamoxifen for breast cancer: Twenty-eight years later. *J Clin Oncol* 13:513, 1995.
24. Norton L: Salvage chemotherapy of breast cancer. *Semin Oncol* 21 (Suppl 7):19, 1994.
25. Cianti C. Therapy of Breast Carcinoma in Elderly Woman. *Clin Ter* 1998 Nov-Dec; 149(6): 439-46.
26. Christman J, Muss HB, Case LD, et al: Chemoterapy of metastatic breast cancer in the elderly: The Peidmont Oncology Association experience. *JAMA* 268: 57, 1992.
27. Wanebo HJ; Cole B. Is Surgical Management Compromised in Elderly Patients with Breast Cancer? *Ann Surg* 1997 may; 225(5): 579-86; discussion 586-9.
28. Busch E; Kemeny M. Patterns of Breast Cancer Care in the Elderly. *Cancer* 1996 Jul; 78(1) : 101-11.
29. Martin LM; le Pechoux C. Management of Breast Cancer in the Elderly. *Eur J Cancer* 1994; 30A(5): 590-6.

30. Fowle B. An Assessment of Treatment Options for Breast Conservation in the Elderly Woman with Early Stage Breast Cancer. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*; 1995, 31 (4): 1015-17.
31. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México. Secretaria de Salud. 1996. 33. .

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre del paciente

Edad : _____ Sexo : _____

Expediente : _____

Diagnóstico clínico: _____

Diagnóstico histopatológico: _____

Estadio clínico: I () II () III () IV ()

Mama afectada: a) Derecha.
 b) Izquierda.

Tratamiento quirúrgico: () Segmentectomía sola
 () Segmentectomía con disección
 radical de axila
 () Mastectomía radical modificada.

Tratamiento con quimioterapia: () FAC () CMF

Tratamiento hormonal con tamoxifeno: () Si () No

Tratamiento con radioterapia: () Si () No

Tiempo de seguimiento: _____ Morbilidad (tipo): _____

Estado actual de salud a los 5 años: Viva ()

Fallecida ()

Perdida ()