

11217



Universidad Nacional Autónoma de México

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL DEL NOROESTE

EXPERIENCIA EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL DEL
NOROESTE CON EL USO DE LA TECNICA QU, A, RT.
PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO
EN ETAPAS I Y II

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

GINECO-OBSTETRICIA

PRESENTA

Dr. Gustavo Rafael Venegas Consejo

ASESOR

MARIO ALBERTO CHAVEZ ZAMUDIO



CD. OBREGON. SON.

DICIEMBRE 1992

2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
BIBLIOTECA

-Experiencia en el Centro Médico Nacional del Noroeste con el uso de la técnica QU.A.R.T. para el tratamiento del cáncer mamario en etapas I y II.

HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRIA
CENTRO MEDICO NACIONAL DEL NOROESTE

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL IMSS

CICLO DE ESPECIALIZACION 1990-1993
ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA

I. M. S. S.
C. M. N. N.
CD OBREGON, SONORA



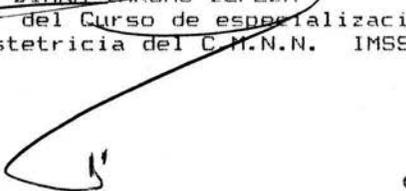
DRA. LOURDES NUNGARAY CAMACHO
Jefe de Enseñanza e Investigación
del C.M.N.N. IMSS Cd. Obregón Sonora



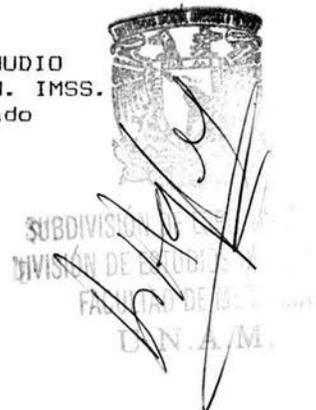
EFATURA DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION



DRA. DIANA VARGAS ZEPEDA
Profa. Titular del Curso de especialización
en Gineco-Obstetricia del C.M.N.N. IMSS.



DR. MARIO ALBERTO CHAVEZ ZAMUDIO
Ginecólogo-Oncólogo del C.M.N.N. IMSS.
Asesor de Tesis de Postgrado



DEDICATORIA:

Con mucho cariño para mis padres por todo el apoyo y comprensión que me han brindado para la culminación de mis estudios.

A mis hermanos como una muestra de que la perseverancia nos llevará a ser mejores cada día y como símbolo de nuestra unión fraternal.

A Sonia y Alex con inmensa gratitud y cariño por su afecto hacia mi.

Diciembre de 1992.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

EXPERIENCIA EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL DEL NORDESTE CON EL
USO DE LA TECNICA QU.A.R.T. PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER
MAMARIO EN ETAPAS I Y II.

I N D I C E

Introducción.	1
Objetivos.	2
Antecedentes Científicos.	3
Material y métodos	8
Resultados.	12
Discusión.	13
Cuadros y gráficas.	14
Bibliografía	23

I N T R O D U C C I O N

El cáncer de mama es un importante problema de Salud Pública; en nuestro país constituye la segunda causa de muerte por cáncer ginecológico después del cervicouterino.

En los Estados Unidos es el tipo de carcinoma más frecuente en las mujeres; y ocupa el segundo lugar como causa de muerte oncológica excedido únicamente por el carcinoma broncogénico (22).

El carcinoma mamario se considera como la neoplasia maligna que más frecuentemente causa muerte prematura entre las mujeres, siendo el 26% de los años de vida potencial perdidos en este grupo. Se estima que alrededor de un 10% de las mujeres en U.S.A. desarrollarán cáncer mamario en alguna etapa de sus vidas; esta tasa crece en un 1% por año en ese país, y en un 2 a 3% en todo el mundo (12). Este aumento se piensa que en parte se debe, al menos en U.S.A., a una detección más temprana por medio de la mamografía (22).

En U.S.A. para 1990, se calculó un total de 150,000 nuevos casos diagnosticados con cáncer invasor, de los cuales el 75 a 80% correspondían a etapas I y II de la enfermedad; y aproximadamente dos terceras partes de esas pacientes no tenían afección ganglionar axilar (22).

El uso de técnicas de cirugía conservadora para el manejo del carcinoma mamario temprano se encuentra fundamentado en nuevos conceptos de tipo biológico en los que se postula que la enfermedad es invasora, es decir sistémica, desde etapas muy tempranas de su desarrollo (2, 4, 7, 16).

Las tasas de sobrevida libre de enfermedad y la incidencia de metástasis son similares entre la cirugía conservadora, aunada a la radioterapia, y la cirugía radical en pacientes apropiadamente seleccionadas (13, 22, 25).

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la sobrevida libre de enfermedad para las pacientes con cáncer mamario en etapas I y II tratadas con la técnica QU.A.R.T. en el Centro Médico Nacional del Noroeste.

- 2.- Conocer la incidencia de recurrencias locales en las pacientes con cáncer mamario en etapas I y II tratadas con la técnica QU.A.R.T. en el Centro Médico Nacional del Noroeste.

- 3.- Conocer la incidencia de metástasis en las pacientes con cáncer mamario en etapas I y II tratadas con la técnica QU.A.R.T. en el Centro Médico Nacional del Noroeste.

1

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El pensamiento galénico postulaba que la alteración en los cuatro humores constituyentes del cuerpo humano, y la influencia de causas internas y externas, eran los factores determinantes en la génesis de la enfermedad. Esta teoría se hacía extensiva a la naturaleza del cáncer y dominó el pensamiento médico hasta el siglo XVI (7). Posteriormente Valsalva, Le Dran y Morgagni refutaron la teoría galénica y postularon que el cáncer era una enfermedad local susceptible de ser curada en estadios tempranos, y que se diseminaba por vía linfática (7).

El tratamiento quirúrgico moderno del cáncer de mama tiene sus orígenes en la teoría Halstediana; la cual sostenía que las células neoplásicas atravesaban los vasos linfáticos por extensión directa, que la diseminación por vía hematogena tenía poca importancia para la diseminación de metástasis; también señalaba que el tumor permanecía localizado en su sitio de origen un cierto tiempo mientras se desarrollaba, y que se diseminaba en forma ordenada afectando primero los vasos linfáticos (2, 6, 7, 8, 13, 25). La teoría Halstediana se basó fundamentalmente en los trabajos de Handley y Virchow (7), y podrían ser considerada como fundamentada en conceptos anatómicos y mecanicistas, predominando su influencia por espacio de casi 70 años (7, 8).

Esta teoría empezó a ser afrontada por una teoría alterna basada principalmente en principios de tipo biológico a partir de la década de los años 50s (2, 7, 8, 12).

De esta manera diversos autores reportan su experiencia personal publicándose resultados semejantes entre técnicas quirúrgicas menos extensas, es decir, cirugía conservadora, y la mastectomía radical propuesta por Halsted (7, 25)

Adair, en 1943, reportó un porcentaje de sobrevida de 73% contra 54% entre la mastectomía simple y la mastectomía radical, ambas con radioterapia posoperatoria, respectivamente; aun cuando recomendaba la mastectomía radical como el tratamiento de elección para el carcinoma mamario (1).

Dentro de los estudios no aleatorios como el anterior, Mustaka-Ilic en 1972, publicó su experiencia con 702 casos de cáncer mamario en etapa I tratados ya sea mediante escisión local o resección segmentaria, ambas aunadas a radioterapia posoperatoria; después de un seguimiento de 25 años, los porcentajes de sobrevida a 5 y 10 años fueron de 78% y 60% respectivamente, siendo ambos resultados semejantes a los obtenidos con la mastectomía radical (21).

En 1969 Rissanen reportó su experiencia con 1008 casos de carcinoma mamario en etapas I y II, con porcentajes de sobrevida a los 5 y 10 años de 79% y 71% en forma respectiva para las pacientes tratadas con escisión local, y de 82% y 71.5% para las tratadas con mastectomía radical, en el mismo intervalo de seguimiento; a ambos grupos de pacientes se les administró radioterapia (13, 23).

Clark Hayward publicaron la experiencia en el Hospital Princess Margaret, Toronto; en el lapso de 1958 a 1980 se utilizó la mastectomía parcial, y se obtuvieron porcentajes de sobrevida del 83% y 72% a 5 y 10 años respectivamente; siendo estos resultados similares a los obtenidos con la cirugía radical (13).

De 1967 a 1983 Zafrani estudió a 54 pacientes con carcinoma intraductal no invasor tratadas mediante tumorectomía y radioterapia; el seguimiento fue de 55 meses en promedio. La sobrevida libre de enfermedad a 5 años fue del 95%, y el porcentaje de recurrencias locales fue de 5.5% (34).

Dentro de los estudios aleatorios cabe mencionar el llevado a cabo en el Guy's Hospital, en Londres, de 1961 a 1975. Se incluyó a un total de 622 pacientes. En su primera etapa, que abarcó a 370 pacientes, divididas en dos subgrupos; uno de 192 tratadas con mastectomía radical, y otro de 184 tratadas con escisión local amplia, se obtuvieron resultados desfavorables para la cirugía conservadora. A ambos subgrupos se les administró radioterapia posoperatoria; los porcentajes de recurrencias locales y metástasis fueron mayores para el subgrupo manejado con cirugía conservadora. En su segunda etapa se obtuvieron resultados semejantes a los obtenidos en la primera etapa. En este estudio son criticables las bajas dosis de radiación empleadas (13, 16).

De 1973 a 1980 se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorio en el Instituto Nacional del Cáncer, en Milán. Se incluyeron 701 pacientes divididas en dos subgrupos; en uno de ellos se llevó a cabo la mastectomía radical clásica de Halsted (349 pacientes), y en el otro (352 pacientes) se practicó la técnica de cuadrantectomía disección axilar y radioterapia también conocida como QU.A.R.T. Los resultados en este estudio demostraron que no existían diferencias significativas en la sobrevida libre de enfermedades y sobrevida en general entre los dos subgrupos. Los porcentajes de recurrencias locales fueron también similares para ambos subgrupos de pacientes. Se concluyó de este estudio que la técnica QU.A.R.T. era segura para pacientes con cáncer de mama en etapa I (13, 16, 27).

De 1972 a 1979 se realizó un ensayo clínico en el Instituto Gustave Roussy, en Francia. La población objetivo fueron 179 pacientes con cáncer de mama en etapas I y IIA; las técnicas quirúrgicas empleadas fueron la mastectomía radical modificada y la tumorectomía mas radioterapia posoperatoria. No se utilizó quimioterapia. Tras un seguimiento de 10 años no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para los siguientes aspectos: recurrencias loco-regionales, metástasis, y sobrevida en general (13, 16).

El National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Cancer Project (NSABP) llevó a cabo un estudio de 1976 a 1984 en el que se incluyó a 1843 pacientes con cáncer mamario en etapas I y II, divididas al azar en tres subgrupos; en uno de ellos se realizó la mastectomía total, en otro se hizo la mastectomía segmentaria únicamente, y el último subgrupo de pacientes fue sometido a mastectomía segmentaria más radioterapia. A todas las pacientes se les practicó disección axilar; y en las que hubo ganglios positivos se les administró quimioterapia. Después de un período de seguimiento de 5, 8 y 9 años se han obtenido resultados comparables entre la mastectomía y la cirugía conservadora más radioterapia en cuanto a frecuencia de recurrencias locales, metástasis y sobrevida en general (8, 9, 10, 13, 16).

De 1980 a 1986 se estudiaron 903 pacientes con tumores de hasta 5 cm. de diámetro y de menos de 70 años de edad en un ensayo patrocinado por la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Las pacientes fueron divididas aleatoriamente en dos grupos; a uno se le realizó mastectomía radical modificada; y el otro fue sometido a tumorectomía, disección axilar y radioterapia (con refuerzo a base de implantes de iridio 192). Con un seguimiento de 4 años los porcentajes de sobrevida en general, sobrevida libre de enfermedad y recurrencias locales son idénticos para ambos grupos; con resultados cosméticos buenos o excelentes en el 80% de las pacientes tratadas con iridio (13).

Tomando en cuenta los resultados de estos estudios, en especial de los últimos cinco, se pueden obtener conclusiones. En primer lugar la cirugía conservadora es segura para tumores de menos de 2 cm. de diámetro (ensayo de Milán). En segundo lugar, resultados igualmente favorables se pueden obtener con tumores de hasta 4 cm. (la mayoría de los cánceres operables), como lo demuestran los ensayos llevados a cabo por el NSABP y la EORTC. En tercer lugar, dosis inadecuadas de radiación o la falta de la misma después de la tumorectomía se asocian a una incidencia alta de recurrencias locales (13).

Otros estudios apoyan la eficacia de la cirugía conservadora más radioterapia para el manejo del carcinoma mamario en etapas tempranas (5, 13, 20, 26, 27, 29); así como los resultados cosméticos favorables y preservación de la función que se obtienen con ella (13, 15, 19, 24, 31), dependiendo éstos de la extensión de la cirugía primaria y de la dosis de radiación recibida en la axila (15, 24). Existen varios trabajos que apoyan la utilidad de la quimioterapia como tratamiento adyuvante en el cáncer mamario temprano, especialmente en mujeres premenopáusicas (3,4,13,17) y con ganglios axilares negativos; y también en aquellas con receptores negativos a estrógenos (35).

Para pacientes con ganglios axilares positivos se recomienda el uso de quimioterapia adyuvante sistémica a base de ciclofosfamida, metotrexate y fluorouracilo; o ciclofosfamida, metotrexate y fluorouracilo combinados con adriamicina (27).

La técnica QU.A.R.T. fue practicada inicialmente en el Instituto Nacional del Cáncer, en Milán, por Veronesi en 1973 (29). De acuerdo con esta técnica se extirpa el cuadrante de la mama que aloja al tumor, así como la piel y fascia pectoral superficial (28). La disección axilar es completa, iniciando en dirección cefalocaudal a partir del arco de Halsted hasta terminar diseccionando todo el tejido linfático y grasa por fuera del borde del dorsal ancho, por dentro de los músculos serratos, intercostales y costillas, hacia atrás la fascia subescapular, y se termina en el entrecruzamiento de los vasos subescapulares y el torácico largo. Finalmente se secciona en forma conjunta el tejido mamario, el músculo pectoral menor, y el tejido del contenido axilar sobre el borde del dorsal (23,28).

La radioterapia se administra en el posoperatorio 20 a 30 días después de la cirugía con una dosis total de 50 Gy en 5 semanas, utilizándose 2 campos tangenciales opuestos con una unidad de cobalto o un acelerador lineal de 6 MeV. (29).

Los resultados obtenidos con esta técnica son favorables para tumores en etapas I y II (23,27,28,29,30). La extensión de la resección para el control de las recurrencias locales es muy importante, como lo señala Vicini (32). La técnica QU.A.R.T. se asocia a un menor porcentaje de recurrencias locales en comparación con la tumorectomía (32); y aunque no se ha observado que las recurrencias locales disminuyan la sobrevida de las pacientes (8, 12,14,16,20), si existe asociación entre la presencia de recurrencias locales y alteraciones psicológicas, básicamente angustia (19).

Las indicaciones para la técnica QU.A.R.T. son: (23)

- Pacientes en etapas I, IIA y IIB
- Tumor único
- Localización periférica del tumor
- Relación mama tumor favorable
- Deseos de la paciente de conservar su seno.

Las contraindicaciones son: (23)

- Tumor central
- Multicentricidad clínica y/o mastográfica
- Relación mama/tumor desfavorable.
- Preferencia de la paciente por la mastectomía
- Microcalcificaciones difusas que comprometan un seguimiento cuidadoso
- Primer trimestre del embarazo
- Carcinoma intraductal "in situ" tipo comedo de más de 5 cm. con gran extensión intraductal

Estos lineamientos para la selección de las pacientes para la utilización de esta técnica están de acuerdo a lo propuesto por otros autores (4, 12, 16, 18, 22, 33).

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es del tipo de revisión de casos: retrospectivo, descriptivo, longitudinal y observacional.

El grupo de pacientes incluidas en esta investigación constituye el inicio de la experiencia con el uso de métodos de cirugía conservadora para cáncer de mama por parte del servicio de Ginecología-Oncológica del Centro Médico Nacional del Noroeste. Asimismo forma también el comienzo de una línea de investigación clínica en esta área. La población objetivo la constituyeron cinco pacientes con edades comprendidas entre 36 y 51 años, con carcinomamario en etapa II, sometidas a la técnica de cuadrantectomía, disección axilar y radioterapia (QU.A.RT.).

El periodo de estudio fue del 1o. de Enero de 1988 al 1o. de Octubre de 1992.

La fuente de obtención de datos fueron los expedientes clínicos de las pacientes, obtenidos del archivo clínico del Servicio de Oncología del Centro Médico Nacional del Noroeste de Ciudad Obregón, Sonora.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Pacientes en etapas I, IIA y IIB
- Tumor único
- Localización periférica del tumor
- Relación mama/tumor favorable
- Deseos de la paciente de conservar su seno.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Tumor central
- Multicentricidad
- Relación tumor/mama desfavorable.
- Preferencia de la paciente por la mastectomía
- Microcalcificaciones difusas que comprometan un seguimiento cuidadoso
- Carcinoma intracanalicular "in situ" con gran extensión intraductal

Los criterios de eliminación fueron:

- Presencia de embarazo antes y después del tratamiento
- Muerte posterior al tratamiento por cualquier otra causa ajena al cáncer de mama.

El análisis de los resultados se hizo mediante el cálculo de porcentajes, media y desviación estándar. En todas las pacientes el diagnóstico inicial, que se hizo por autodetección, se confirmó subsecuentemente por el servicio de Oncología.

Todas las pacientes recibieron ciclo mamario completo de radioterapia posoperatoria con una dosis total de 50 Gy en un lapso aproximado de cinco semanas.

Asimismo, todas las pacientes, a excepción de una, recibieron quimioterapia posoperatoria en sesiones mensuales durante seis meses a base de ciclofosfamida, 5 fluorouracilo, y adriamicina a dosis que variaron de 500 a 1000 mg. IV para el primero de los medicamentos; de 500 a 1000 mg. IV para el 5-fluorouracilo, y de 50 a 80 mg. IV para la adriamicina. En una paciente se utilizó epirrubicina a dosis de 60 a 90 mg. IV, por no disponerse en el servicio de adriamicina.

En una paciente se sustituyó al 5-fluorouracilo y a la adriamicina por el metotrexate a dosis de 25 mg. IV, debido a efectos colaterales de esos medicamentos (nauseas y vómitos).

Todas las pacientes sometidas a quimioterapia recibieron dexametazona mas metoclopramida antes y después de la administración de los medicamentos (no se especifican dosis en los expedientes).

Las pacientes fueron evaluadas tanto en forma clínica, como de laboratorio en cuanto a la presencia de efectos colaterales secundarios a la quimioterapia.

A todas las pacientes se les efectuó una mamografía anual, posterior a la cirugía, como parte de las visitas de control.

La mama mas frecuentemente afectada fue la derecha, con tres pacientes. Dos pacientes tuvieron a la neoplasia localizada en la mama izquierda, ver cuadro No. 1.

El cuadrante superior externo fue el área en la cual se localizó el tumor en el caso de las pacientes con afectación de la mama derecha. Las zonas afectadas en la mama izquierda fueron el cuadrante superior externo y el inferior externo con una paciente respectivamente, ver cuadro No. 1.

No hubo pacientes afectadas con cáncer en la etapa I (T1, N0); por lo tanto, la totalidad de las pacientes en esta investigación corresponden a la etapa clínica II (100%), cuadro No. 1.

De las pacientes con cáncer de mama en etapa IIA, una tuvo un tumor de dos centímetros en su dimensión mas grande y metástasis móviles, un ganglio, de acuerdo con el reporte de Patología; a los nódulos linfáticos ipsilaterales, correspondiendo por lo tanto, de acuerdo con la clasificación T.N.M. a un carcinoma T1, N0; Las otras dos pacientes tuvieron un tumor T2, N0; una de ellas con un tumor de cuatro centímetros en su dimensión mas grande, y la otra sin especificación del tamaño de la neoplasia en el expediente; correspondiendo también a la etapa clínica IIA, ver cuadro No. 3.

Todas las pacientes con cáncer en etapa IIB tuvieron un tumor T2, N1; es decir, un tumor mayor de dos centímetros pero menor de cinco en su dimensión mas grande, y con metástasis móviles a los nódulos linfáticos ipsilaterales, ver cuadro No. 3.

Los grupos etarios mas afectados fueron el de 31 a 40 años, y el de 41 a 50 años, ambos con dos pacientes. El menos afectado fue el de 51 a 60 años, con una paciente; cuadro No. 1.

El tiempo de evolución del padecimiento antes del diagnóstico inicial fue de uno a tres meses para tres pacientes (60%), y de cuatro a seis meses para las otras dos pacientes (40%), ver cuadro No. 1.

El diagnóstico inicial para todas las pacientes fue por medio de la autodetección, siendo confirmado subsecuentemente, en todas ellas, por el servicio de oncología del Centro Médico Nacional del Noroeste (C.M.N.NO.), cuadro No. 1.

Todas las pacientes; a excepción de una; que fue nulípara y con un tumor en etapa IIA, fueron multíparas.

El factor de riesgo para cáncer mamario mas común, además del sexo y edad inherentes a todas las pacientes, fue la ingesta de hormonales orales, que se encontró presente en tres pacientes (60%); y el menos común fue la nuliparidad, presente en una paciente (20%). El otro factor de riesgo hallado en las pacientes fue el de antecedentes familiares de cáncer mamario, que estuvo presente en dos pacientes (40%), ver cuadro No. 2.

El tipo histológico del tumor en todas las pacientes fue el adenocarcinoma canalicular infiltrante.

El grado de diferenciación de la tumoración correspondió al cáncer moderadamente diferenciado en el 40% de las pacientes; mientras que en la quinta parte de ellas fue reportado por el servicio de Patología como poco diferenciado; en el otro 40% de las pacientes no se especificó el grado de diferenciación de la neoplasia, ver gráfica No. 1.

Hasta el momento actual dos pacientes han desarrollado recurrencias locales; n una de ellas se detectó inicialmente en la región axilar ipsilateral (derecha), fue manejada con la técnica de mastectomía radical tipo Halsted. El reporte histopatológico fue de carcinoma intracanalicular, sin actividad en los límites quirúrgicos, así como también se encontró la presencia de un nevo intradérmico con actividad tumoral en uno de los bordes quirúrgicos. De la disección axilar se encontraron cinco ganglios afectados con células neoplásicas. La paciente continuo su manejo con quimioterapia. El tiempo de evolución de la recurrencia fue de seis meses. Hasta el mes de Octubre de 1992 ha evolucionado sin evidencia de actividad tumoral.

Este paciente tuvo un tumor en etapa IIB (T2, N1).

La otra paciente que desarrolló recurrencia local corresponde a una etapa clínica IIA, desarrolló una recurrencia local en la mama ipsilateral (derecha), localizándose en el pezón derecho, como una úlcera y costra melisérica. Se le tomó citología, la cual se reportó como positiva a malignidad; incluyendo probable enfermedad de Paget.

En Agosto de 1992 se le practicó mastectomía simple. En Septiembre de 1992 el servicio de Patología reportó la pieza con diagnóstico de enfermedad de Paget en pezón con adenocarcinoma canalicular subyacente invasor, además de dermatitis crónica ulcerada, mastopatía fibroquística, signos de atrofia, y mastitis aguda y crónica. Continuo manejo hasta Octubre de 1992 a base de observación.

El tiempo de evolución de la recurrencia fue de 19 meses, ver cuadro No. 4.

La sobrevida libre de enfermedad en meses de seguimiento acumulado, y por etapa clínica del tumor, fue de noventa y nueve meses para las pacientes en etapa IIA, con una media de 49.5 y desviación estándar de 57.1. Para las pacientes con cáncer en etapa IIB fue de 49 meses, con una media de 24.5 y desviación estándar de 34.6, cuadro No. 5.

De manera individual la sobrevida libre de enfermedad para las pacientes en etapa IIA fue de 41, 19 y 39 meses. Para las pacientes en etapa IIB la sobrevida libre de enfermedad fue de 43 y 6 meses.

Ninguna de las pacientes ha desarrollado hasta el momento actual metástasis de cáncer mamario. Dentro de las principales características histopatológicas del tumor, la presencia de permeación vascular, linfática y/o nerviosa se encontró en tres de las pacientes (60%). Se hallaron zonas de mastopatía Fibroquística en el 40% de las pacientes; áreas de comedocarcinoma en dos pacientes (40%). Se halló pobre respuesta linfocitaria en una paciente (20%), asociada a áreas de comedocarcinoma y permeación vascular en esa misma paciente, ver cuadro No. 8.

R E S U L T A D O S

Dado que el número de pacientes y el periodo de seguimiento son pocos, no es posible hacer extrapolaciones a la población general; por lo tanto éste puede ser considerado un estudio preliminar que sirva de base para un estudio que incluya a una población mayor y durante más tiempo; ya que el periodo de seguimiento mínimo de las pacientes para que los resultados tengan validez es de alrededor de cuatro años.

Sin embargo, se pueden hacer algunas observaciones importantes; como es el hecho de que en esta serie de pacientes el adenocarcinoma canalicular infiltrante fue el tipo predominante (100% de los casos), en comparación con el adenocarcinoma lobulillar, lo cual está de acuerdo con lo reportado en la literatura (12).

El carcinoma canalicular tiene un pronóstico más ominoso en comparación con el lobulillar. Se estima que hasta en un 50% de los casos un carcinoma canalicular "in situ" puede evolucionar hacia una forma invasora; ésta variedad, a diferencia del lobulillar, se desarrolla hacia formas invasoras en un periodo más corto (12).

El hallazgo de áreas de comedocarcinoma es característico del carcinoma canalicular; en estos casos lo que sucede es un crecimiento hacia la luz del canaliculo, de células neoplásicas, que excede a su capacidad de irrigación sanguínea, originándose zonas de necrosis que dan lugar al cuadro típico de "comedo" carcinoma, como fue el caso de dos pacientes (12).

La permeación vascular, que se encontró en tres de las pacientes, es considerado un factor de alto riesgo, particularmente para cánceres en etapa I (4, 12).

El estado de los ganglios axilares se considera como el factor pronóstico más importante para las pacientes con cáncer de mama (4, 12, 16). En esta serie de pacientes tres de ellas tuvieron afección ganglionar.

Recientemente algunos autores no consideran a la ingesta de hormonales orales como factor de riesgo (12).

La sobrevivida libre de enfermedad es similar, en este grupo de pacientes, a la reportada en otras series (29), aun cuando en esos casos los tumores correspondían a la etapa I.

D I S C U S I O N

El número total de pacientes operadas con la técnica Q.U.A.R.T. es de nueve, de éstos, solo se pudieron localizar los expedientes de cinco. Tal vez cabría hacerse la pregunta de porque tan pocas pacientes operadas hasta la fecha actual a partir de 1988, siendo que el cáncer mamario es la segunda causa de cáncer ginecológico en nuestro país después del cervico-uterino. Posiblemente la respuesta a esto es que en todas las pacientes el diagnóstico inicial fue por autodetección, lo que motivo a las pacientes a acudir al servicio de Oncología del CMN.NO. para su posterior manejo; y la autoexploración no es un procedimiento de rutina que lleven a cabo las mujeres en México. Este hecho hace resaltar la importancia de intensificar las campañas de Educación para la Salud con el objeto de informar a la población sobre el padecimiento y como realizar la autoexploración de la mama, a fin de que las pacientes acudan al médico con cánceres en etapas tempranas. Esto aunado al uso de la mamografía en pacientes apropiadamente seleccionadas, además de una cuidadosa historia clínica y examen físico, seguramente incrementaría el número de pacientes diagnosticadas en estadios iniciales del padecimiento, permitiendo así el uso de técnicas de cirugía conservadora, como por ejemplo la técnica de Q.U.A.R.T., que como ha sido observado en varios estudios (27, 28, 29) permite obtener tasas de sobrevida libre de la enfermedad y de recurrencias locales similares a las de la cirugía radical.

Para finalizar es importante recordar que el cáncer mamario es una enfermedad de origen sintético desde sus inicios (2, 4, 12, 18, 22, 25, 33); y que un cáncer de cinco milímetros de diámetro ha sufrido ya veintisiete duplicaciones celulares; y las metástasis probablemente ocurren en las primeras diez o veinte duplicaciones (12).

CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro No. 1 Principales características clínicas de las pacientes con cáncer mamario tratadas con la técnica QU.A.R.T.

Características clínicas	Número de pacientes (n = 5)	Porcentaje (%) +
<u>Mama afectada</u>		
Derecha	3	60
Izquierda	2	40
<u>Cuadrante de la mama afectado</u>		
++ C.S.E.D.	3	60
* C.S.E.I.	1	20
** C.I.E.I.	1	20
<u>Etapa clínica</u>		
II	5	100
<u>Edad:</u>		
31 a 40 años	2	40
41 a 50 años	2	40
51 a 60 años	1	20
<u>Tiempo de evolución</u> @		
1 a 3 meses	3	60
4 a 6 meses	2	40
<u>Diagnóstico inicial</u>		
Por Autodetección	5	100

+ En relación al total de pacientes

++ Cuadrante superior externo de la mama derecha

* Cuadrante superior externo de la mama izquierda

** Cuadrante inferior externo de la mama izquierda

@ Tiempo de evolución hasta antes del diagnóstico

Cuadro No. 2. Factores de riesgo para cáncer mamario de las pacientes con carcinoma mamario en etapas II tratadas con la técnica QU.A.R.T.

Factores de riesgo para cáncer mamario	Número de pacientes (n = 5)	Porcentaje (%) +
Edad	5	100
Sexo	5	100
Ingesta de hormonales orales	3	60
Antecedentes familiares de cáncer de mama	2	40
nuliparidad	1	20

+.- En relación al total de pacientes

Cuadro No. 3. Etapa clínica del carcinoma mamario de las pacientes tratadas con la técnica QU.A.R.T.

Etapa clínica	clasificación T,N,M	Número de pacientes (n = 5)	Porcentaje (%) +
IIA	T1,N1	1	20
	T2,N0	2	40
IIB	T2,N1	2	40

+.- En relación al total de pacientes

Cuadro No. 4. Sobrevida libre de enfermedad de las pacientes con cáncer mamario, sometidas a QU.A.R.T., de acuerdo a etapa clínica y años de evolución.

Sobrevida libre de enfermedad por etapa clínica y años de evolución	Número de pacientes (n = 5)	Porcentaje (%) +
Etapa clínica IIA.		
menos de un año		
un año	++ 1	20
dos años		
tres años	2	40
cuatro años		
Etapa clínica IIB.		
menos de un año	* 2	20
un año		
dos años		
tres años	1	20
cuatro años		

+.- En relación al total de pacientes

++ Desarrolló recurrencia local a los 19 meses de posoperada

*.- Desarrolló recurrencia local a los 6 meses de posoperada

Cuadro No. 5. Sobrevida libre de enfermedad en meses y por etapa clínica, de las pacientes con cáncer mamario, tratadas con la técnica QU.A.R.T.

Etapa clínica	Número de pacientes (n = 5)	S.L.E. # meses &	S.L.E. en meses	
			\bar{X} *	D.E **
IIA	3	99	49.5	57.1
IIB	2	49	24.5	34.6

- # .- Sobrevida libre de enfermedad
 & .- Meses de seguimiento acumulado
 * .- Media
 ** - Desviación estándar

Cuadro No. 6. Incidencia de metástasis, por etapa clínica y meses de seguimiento, de las pacientes tratadas con la técnica QU.A.R.T.

etapa clínica	Pacientes con metástasis (n = 5)	\bar{X}	D.E.	meses de seguimiento +
IIA	0	0	0	99
IIB	0	0	0	49

+ .- meses de seguimiento acumulado

Cuadro No. 7. Incidencia de recurrencias locales en meses de seguimiento, y por etapa clínica, de las pacientes con cáncer de mama, tratadas con la técnica QU.A.R.T.

etapa clínica	Pacientes con recurrencias locales (n=5)	Porcentaje (%) +	meses de seguimiento *
IIA	1	20	99
IIB	1	20	49

+ .- En relación al total de pacientes

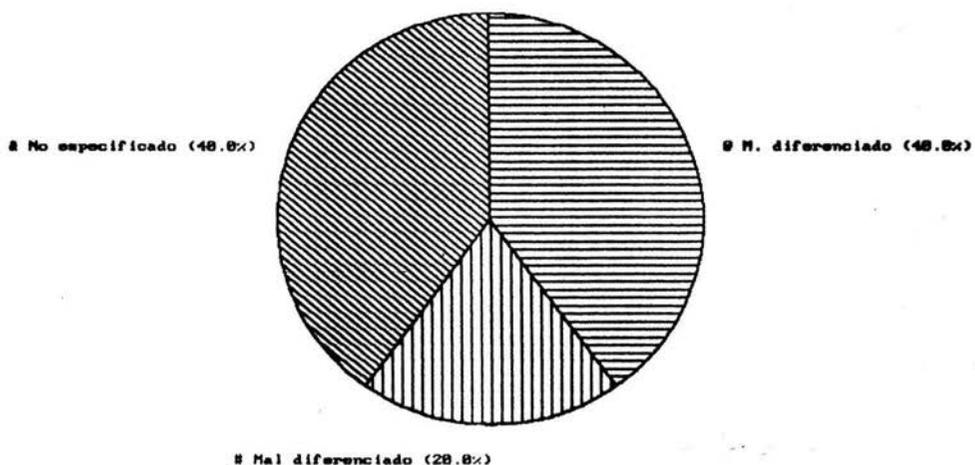
* .- meses de seguimiento acumulado

Cuadro No. 8. Características histopatológicas del tumor

Características histopatológicas del tumor	Numero de pacientes (n=5)	Porcentaje (%) +
Permeación vascular, linfática, y/o nerviosa	3	60
Grado de diferenciación:		
bien diferenciado		
moderadamente diferenciado	2	40
mal diferenciado	1	20
no especificado	1	20
coexistencia con mastopatía fibroquística	2	40
coexistencia con mastopatía crónica	2	40
coexistencia con comedo-carcinoma	2	40
coexistencia con pobre respuesta linfocitaria	1	20

+ .- En relación al total de pacientes

Gráfica No. 1 Grado de diferenciación histológica del tumor



@ moderadamente diferenciado
mal diferenciado
& no especificado

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adair FE. The role of surgery and irradiation in cancer of the breast. JAMA 1943; 121: 553 - 559.
- 2.- Blamey R. The 1989 Walter Hubert lecture: Does Biological understanding influence surgical practice? Br J Cancer 1989; 60: 271 - 274.
- 3.- Bonadonna G, Rossi A, Valagussa P. Adjuvant CMF chemotherapy in operable breast cancer. Ten years later. World J Surg 1985; 9: 707 - 713.
- 4.- Cady B. New diagnostic, staging, and therapeutic aspects of early breast cancer. Cancer 1990; 65: 634 - 647.
- 5.- Danoff B, Haller DG, Glick JH, Goodman RL. Conservative surgery and irradiation in the treatment of early breast cancer. Ann Int Med 1985; 102: 634 - 642.
- 6.- Duncan JF et al. Surgery for breast cancer (less may be as good as more). N Engl J Med 1985; 312: 712 - 714.
- 7.- Fisher B. The revolution in breast cancer surgery: Science or anecdotalism? World J Surg 1985; 9: 655 - 666.
- 8.- Fisher B. Lumpectomy for breast cancer: An update of the NSABP experience. J Natl Cancer Inst Monogr 1992; 11: 7 - 13
- 9.- Fisher B et 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 1985; 312: 665 - 673.
- 10.- Fisher B 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.
- 11.- Fowble BL, Solin LJ, Schultz Dd, Goodman RL. Ten-year results of conservative surgery and irradiation for stage I and II breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1991; 21: 269 - 277
- 12.- Fryckberg ER, Bland KI, Copeland EM. The detection and treatment of early breast cancer. Adv Surg 1990; 23: 119 - 194.
- 13.- Habibollahi F, Fentiman IS. Breast conservation techniques for early breast cancer. Cancer Treat Rev 1989; 16: 177 - 191
- 14.- Haffty BG, Fischer D, Beinfield M, Mc Khann C. Prognosis following local recurrence in the conservatively treated breast cancer patient. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1991; 21: 293 - 298.
- 15.- Hamilton CS, Nield JM, Adler GF, Clungan PR. Breast appearance and function after breast conserving surgery and radiotherapy. Acta Oncol 1990; 29: 291 - 295.

- 16.- Harris JR et al. Conservative surgery and radiotherapy for early breast cancer. Cancer 1990; 66: 1427 - 1438.
- 17.- Jungi WF, Senn HJ. Swiss Adjuvant trials in women with node negative breast cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 1992; 11: 71 - 76.
- 18.- Kinne DW. Surgical management of stage I and stage II breastcancer. Cancer 1990; 66: 1373 - 1377.
- 19.- Maguire P. Breast conservation versus mastectomy: Psychological conciderations. Semin in Oncol 1989; 5: 137 - 144.
- 20.- Montague E. Conservation surgery and radiation therapy in the treatment of operable breast cancer. Cancer 1984; 53: 700 - 704.
- 21.- Mustakallio S. Conservative treatment of breast carcinoma: Review of 25 years follow-up. Clin Radiol 1972; 23: 110 - 116.
- 22.- NIH Consensus Conference. Treatment of early-stage breast cancer. JAMA 1991; 265: 391 - 395.
- 23.- Romero JR, Hernández EF, Acosta HD. Cirugía conservadora de la mama: Cuadrantectomía y disección radical de axila. Mastología 1990; 1: 9 - 16.
- 24.- Sacchini V. Quantitative and qualitative cosmetic evaluation after conservative treatment for breast cancer. Eur J Cancer 1991; 27: 1395 - 1400.
- 25.- Scanlon EF. The evolution of breast cancer treatment. JAMA 1991; 266: 1280 and 1282.
- 26.- Strauss K et al. Results of the National Cancer Institute Early Breast Cancer Trial. J Natl Cancer Inst Monogr 1992; 11: 27 - 32.
- 27.- Veronesi U. Conservative treatment of early breast cancer: Long-term results of 1232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy. Ann Surg 1990; 211: 250 - 259.
- 28.- Veronesi U, Costa A, Sacozi R. Técnica quirúrgica de la cuadrantectomía de la mama y disección axilar. Cirugía de la mama. Salvat. Barcelona; 1990: 129 - 133.
- 29.- Veronesi U, Zucali R, Del Vecchio M. Conservative treatment of breast cancer with the QU.A.R.T. technique. World J Surg 1985; 9: 676 - 681.
- 30.- Veronesi U et al. Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: Long-term results of a randomized trial. Eur J Cancer 1990; 26: 668 - 670.

- 31.- Vicini et al. Recurrence in the breast following conservative surgery and radiation therapy for early-stage breast cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 1992; 11: 33 - 39.
- 32.- Vicini et al. The optimal extent of resection for patients with stages I or II breast cancer treated with conservative surgery and radiotherapy. Ann Surg 1991; 214: 200 - 205.
- 33.- Winchester DP et al. Surgical management of stages 0, I, and IIA breast cancer. Cancer 1990; 65: 2105 - 2107.
- 34.- 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.
- 35.- Zambetti M et al. Adjuvant CMF for node-negative and estrogen-negative breast cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr 1992; 11: 77 - 83.