

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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"



INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES JOVENES  
(QUINTA DECADA DE LA VIDA O MENORES) EN LA  
POBLACION DEL HGO3



CENTRO MEDICO LA RAZA  
Hospital de Gineco-Obstetricia  
para la Enseñanza e Investigación

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
MEDICO ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**P R E S E N T A :**

**DR. ROBERTO CARLOS GOMEZ SEPULVEDA**



**IMSS**

**ASESOR:**

**DR. JOSE LUIS LOPEZ OBISPO**

MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1911

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No3  
CENTRO MEDICO LA RAZA**

**INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES JOVENES (QUINTA DECADA DE LA VIDA  
O MENORES) EN LA POBLACION DEL HGO3**

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**MEDICO ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA  
DR ROBERTO CARLOS GOMEZ SEPULVEDA**

**ASESOR  
DR. JOSE LUIS LOPEZ OBISPO**

**MEXICO DF.**

**2004**

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

NOMBRE: Roberto Carlos Gomez

sepulveda

FECHA: 28/09/2004

FIRMA: 



**INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES JOVENES (QUINTA  
DECADA DE LA VIDA O MENORES) EN LA POBLACION DEL HGO3**

**(N°2003/692/032)**

**Autores, Dr. Roberto Carlos Gómez Sepúlveda, Medico residente de tercer  
año HGO3, CMN La Raza  
Dr. José Luis López Obispo, Médico jefe del servicio de Oncología  
en el HGO3 CMN La Raza**

**INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES JOVENES (QUINTA DECADA DE LA VIDA O MENORES) EN LA POBLACION DEL HGO3  
(Nº2003/692/032)**

**Autores, Dr. Roberto Carlos Gómez Sepúlveda, Medico residente de tercer año HGO3, CMN La Raza  
Dr. José Luis López Obispo, Médico jefe del servicio de Oncología en el HGO3 CMN La Raza**

**HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA #3CENTRO MEDICO LA RAZA IMSS SERVICIO DE ONCOLOGIA**

**Resumen:**

La incidencia del cáncer de mama principalmente en países desarrollados y en poblaciones de los países en vías en desarrollo se ha incrementado, haciéndolo inclusive el tumor más frecuente entre las mujeres con un consecuente aumento en la mortalidad.

En nuestro país avanza rápidamente para constituirse como el tumor más frecuente en las mujeres y además, este se presenta en estadios avanzados lo que complica el tratamiento y reduce las posibilidades de sobrevida para las pacientes. Además hay una tendencia a detectar el cáncer en mujeres jóvenes.

**Objetivo.-**Determinar la edad de presentación del cáncer de mama en mujeres jóvenes mexicanas (quinta década de la vida o menores) que en otros países y con que frecuencia. Determinar la edad de presentación del cáncer de mama en las pacientes referidas al HGO3

**Proponer** cambios en los sistemas de detección en caso de resultar cierta la hipótesis.

Observacional retrospectivo de casos de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama registrados con su edad.

**Sede.-** Hospital de ginecología y Obstetricia No 3 Del Centro Médico Nacional La Raza, Servicio de Oncología a Ginecológica. Periodo del 24 de septiembre del 2002 al 4 de octubre del 2003. La detección se realizó de la base de datos del SIMO. os datos fueron extraídos de los expedientes clínicos de las pacientes.

**Resultados.-** se encontraron 181 casos nuevos en el periodo estudiado de los cuales el 36.46% era menor de 50 años, con una mediana de 54 años. La mayoría de las pacientes eran casadas y la el rango de los 40 a los 49 años presentó la mayor parte de los casos 72.7%. La mediana de la edad de la población fue de 14 años. 15.2% de las pacientes usaron hormonales como método de planificación y 33.3% no usaron ningún método. La estirpe histológica más común fue el carcinoma ductal infiltrante y la mayoría de los tumores 75% fueron mayores de 2cm.

La cirugía realizada con mayor frecuencia fue la mastectomía radical modificada con un 62.1% de los casos y 47.1% de los casos tenía ganglios positivos demostrados durante la cirugía. 83.3% de las pacientes recibieron terapia adyuvante con quimioterapia y solo 43.9% recibieron radioterapia. 80.3% de las pacientes permanecen vivas sin la presencia demostrable de tumor.

**Análisis.-** El cáncer de mama se esta presentando por lo menos una década antes que en los países del primer mundo dónde la edad media es de 64 años, un gran número de pacientes, mas de una tercera parte del total de casos nuevos se presenta por debajo de los 50 años, esto es de relevancia ya que el tamizaje para detección de esta neoplasia sigue los cánones establecidos, por las escuelas anglosajonas y por lo tanto se esta dejando fuera a un gran número de pacientes, las cuales son detectadas en estadios avanzados lo que conlleva consecuencias tanto económicas como sociales y familiares, con costos muy elevados de tratamiento y pocas posibilidades de sobrevida a 5 años.

**Conclusiones.-** Es evidente la necesidad de promover el inicio de la pesquisa de pacientes inclusive desde los 35 años aun sin factores de riesgo, y hacerlos mas extensivos ya que los tumores en nuestra población tienden a desarrollarse por lo menos una década antes y adecuar igualmente los programas de enseñanza para que los médicos recién egresados estén capacitados.

## **AGRADECIMIENTOS**

**Con el paso de los años me he dado cuenta que hay cosas importantes en la vida, una de ellas, es la unión y el amor, gracias por permanecer juntos y por amarse, por ser mi base.....a mis padres**

**Desde un simple juego hasta el apoyo incondicional, una mano y el aliento que a veces hace falta, gracias por su compañía.....a mis hermanos**

**La experiencia, la vida e igualmente unión y amor un ejemplo a seguir...a mis abuelos**

**La permanencia, el tiempo, a veces la distancia pero eso si, constante como ninguna otra cosa.....a la amistad y en especial a un amigo**

**A mis maestros, pero a los de verdad, aquellos que guían y que aconsejan y no aquellos que intentan forzar el camino, sobre todo para quienes me enseñaron que el camino lo camina uno y que no tiene un solo destino.**

**Pero sobre todo a las mujeres, porque son a ellas a quienes he querido dedicar mi vida, gracias por permitirme estar cerca, por permitirme escucharlas y ser mis amigas, por darme la vida y por todo lo que me han enseñado, el amor, el comienzo de la vida, la entrega, la inteligencia, el sufrimiento. Gracias por permitirme amarlas y por guiar mi camino hacia un destino...ustedes mismas**

**AMJK**

## CONTENIDO

ANTECEDENTES.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
OBJETIVOS.....	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	25
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	26
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES.....	40
TABLAS Y GRÁFICAS.....	41
ANEXOS.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	57



## ANTECEDENTES

El cáncer de mama es una enfermedad ampliamente diseminada en el mundo. Es una enfermedad antigua que ya era descrita por el pueblo egipcio 3000 años antes de cristo. Posteriormente Roma y Grecia lo reconocían y posteriormente incluso en la edad media se tuvo cuidado en reportar los casos. La cirugía es el tratamiento inicial que se ha tenido para tratar de detener esta enfermedad desde los primeros tiempos y a base de ensayos y errores se han tenido algunos éxitos. El estudio de este tipo de cáncer se puede dividir en cuatro periodos, el primero es empírico, en el cual la experiencia mostró que las cirugías agravaban el cuadro y fue entonces que se prefirió no intervenir. (1,2) .

### **Primer periodo o periodo temprano**

Ya en Egipto se conocía el cáncer de mama y se le distinguía de los abscesos o procesos inflamatorios en el papiro de *Edwin Smith*, sin que hubiera tratamiento quirúrgico para el mismo. (3000-2500AC). (1)

En la India (2000 AC), se menciona por primera vez el tratamiento quirúrgico extirpando el tumor y cauterizando con calor, mientras que en Mesopotamia solo se menciona la existencia de dichos tumores.

En una descripción aislada se menciona como Demócetes como aquél que curó a la reina esposa del rey Darío, de un tumor del seno que se ulceró y diseminó. (400AC). (1,2,6)

Hipócrates en la misma época solo lo menciona en dos ocasiones el tumor y describe como una mujer muere después de tener una descarga sanguinolenta a través del pezón. Posteriormente describe la historia natural del cáncer: "Tumores sólidos aparecen en la mama algunos grandes y otro pequeños, estos no supuran, pero continuamente crecen cada vez más con más fuerza. De estos se desarrollan cánceres ocultos... los enfermos tiene el gusto alterado, si se les da de comer, rechazan el alimento, cierran sus bocas. Comienzan a delirar, sus ojos se vuelven inexpresivos y no pueden ver con claridad. El dolor sale del seno hacia el cuello y hasta el hombro, la sed los invade, los pezones están secos y todo el cuerpo se encuentra emaciado... cuando llegan a este punto, mueren de esta enfermedad" y concluye "Es mejor no aplicar ningún tratamiento en casos de cáncer oculto pues si se les trata, el paciente muere rápidamente, mientras que si no se les molesta pueden sobrevivir por largo tiempo".(1,3)

Posteriormente en los inicios del imperio romano, se practicaban cirugías extensas que incluían la remoción de los músculos pectorales sin embargo un médico Cornelio Celso (42-37 DC) advirtió en contra del uso de esta práctica

En el segundo periodo se les consideró como una enfermedad sistémica, la remoción permitía un alivio temporal, pero no se esperaba la cura del paciente.

## **Segundo periodo, el cáncer como una enfermedad sistémica**

Galeno (129-200DC) atribuía el cáncer a un exceso de la "bilis negra" llamándola "melancolía" una manifestación local de una afectación constitucional, noto la espacial susceptibilidad de las mujeres posmenopáusicas y a el se le atribuye la concepción de los tumores como similares a un cangrejo.(1)

Galeno tuvo la oportunidad de extirparlos y apreció las ventajas aparentes de la remoción amplia, recomendándola. El evitaba ligar los vasos pues pensaba que eran causa de recurrencias.

Leonidus de Alejandría (180 DC) realizaba las mismas cirugías pero con más cuidado a en cuanto a la hemostasia, utilizando un cauterio, el cual se siguió utilizando por más de 11 siglos, evitando el uso de ligaduras.

Durante la edad media casi no hubo progresos en el ámbito quirúrgico, lo que se atribuye a que persistía la teoría humoral de Galeno y a la influencia de la iglesia y en el concilio de Tours de 1162 se desecho a la cirugía como una opción de tratamiento contra en cáncer de mama. De tal forma que la cauterización y los cáusticos se convirtieron en los tratamientos de elección a pesar de que era evidente que no se podía lograr curación con ellos. Tal vez la poca diferencia entre los tumores malignos y los benignos fue lo que permitió que hubiera esperanza.



Albucasis (936-1013) un cirujano árabe dudaba de la utilidad de la cirugía y no sabía de ningún caso que hubiera sido curado. Otros como Lanfrank en Francia (1296DC), uso la técnica de 1100 años de antigüedad de Leonidus.(1,2,7)

Ambroise Paré (1510-1590) extirpaba pequeños tumores sustituyendo el uso de ácido sulfúrico por el del cauterio, los tumores grandes eran tratados con leche, vinagre y ungüentos.

Henri de Mondeville y Guy de Chauliac (1300-1368) operaban tumores que podían ser retirados de forma amplia, pero preferían el uso de arsénico y cloruro de Zinc para tratar tumores grandes.

Los tumores poco ortodoxos usados durante este período tuvieron lugar en España donde Francisco Araceo (1439-1571), disecaba la mama afectada y ligaba la arteria que alimentaba al tumor en un intento por disolverlo.

El fin de la edad media estuvo marcado por los extremos, en el siglo dieciséis William Clowes el médico de la reina Elizabeth I de Inglaterra utilizaba la imposición de la mano para curar del mal por lo que la realeza se dedicó a tocar a los enfermos en un intento por aliviar su mal. Mientras James Cook (1614-1688) practico la sangría de la vena basílica. Algunos utilizaban ranas, gallinas disecadas o partes frescas de otros animales.(1,2,9)

Mientras tanto comenzaban las luces de una nueva época de innovación, en Bruselas Andreas Vesalius (1514-1564) el padre de la anatomía moderna, el corrigió los errores de la anatomía galénica y popularizó el uso de la cauterización. Jacques Guillemeau (1550-1601) reintrodujo la remoción del pectoral mayor. Por su parte y siendo estudiante Marcus Aurelius Severinus (1580-1656) comenzó a remover los ganglios axilares ya que junto con Paré fue de los primeros en darse cuenta que formaban parte del proceso.(1)

El siglo XVI fue la época en que se retomó la cirugía y las siguientes dos centurias fueron notables en técnicas quirúrgicas. En una época sin anestesia la cirugía era más bien por piedad. Johann Scultetus (1595-1645) introducía dos largas agujas en la base de la mama las cuales iban sostenidas por gruesos cordones y en direcciones opuestas, ya en su lugar se traccionaban los cordones, rápidamente amputaba el seno con un cuchillo, posteriormente cauterizaba la herida con un hierro caliente. Todas estas técnicas culminaron en 1721, con Gerard Tabor empleaba un instrumento compuesto por dos semicírculos y una bisagra con agarraderas que podía ser cerrado alrededor de la base de la mama. Una guillotina curva estaba adaptada al mismo y podía ser lanzado a través del anillo en un solo movimiento, terminando la cirugía en menos de 1 o dos segundos. Estas cirugías removían más ampliamente el seno que ninguna otra antes o después pero la herida era grande y requería meses para sanar, las técnicas se abandonaron en favor de aquellas que permitieran cerrar la piel sobre la herida.(1,2,8,10)

En 1662 el reverendo John Ward describió una cirugía en la que observó como después que la piel era cortada en tumor era arrancado con las manos. Los dos días siguientes la herida se abría nuevamente y se cortaba la parte restante del tumor. La paciente murió meses después con el cáncer aun presente en el seno. Fue Jean Louis Petit (1674-1750) el médico francés mas famosos de la época quien desecho estas cirugías en partes señalando que la remoción debía ser completa, incluyendo todos los ganglios linfáticos afectados y de verse envuelta las fascias y músculos pectorales. Finalmente durante este periodo, el cáncer seguía siendo considerado como una enfermedad constitucional ocasionada por aberraciones en los fluidos corporales. Se decía que la aparición del "escirro" término para el cáncer en este periodo, se debía al estancamiento o coagulación de uno de estos fluidos. Los factores de riesgo considerados en es entonces hablaban de contusiones, ropa ajustada, retención láctea y al viento se le consideraba un fomite (Iscat 1700-1768).(1,2,12)

Solo hasta el descubrimiento del sistema linfático descrito por Ascellis en 1622 y con la descripción del conducto torácico por Pecquet en 1651 permitieron a Rene Descartes sustituir la teoría humoral por la teoría linfática del origen del cáncer de mama, la que fue continuada por John Hunter (1728-1793), el pensaba que había un defecto en este sistema que ocasionaba la coagulación del mismo y la aparición del cáncer.

### **Tercer periodo, el cáncer de mama como una enfermedad local**

El tercer periodo lo consideró un padecimiento local en un inicio, con posibilidades de limitarlo y aun curarlo si se le descubría a tiempo. Actualmente se ha descubierto que el problema es mas complejo "una enfermedad sistémica con manifestación local? se desarrollan nuevas teorías y tratamiento.

En el siglo XVIII el concepto introducido por Le Dran, acerca de que el cáncer de mama se iniciaba como una enfermedad local, diseminándose después a la circulación linfática y posteriormente a la circulación general. Esta teoría daba la oportunidad de cura en caso de que se realizara una detección y cirugía a tiempo.

Así durante el siglo siguiente se apostaron todos los esfuerzos a la cirugía. Para 1773 Peyrilhe introdujo la cirugía que Halstead haría famosa 100 años después y la cual consistía en la remoción de la totalidad de la mama, el contenido axilar y el pectoral mayor. Un contemporáneo, Heister removía incluso la parrilla costal de ser necesario.(1,2,5,13)

Para el siglo XIX y con el advenimiento de las técnicas anestésicas, la antisepsia y la patología microscópica se obtuvieron mejoras importantes para la cirugía de mama. Además se desarrollo la cirugía radical y se observó por primera vez que este cáncer es hormono-dependiente. Hacia fines del mismo siglo la radioterapia hizo su aparición.

Durante casi todo el siglo XIX los resultados en la cirugía eran pobres, con un caso 20% de incidencia en infecciones, principalmente provocado por la selección de los tumores que eran muy obvios y el poco cuidado posquirúrgico. Alexander Monroe (1773-1859) solo reporto cuatro casos de pacientes libres de enfermedad de sesenta paciente tratados en dos años. Otros personajes como Sir James Paget en 1853 confeso que no conocía un solo caso de curación entre la población que el trataba. Y en general se percibía un ambiente poco optimista entre los cirujanos.

*“Confió plenamente que este mal será curado en el futuro, pero este milagroso alcance nunca será a través del bisturí de un cirujano” Hayes Agnew.(1)*

Por otra parte, la cirugía de mama no era uniforme en cuanto a la cantidad de tejido que debía ser quitada, sin embargo la tendencia siempre fue hacia la cirugía radical, ya que se hablaba de una enfermedad local y se intentaba evitar la recurrencia. Llegando así a la cirugía realizada por Halstead y a los preceptos de Charles H. Moore en el hospital de Middlesex en Londres, el suponía que las cirugías poco extensas no removían las extensiones locales del tumor por lo que las recurrencias eran altas. Por lo que proponía la remoción del órgano en su totalidad, los músculos pectorales, las fascias de los mismos y los ganglios axilares de los cuales nunca se debería presuponer que eran sanos. Ya que su palpación era muy difícil y la recurrencia axilar era alta si no eran extraídos, por lo que se hizo rutina su extracción (Küster, en Alemania). (1, 3, 4,11)

Fue en Alemania que la microscopía permitió la visualización de las primeras células cancerosas y personajes como Virchow y Paget fueron los protagonistas. Fue así como la inclusión en la remoción de las fascias musculares se hizo ante la evidencia de implantes neoplásicos en las mismas.

Fue así que Halstead opero casi a todas sus pacientes de esta manera en el hospital Johns Hopkins y de un total de 50 pacientes solo tuvo un 6% de recurrencia.

Contemporáneas a estas cirugías se hicieron conocidas las teorías de permeación linfática del cáncer de mama y se abandonaron las teorías de metástasis hematógenas, lo que explicaba de forma mas eficiente la forma en que este tumor se disemina y va a la par con la cirugía y la probable curación del cáncer. (1,2,6,8)

A pesar de que las recurrencias de los pacientes disminuyeron, un análisis actual identifica a solo un 8% de las pacientes de Halstead como sobrevivientes en un periodo de 4 años, posteriormente vinieron críticas severas a este tipo de práctica.

Para el siglo XX era evidente que la cirugía de Halstead era incompleta y fue extendida para remover los ganglios supraclaviculares y ocasionalmente los ganglios mamaros internos.

Posteriormente Handley y su hijo redimensionaron las metástasis a los ganglios mamarios internos tomando biopsia en cada una de las mastectomias que realizaban y encontraron una afectación del 38% lo que reforzó la extirpación de estos ganglios, cirugía que fue conocida como "**Mastectomia Radical Ampliada**" Margottini en Italia fue el primero en realizarla de forma rutinaria y se adoptó en varios centros hospitalarios alrededor del mundo, debido a su lógica accesibilidad y seguridad. Inclusive se llegaron a realizar amputaciones del miembro superior en casos muy avanzados, y Wangesteen llegó a retirar los ganglios supraclaviculares, mamarios internos y mediastinales en una mastectomia que se conoció como súper radical. (1,2,4,12,13)

El descubrimiento de los rayos X en 1895, añadió una nueva herramienta para el tratamiento local del cáncer de mama. Posteriormente se descubrieron nuevas fuentes de radiación ionizante tales como el radio, el cual a través de sus emisiones gaseosas (radon), proveía de fuentes importantes de radiación gamma que podía ser dirigida en contra de los tumores. Esta nueva herramienta comenzó a tener aplicaciones prácticas contra el cáncer de mama tan solo un año después de ser descubierta, los efectos clínicos y biológicos comenzaron a ser investigados por Grubbe en Chicago en 1933 y Hermann Gocht en Hamburgo, los que utilizaron rayos X para tratar tumores de mama inoperables. Estos primeros intentos fueron hechos sin regulación alguna y en algunos casos los efectos trágicos de la radiación se veían después de forma letal, pero la experiencia del uso de esta energía y los resultados en los tumores comenzaban a verse con claridad. Se comenzó a hablar de su utilidad como profilaxis contra las recurrencias de los

tumores y de su efectividad para aliviar el dolor en las pacientes, así como para promover la fibrosis del tejido. (1,5,7,8,9,10)

La radioterapia es una rama que ha visto un progreso enorme y sostenido y el interés se ha centrado en dos vertientes: Una es si este tratamiento ayuda a mejorar los resultados que se obtienen con la cirugía radical y la otra habla acerca de si el tratamiento podía sustituir del todo a la cirugía. Poco a poco se noto que la radioterapia complementaria posterior a una cirugía mejoraba con mucho el pronóstico de las pacientes y que era mucho menos lesiva si suplía a la mastectomía radical realizando irradiación de los ganglios mamarios internos y supraclaviculares. Esta práctica complementaria entre la cirugía y la radioterapia pronto tomo su camino diseminándose.

Posteriormente se empezaron a hacer esfuerzos para reducir la extensión de las cirugías y se obtuvieron resultados favorables, lo que empezó a sacar a la luz la cuestión cosmética y la posibilidad de tratar el cáncer como tal en el órgano mismo trabajos realizados por Baclesse en Francia y Keynes en Inglaterra. Los primeros resultados obtuvieron supervivencia a 5 años aceptables pero la morbilidad local era inaceptable. Las fuentes de alta energía introducidas en los 50's mejoraron esto y el tratamiento se hizo asequible y la posibilidad de la conservación cosmética de la mama hizo que varios centros alrededor del mundo optaran por la irradiación radical como tratamiento único y la cirugía fue relegada a la extracción del tumor primario y para estadificación. (1,2,3,7,9,12,13)



El siglo XIX dio como última aportación el descubrimiento de la dependencia hormonal del cáncer de mama. Cooper en 1836 se dio cuenta de que el crecimiento de los tumores de mama fluctuaba con el ciclo menstrual y que ocurría una regresión temporal con la menopausia. Incluso se llegó a proponer la castración como una alternativa terapéutica. Y fue así, en mujeres lactantes que se probó que el cáncer tenía regresión y fue la primera vez que hubo un tratamiento sistémico probado contra este tumor.

Posteriormente durante el desarrollo del tratamiento ionizante se observó que la ablación ovárica tenía resultados. Con el tiempo se demostró que la depleción de estrógenos era la base de este tratamiento.

La selección de los pacientes fue un problema hasta el descubrimiento de estrógenos en 1960, y las pacientes que demostraban una disminución de los mismos, indicaba una respuesta favorable gracias a la ablación.

#### **Cuarto periodo, conceptos recientes.**

La aceptación de la mastectomía radical fue completa la primera mitad del siglo XX pero el precio que se pagaba como la deformación del tórax, linfedema de brazos y sarcomas inducidos por la radiación han llevado a una reevaluación extensa de estos conceptos. (1,2,4,7,9)

Esto se dio a través de dos vertientes. Una considera que la cirugía radical alcanzó sus límites sin llegar a una curación completa del cáncer por lo menos en un tercio de los pacientes. La otra observó que los descubrimientos biológicos a nivel molecular acerca del comportamiento del cáncer de mama llevaron a observar que frecuentemente el tumor comenzaba en sitios múltiples y que la diseminación se daba antes de lo que se pensaba lo que hace del diagnóstico temprano un gran reto. (1, 2, 3, 6, 8, 11,12)

Apareció así la teoría de la permeación linfática, lo que demostró que estos conductos no se encuentran obliterados por las células metastásicas. Esto estableció las bases de la mastectomía radical modificada por Patey, la cual ofrecía una superioridad cosmética con resultados equivalentes.

Para 1955 se descubrió la diseminación a través de los vasos venosos y poco después se encontró que los nódulos linfáticos no eran barreras eficientes para detener las células en expansión, lo que llevó al estudio de la cinética tumoral, observándose que los tumores existen varios años antes sin que lleguen a tener un tamaño suficiente para ser detectados clínicamente. (1, 2, 4, 8, 10)

A estas teorías se incluye la inmunológica en la cual se plantea una relación dinámica tumor-huésped, que puede ser influenciado por eventos biológicos a favor de uno o de otro, lo que puede ser visto por la evolución clínica en cada uno de los pacientes.

Finalmente, tras comparaciones con las distintas posibilidades de tratamiento se concluyó que el tratamiento radical, resulta en un mejor control del tumor a nivel local y regional sin que esto mejore la supervivencia de las pacientes.

Es así que la cirugía alcanzó sus límites, es imposible seguir extendiendo los límites quirúrgicos en aras de prevenir las fallas loco regionales, la hipótesis de un origen local es insuficiente para el diagnóstico y tratamiento ya que el tumor no puede ser detectado en este momento. Esto llevo al inicio de la terapia sistémica adyuvante. (1,3,8, 11)

La mastografía, representa un gran salto en el diagnóstico del cáncer de mama ya que por primera vez podía ser detectado antes de ser evidente clínicamente. Y fue llevada y usada a niveles de tamizaje para poblaciones grandes.

### **Características actuales**

El cáncer de mama es el tumor más extendido y frecuente en los países desarrollados. Su estadística reporta cerca de 180 mil casos nuevos por año, lo que representa un 30 % del total de tumores en esos países.

En nuestro país el Cáncer de mama ocupa el segundo lugar de frecuencia en la población general (10.6%) y en las mujeres el (16.4%), observándose un aumento en la mortalidad en los años recientes y su distribución esta en relación

con factores socioeconómicos, encontrándose el mayor número de casos en el DF y estados del norte del país. Además en algunos sectores sociales el cáncer de mama adelanta en frecuencia al de cérvix. Uno de los problemas más complejos sobre esta neoplasia es que el diagnóstico de la misma se hace en etapas tardías III y IV en dos tercios de las pacientes y una buena parte son mujeres jóvenes con limitadas posibilidades de tratamiento y curación. (1,2,4,7,9,11,12)

Se han implicado diversos factores de riesgo tales como una menarca temprana y menopausia tardía, uso de anticonceptivos hormonales, antecedentes familiares de cáncer de mama, tabaquismo, alcoholismo, dieta rica en grasas y varios otros que finalmente si tienen esa relación, sin embargo muchos de los casos no tienen la presencia de dichos factores mencionados. Y por otra parte muchas de las mujeres que se presentan así son menores de 50 años.

Esta tendencia a detectar el cáncer de mama en mujeres jóvenes es preocupante y en México hay muy escasos estudios serios que nos permitan definir si este tipo de neoplasia se este presentando en los mismos rangos de edad que en otros países, por lo que se hace importante determinar si la edad de presentación en México o en el caso específico de la población de nuestro hospital es menor, de tal forma que los programas de detección sean ajustados a las necesidades de la población de nuestro hospital. (3, 4, 6, 7, 9, 11, 12)

## **Planteamiento del problema**

El cáncer de mama al ser la segunda neoplasia en nuestro país en frecuencia actualmente, con una tendencia clara a ocupar el primer lugar, debe ser detectada lo más oportunamente posible, por lo que es indispensable determinar si esta neoplasia se desarrolla antes en la población del HGO3 Centro Médico Nacional La Raza con el objetivo de adecuar los programas de detección esta población, en específico determinar la incidencia del tumor en pacientes que se encuentren viviendo la quinta década de la vida y menores, que son población en riesgo y que la ser detectadas tardíamente sus posibilidades de tratamiento son limitadas.

## **Objetivos**

### **Objetivo general.-**

Determinar la edad de presentación del cáncer de mama en mujeres jóvenes mexicanas (quinta década de la vida o menores) que en otros países y con que frecuencia.

### **Objetivo específico.-**

Determinar la edad de presentación del cáncer de mama en las pacientes referidas al HGO3

Proponer cambios en los sistemas de detección en caso de resultar cierta la hipótesis.

Adecuar campañas y sistemas de detección a las necesidades de la población

## **Material y métodos.-**

Estudio observacional retrospectivo de casos de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama registrados con su edad.

Sede.- Hospital de ginecología y Obstetricia No 3 Del Centro Médico Nacional La Raza, Servicio de Oncología a Ginecológica.

Periodo del 24 de septiembre del 2002 al 4 de octubre del 2003.

La detección se realizó de la base de datos del SIMO.

Los datos fueron extraídos de los expedientes clínicos de las pacientes.

Criterios de inclusión.- Todas las mujeres que se encuentren viviendo la quinta década de la vida y que hayan sido diagnosticadas con cáncer de mama en cualquier estadio y acuda por primera vez a la consulta de oncología.

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

1.-Planeación e investigación.....1º al 30 septiembre 2003

2.-Elaboración del protocolo... 1º al 15 de octubre 2003

3.-Recolección de datos..15 de octubre al 15 de mayo 2004

4.- Análisis de datos....16 de mayo al 16 de junio 2004

5.- Conclusión y resultados...1º agosto al 15 septiembre 2004



## **Definición conceptual y operacional de las variables**

**Edad.**-Número en años cumplidos por la paciente en que se hace el diagnóstico de cáncer de mama

Tipo de variable. Cuantitativa

### **Estado civil.-**

Tipo de variable. Cualitativa

Categorías: 1.- soltera, 2.- casada, 3.- unión libre, 4.- divorciada

**Fecha de primera consulta en oncología.**- Día mes y año en que se presentó la paciente por primera vez a la consulta externa.

Tipo de variable. Cuantitativa

**Menarca.**- edad en que se presenta la menstruación por primera vez en la paciente.

Tipo de variable. Cuantitativa

**Gestas.**- Número de embarazos que tuvo la paciente en el transcurso de su vida reproductiva

Tipo de variable. Cuantitativa.

**Método de planificación familiar.**- Método temporal o definitivo que permite planear el número de hijos deseados.

Tipo de variable. Cualitativa ordinal

Categorías.- 1.- ninguno, 2.- DIU, 3.- hormonal, 4.- Otro

**Antecedentes de cáncer de mama.-** Presencia de familiares de primer o segundo grado enfermos con cáncer de mama.

Tipo de variable. Nominal dicotómica

Categorías.- 1.-si, 2.- no

**Tamaño del tumor.-** Medida en centímetros del tumor detectado por estudio de histopatología.

Tipo de variable. Cuantitativa.

**Marcadores tumorales.-** Presencia de moléculas características para la identificación de los tumores.

Tipo de variable. Nominal dicotómica

Categorías.- 1.-si, 2.- no

**Estirpe histológica.-** Variedad celular que presenta el tumor.

Tipo de variable.- nominal

**Ganglios positivos.-** Presencia de ganglios con células tumorales, por diagnóstico histopatológico.

Tipo de variable.- nominal dicotómica

. Nominal dicotómica

Categorías.- 1.- Si, 2.- no

**Cirugía.-** Utilización o no de alguna técnica quirúrgica para extirpar el tumor.

Tipo de variable. Nominal

Categorías.- 1.- mastectomía radical modificada simple, 2.- mastectomía radical modificada con disección radical de axila.

**Quimioterapia.-** Utilización de sustancias citotóxicas como tratamiento médico adyuvante contra el cáncer de mama.

Tipo de variable.- nominal dicotómica

Categorías.- 1.- Sí, 2.- no

**Radioterapia.-** Utilización de radiaciones ionizantes como tratamiento adyuvante contra el cáncer de mama.

Tipo de variable.- nominal dicotómica

Categorías.- 1.- Sí, 2.- no

**Paciente viva sin tumor (VST).-** Paciente con evolución satisfactoria al tratamiento y que actualmente no tiene evidencia clínica ni de gabinete de la presencia del tumor primario y no ha presentado recurrencias del mismo.

Tipo de variable. Nominal dicotómica

Categorías.- 1.- Sí, 2.- no

**Paciente viva con tumor (VCT).**- Paciente con evolución no satisfactoria que presenta tumor residual o recurrencia del mismo, después del tratamiento.

Tipo de variable. . Nominal dicotómica

Categorías-. 1.- Si, 2.- no

**Paciente muerta sin tumor (MST).**- Paciente que muere ya sea a consecuencia del tratamiento o del tumor mismo o de alguna complicación relacionada, que no tiene evidencia clínica ni de gabinete del tumor primario.

Tipo de variable.-. Nominal dicotómica

Categorías-. 1.- Si, 2.- no

**Paciente muerta con tumor (MCT).**- Paciente que ya sea a causa directa del tratamiento, el mismo tumor o una de sus complicaciones muere con un tumor demostrable clínicamente o por gabinete.

Tipo de variable.-. Nominal dicotómica

Categorías-. 1.- Si, 2.- no.

## ANALISIS RESULTADOS

Se estudio y observó la edad de presentación del cáncer de mama en mujeres jóvenes, durante un periodo de un año en el hospital de Ginecología y obstetricia número 3 del Centro Médico Nacional la Raza, abarcando del 24 de septiembre del 2002 al 4 de octubre de 2003.

Se consultaron los registros de casos nuevos durante el periodo mencionado para obtener una base de datos fiable que nos mostrara la edad en la que se esta presentando esta enfermedad.

El promedio de edad encontrado en las pacientes fue de 55.83 años, con una mediana de 54 años en un rango que va de una mujer de 27 años y la mayor de 91 años.

Se encontraron la presencia de 181 casos nuevos en el periodo de los cuales 66 de los mismos correspondiente a un 36.46% son de mujeres menores de 50 años. De estos casos se analizaron los expedientes, buscando el rango de edad en que se presenta el cáncer de mama en este grupo de mujeres y distintas variables en relación a los factores de riesgo de este tipo de neoplasia.

De los rangos de edad analizados, se encontró que este tumor se presenta con mayor frecuencia de los 41 a los 45 años con un 40.9% de los casos, seguido

de forma importante por el rango de los 46-49 años 31.8% y en seguida con un 18.2% de los casos el rango de los 36-40 años.

La mayoría de las pacientes se encontraban casadas al momento del diagnóstico, 71.2% de los casos y las solteras representan 16.7% de esta población en estudio.

La edad de inicio de la menarca en la pacientes fue con un 31.8% a los 12 años y a los 13 años representando un 27.3%, ninguna inició antes de los 10 años ni después de los 16.

Es importante señalar que del total de las pacientes, un tercio de ellas no uso ningún método de planificación familiar 33.3% y el usado con mayor frecuencia fue la oclusión tubaria bilateral con un 27.3% seguido inmediatamente por el DIU con un 24.2% de usuarias y solo el 15.2% utilizó algún anticonceptivo hormonal.

El tamaño tumoral vario mucho pero se mantuvo en un rango de 2 a 5 cm. en donde se encuentra el 75 % de los casos siendo los más comunes los tumores de 2cm con un 27.3% del total, seguidos por los de 5cm (15.2%) y los de 3 cm. con un 13.6% de los casos.

Del total de las pacientes analizadas solo en un caso se determino la presencia de receptores hormonales siendo positivos para receptores estrogénicos.

La estirpe histológica confirmada por estudio de histopatología que más frecuentemente se encontró en estas pacientes fue el carcinoma ductal infiltrante representando un 43.9% y en seguida las variantes como el adenocarcinoma ductal infiltrante y el lobulillar infiltrante corresponden a un 19.7% cada una, finalmente con un 6.1% se encuentra representado el adenocarcinoma lobulillar infiltrante y los tumores mixtos con un 3%, hay casos únicos de carcinoma mucinoso, papilar, e indiferenciados, solo hubo un caso de un tumor no clasificable por haber recibido tratamiento fuera de la unidad.

La cirugía que se observó con mas frecuencia fue la mastectomia radical modificada simple realizándose en un 62.1% de los casos, seguida de la mastectomia radical aunada a una disección radical de axila en un 30.3% de los casos, hubo otras variantes menos invasivas de cirugía tales como la cuadrantectomía y la tumorectomía que juntas representan el 7.5%.

En el caso de la presencia de ganglios positivos a metástasis posterior al análisis histopatológico un 47% de los casos fueron positivos mientras que en el restante 53% no fueron encontradas estas metástasis.

El tratamiento adyuvante con quimioterapia fue aplicado en un 83.3% de los casos de cáncer de mama de esta población y la radioterapia se aplico menos extensamente solo en un 43.9% de los casos.

Por último, la gran mayoría de las pacientes esto es un 80.3% permanecen vivas sin la presencia de tumor demostrable por algún método tanto clínico como de diagnóstico, un porcentaje pequeño aunque relevante es el de las pacientes muertas sin tumor con un 9.1%, en seguida se encuentran las pacientes muertas con tumor con un 7.6% del total y solo con un 3.0% están las pacientes vivas con la presencia de tumor.



## DISCUSION

El cáncer de mama en las mujeres mexicanas se presenta de acuerdo a esta casuística en un 36.46% de las mujeres mexicanas de menos de 50 años, con una mediana de edad de 54 años; edad que antecede en una década a la de las mujeres sajonas tanto en Estados Unidos como en Europa, cuya mediana de edad es respectivamente de 63 a 64 años, donde además solo una cuarta parte de las pacientes son menores de 50 años.

Esto representa que el cáncer de mama en las mujeres mexicanas se esta presentando una década antes que en las mujeres blancas de éstas regiones del mundo, sin embargo esta presentación es muy similar a la de la mujer japonesa y en general a la de la mujer latinoamericana y esta en el rango de presentación para el cáncer de mama familiar de la mujer europea, siendo esta de una década antes con respecto a los casos esporádicos.

Con respecto a otras poblaciones el estudio tiene resultados comparables a los obtenidos en Ecuador, Perú, Brasil y las hispanas de Los Ángeles sin embargo es un poco menor a informes aquí mismo en México donde el porcentaje de mujeres menores de 50 años con cáncer de mama ha sido hasta del 45.5%.

Estos datos señalan un probable tendencia de la mujer mexicana, y latinoamericana en general a desarrollar cáncer de mama antes que las mujeres blancas de los países mas desarrollados, donde también es de hacer notar que las

mujeres negras tienen una media de edad de diagnóstico menor, 57 años, que las mujeres blancas.

La década en que se detectaron el mayor porcentaje de casos fue de los 40 a los 50 años, concentrando casi tres cuartas partes de los casos. Para 1994 se determinaron en México la edad en la cual esta indicada la realización de la mastografía para el tamizaje del cáncer de mama por el Consejo Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama y la OPS, determinando que es a partir de los 50 años cuando se debe implantar esta estrategia, lo que deja peligrosamente fuera por lo menos a una tercera parte de las pacientes de nuestro hospital, lo que podría en parte ser la causa de la presencia tan elevada de tumores en estadios muy avanzados, aunque esta explicación no se justifica del todo considerando que en los países donde se realiza la pesquisa aparentemente de forma adecuada persiste la tendencia a la presencia de tumores en estadios avanzados al momento del diagnóstico.

Además se observa en la tabla que del grupo de 26 a 30 años al de 31 a 36 años el número de casos se duplica y este número se triplica pasando al siguiente grupo de edad de 36 a 40 años, para volverse a duplicar en el grupo de 41-49 años con respecto al previo.

Por otra parte el objetivo de diagnosticar el cáncer de forma mas temprana es disminuir la mortalidad de las pacientes, ofreciéndole a la paciente la posibilidad de curación e incluso preservación de la mama, se ha informado de una

supervivencia mayor a 10 años en mujeres diagnosticadas mastográficamente que aquellas diagnosticadas clínicamente. En este estudio se observó una tendencia importante a la realización de cirugías extensas con mas de un 90% de mastectomias radicales y solo un 7.5% para cirugías tales como la tumorectomía y cuadrantectomía, lo que analizado desde el punto de costo beneficio, nos habla de la necesidad de un ajuste de acuerdo a nuestra población.

Además se encontró una mayoría de mujeres casadas 71.2% siendo el siguiente grupo en importancia las solteras 16.7%, esto en el sentido de analizar el impacto social que genera esta enfermedad en las familias de las pacientes que tienen una y más aún en aquellas que no la tienen, ya que solo el hecho de la sospecha genera incertidumbre y miedo en las pacientes que a la larga terminan costándole más a la paciente y al sistema de salud que la enfermedad misma por si sola.

La edad de inicio de la menarca se maneja como un factor de riesgo si esta es antes de los 10 años ya que representa una mayor exposición a los estrógenos, sin embargo obtuvimos que la edad mas frecuente es a los 12 años con un 31.8% y a los trece con un 27.3% y la mayoría estuvo por encima de esta edad crítica. Sin embargo la mediana es de 14 años muy similar a la encontrada en los estados unidos o en Europa.

Un hallazgo particular es que la mayoría de las pacientes y esto es un 33.3% no usaban ningún método de planificación familiar y de usarlo el más frecuente fue

el DIU y en seguida la oclusión tubaria bilateral, los hormonales con un 15.2% no representan un riesgo extra a las pacientes.

Es importante también dentro del aspecto de la prevención que los tumores encontrados, estaban en su mayoría en rangos detectables clínicamente esto es por arriba de los 2cm y solo un 13.6% eran mas pequeños o indetectables clínicamente, lo que hace evidente que la pesquisa clínica se esta llevando de forma adecuada, sin embargo hace falta implementar los medios para una detección mas temprana.

Lamentablemente en nuestro hospital, no se ha implementado de forma rutinaria la determinación de receptores hormonales en los tumores, del total de casos analizados solo en uno se encontró dicho estudio, lo que favorecería a las pacientes en el sentido de tener una orientación terapéutica correcta en cuanto a la terapia hormonal que actualmente se ofrece prácticamente de forma empírica.

La estirpe encontrada más frecuentemente corresponde al carcinoma ductal infiltrante en un 43.9% de los casos lo que se corresponde con los datos a nivel nacional e internacional, seguido con menos de la mitad de los casos por el carcinoma lobulillar infiltrante y el adenocarcinoma ductal infiltrante con un 19.7%. A partir de aquí el adenocarcinoma lobulillar infiltrante representa el 6.1% de los casos y las otras variantes en conjunto un 10.5% de los casos sobresaliendo los tumores mixtos con un 3%.

Es evidente también que a causa del estadio avanzado en que se presentan los casos, la terapéutica más utilizada son las cirugías amplias y mutiladoras siendo la mastectomía radical modificada la más frecuente con un 62.1% si es simple y si se llega a hacer disección radical de axila esta es en un 43.9%, las cirugías menos lesivas representan un mínimo porcentaje, lo que representa un gasto excesiva de recursos para la institución. De acuerdo a los reportes de nuestro país se encuentran en un 34% tumores en estadio III, 29% en estadio II, correspondiendo a un 5% en estadio II y IV y un 27% a tumores no clasificables.

Por último se observa una frecuencia elevada de utilización de terapia adyuvante utilizándose la quimioterapia en un 83.3% de los casos y la radioterapia en un 43.9%, lo que nos habla nuevamente de lo avanzado del cáncer en el momento del diagnóstico y de los elevados costos que esto implica.

Todos estos resultados deben ser tomados en cuenta, ya que aparentemente las mujeres mexicanas comienzan una década antes a desarrollar tumores de mama y esto no es lo que se esta enseñando en las escuelas de medicina.

En nuestro país tiene gran influencia el retraso cultural y económico, la falta de información oportuna y la falta de recursos técnicos para realizar el tamizaje de forma amplia en todo el país y esto hablando de las pacientes que tienen algún factor de riesgo, faltaría considerar a las que no y que por consiguiente son relegadas a una detección mucho posterior si es que la hay. El hecho de que la mayoría de las pacientes sean detectadas en estadios III y IV implica una

sobrevivida a 5 años del 35%, lo que significa que el 65% de ellas morirá y traerá un impacto negativo a la familia y la sociedad ya que muchas de ellas aún tienen vidas productivas.

Para este siglo, el número de mexicanas que se encuentran en riesgo de desarrollar cáncer de mama por arriba de los 35 años es de 16, 942,571 mujeres, lo que implica que de no implementarse cambios significativos en los programas de prevención, el número de pacientes que enfermen de este mal sobrepasará por mucho la capacidad del sector salud y deberán triplicarse los recursos, esto sin considerar el hecho de que hay implicaciones emocionales, familiares y sobre todo efecto que se tiene sobre el ámbito laboral en donde la pérdida de recursos es cuantiosa.

## **Conclusiones**

El cáncer de mama es una neoplasia la cual ha venido incrementando su número de casos en los últimos años, de tal forma que en algunas poblaciones comienza a superar al cáncer de cérvix.

Esto conlleva una serie de consideraciones, ya que evidentemente la prevención no se hace de la misma forma que como se hace con el cáncer cervical, lo que implica una detección tardía del tumor, con la consecuente afección a la salud, familia y entorno social, además claro de un costo muy elevado para las instituciones de salud.

Por lo tanto es imprescindible contar con los equipos y el personal adiestrado para la detección oportuna de tumores curables, debiendo comenzar la pesquisa en la mujer mexicana por lo menos una década antes, que lo que se había venido haciendo.

## **TABLAS Y GRÁFICAS**



## EDAD

	Frecuenci a	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
26-30	2	3.0	3.0	3.0
31-36	4	6.1	6.1	9.1
36-40	12	18.2	18.2	27.3
41-45	27	40.9	40.9	68.2
46-49	21	31.8	31.8	100.0
Total	66	100.0	100.0	

## EDAD

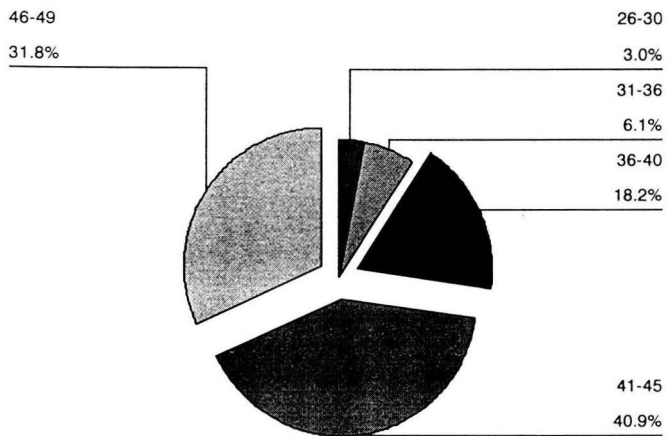


Tabla y Grafica 1. Muestra los rangos de edad y los porcentajes en que se presenta el cáncer de mama

## ESTADO CIVIL

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
soltera	11	16.7	16.7	16.7
casada	47	71.2	71.2	87.9
divorciada	4	6.1	6.1	93.9
union libre	3	4.5	4.5	98.5
viuda	1	1.5	1.5	100.0
Total	66	100.0	100.0	

## ECIVIL

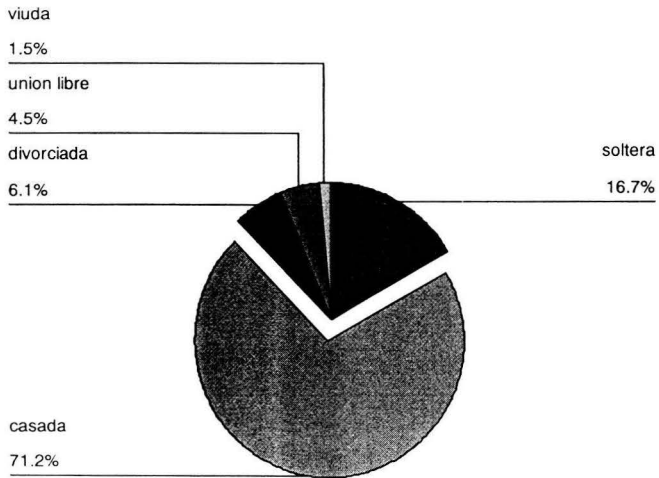


Tabla y Grafica 2.- Muestra en porcentaje el estado civil de las pacientes

## MENARCA

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
10	1	1.5	1.5	1.5
11	8	12.1	12.1	13.6
12	21	31.8	31.8	45.5
13	18	27.3	27.3	72.7
14	12	18.2	18.2	90.9
15	4	6.1	6.1	97.0
16	2	3.0	3.0	100.0
Total	66	100.0	100.0	

## MENARCA

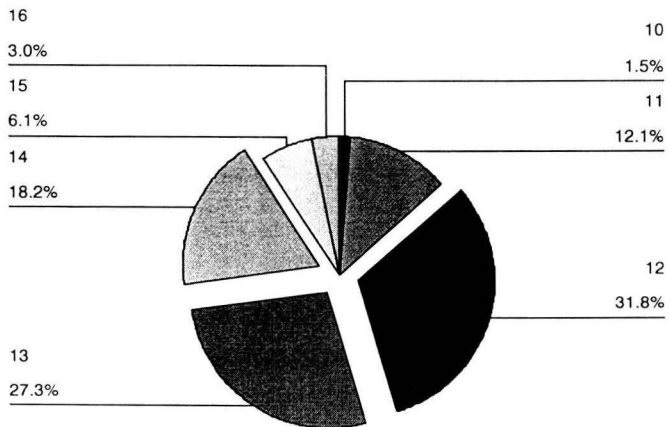


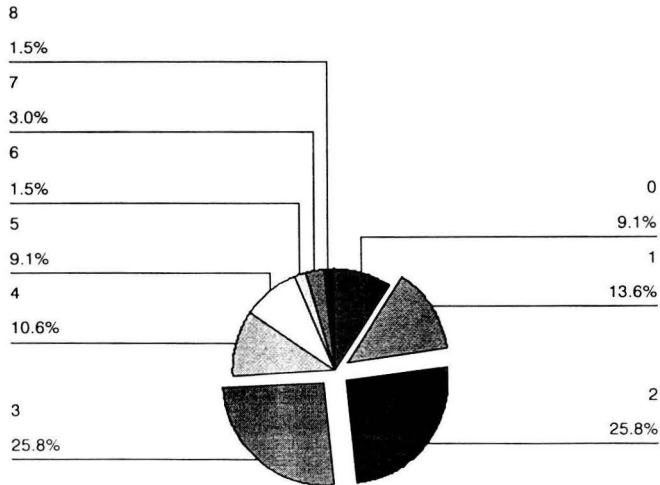
Tabla y Grafica 3. Muestra la edad en que se presentó la menarca entre las pacientes con cáncer de mama

Tabla 4.- muestra el número de gestas entre las pacientes de cáncer de mama

### GESTAS

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
0	6	9.1	9.1	9.1
1	9	13.6	13.6	22.7
2	17	25.8	25.8	48.5
3	17	25.8	25.8	74.2
4	7	10.6	10.6	84.8
5	6	9.1	9.1	93.9
6	1	1.5	1.5	95.5
7	2	3.0	3.0	98.5
8	1	1.5	1.5	100.0
Total	66	100.0	100.0	

### GESTAS



Gráfica 4.- Muestra el porcentaje que representa en nº de gestas entre las pacientes con cáncer de mama

## METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
ninguno	22	33.3	33.3	33.3
diu	16	24.2	24.2	57.6
otb	18	27.3	27.3	84.8
hormonal	10	15.2	15.2	100.0
Total	66	100.0	100.0	

### MPF

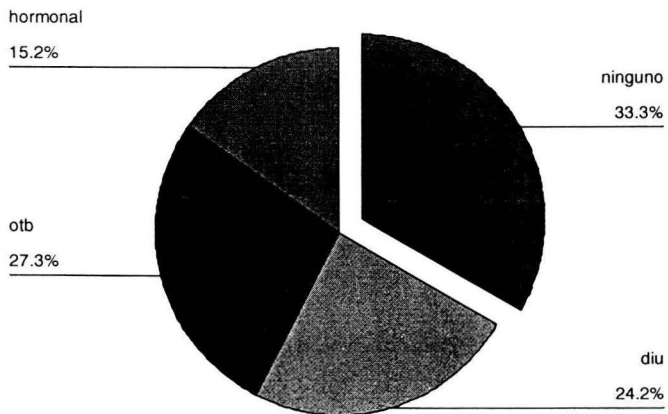


Tabla y gráfica 5.- Muestra los métodos de planificación familiar usados por las pacientes

## ANTECEDENTES

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
si	11	16.7	16.7	16.7
no	55	83.3	83.3	100.0
Total	66	100.0	100.0	

## ANTECEDE

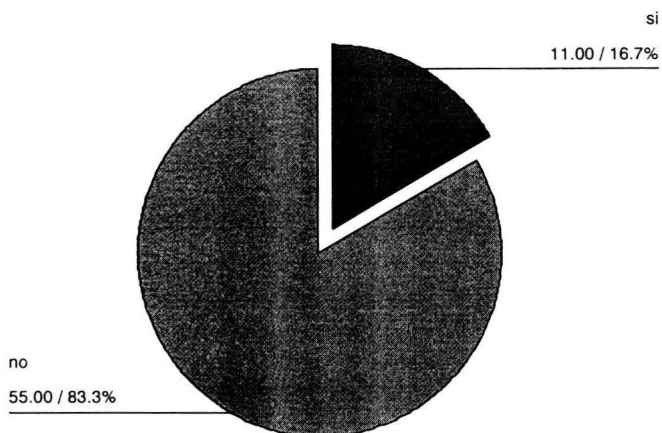


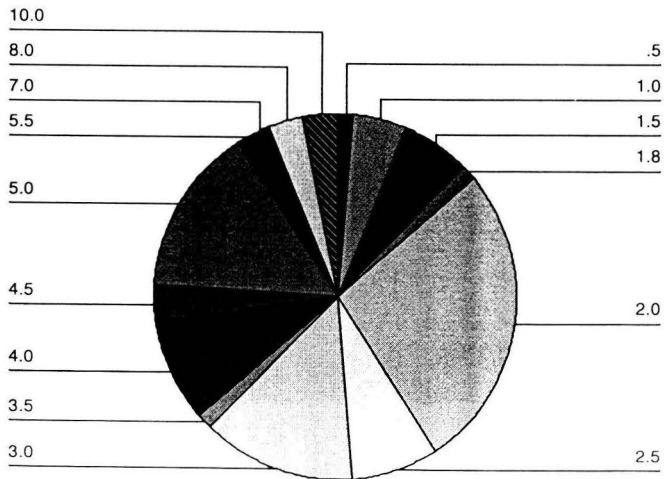
Tabla y gráfica 6.- muestra los antecedentes de cáncer de mama de las pacientes

## TAMAÑO DEL TUMOR

	Frecuencia	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
.5	1	1.5	1.5	1.5
1.0	3	4.5	4.5	6.1
1.5	4	6.1	6.1	12.1
1.8	1	1.5	1.5	13.6
2.0	18	27.3	27.3	40.9
2.5	5	7.6	7.6	48.5
3.0	9	13.6	13.6	62.1
3.5	1	1.5	1.5	63.6
4.0	6	9.1	9.1	72.7
4.5	2	3.0	3.0	75.8
5.0	10	15.2	15.2	90.9
5.5	1	1.5	1.5	92.4
7.0	1	1.5	1.5	93.9
8.0	2	3.0	3.0	97.0
10.0	2	3.0	3.0	100.0
Total	66	100.0	100.0	

Tabla 7.- Muestra en porcentajes las medidas tumorales más frecuentemente encontradas

## TAMTUM



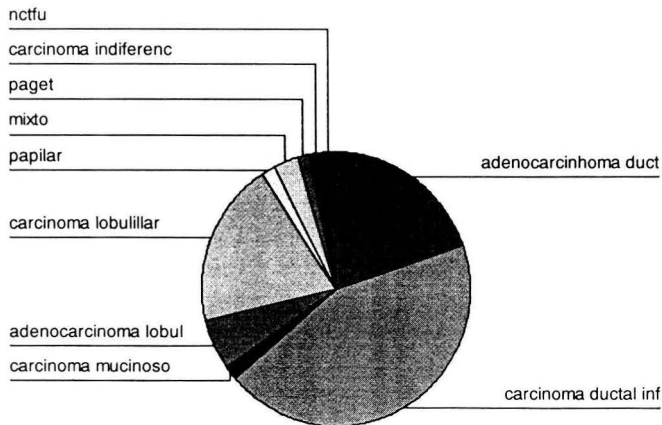
Grafica 7.- Muestra los distintos tamaños tumorales encontrados en los especimenes estudiados

## ESTIRPE

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
adenocarcinoma ductal infiltrante	13	19.7	19.7	19.7
carcinoma ductal infiltrante	29	43.9	43.9	63.6
carcinoma mucinoso	1	1.5	1.5	65.2
adenocarcinoma lobulillar infiltrante	4	6.1	6.1	71.2
carcinoma lobulillar infiltrante	13	19.7	19.7	90.9
Papilar	1	1.5	1.5	92.4
Mixto	2	3.0	3.0	95.5
Paget	1	1.5	1.5	97.0
Carcinoma indiferenciado	1	1.5	1.5	98.5
Nctfu	1	1.5	1.5	100.0
Total	66	100.0	100.0	

Tabla 8.- muestra las estirpes histológicas encontradas y el porcentaje y frecuencia que representan

## ESTIRPE



Grafica 8.- muestra el porcentaje que representan las distintas estirpes histológicas encontradas



## CIRUGIA

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Mrm	41	62.1	62.1	62.1
mrm - dra	20	30.3	30.3	92.4
tumorectomia	3	4.5	4.5	97.0
Cuadrantectomi a	2	3.0	3.0	100.0
Total	66	100.0	100.0	

## CIRUGIA

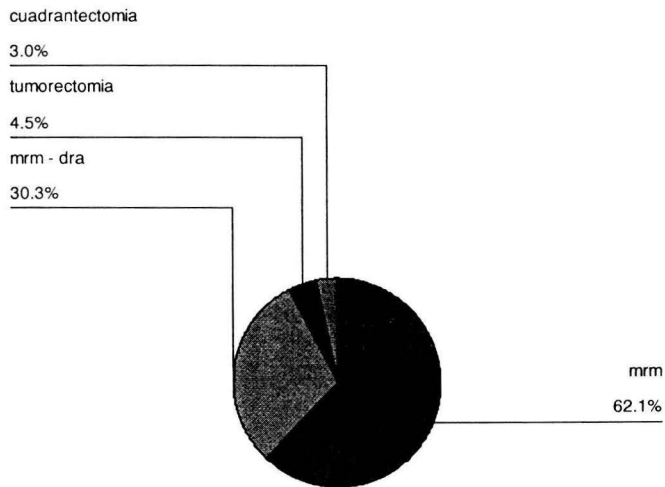


Tabla y grafica 9.- muestran el tipo de intervenciones realizadas con la frecuencia y porcentaje de las mismas

## GANGLIOS

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Si	31	47.0	47.0	47.0
No	35	53.0	53.0	100.0
Total	66	100.0	100.0	

## GANGLIOS

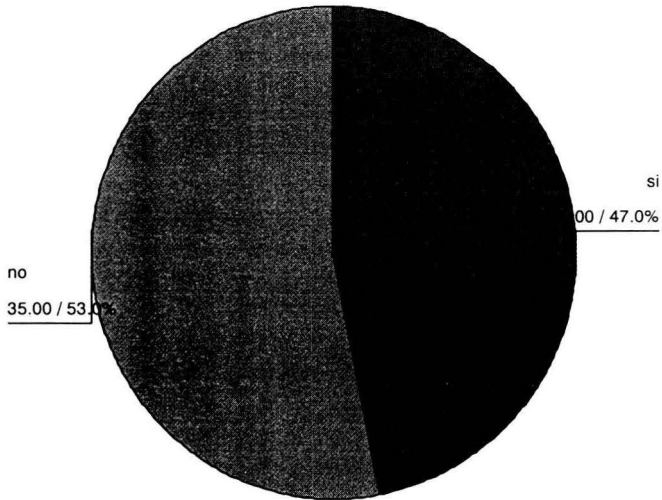


Tabla y grafica 10.- muestra en número de pacientes en que fueron encontrados ganglios positivos durante la cirugía

## QUIMIOTERAPIA

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
si	55	83.3	83.3	83.3
no	11	16.7	16.7	100.0
Total	66	100.0	100.0	

## QUIMIO

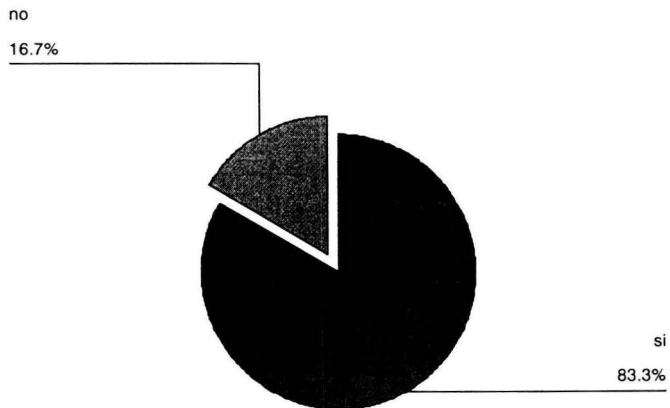


Tabla y grafica 11.- muestra en número y porcentaje de pacientes que recibieron quimioterapia como adyuvante

## RADIOTERAPIA

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
si	29	43.9	43.9	43.9
no	37	56.1	56.1	100.0
Total	66	100.0	100.0	

RT

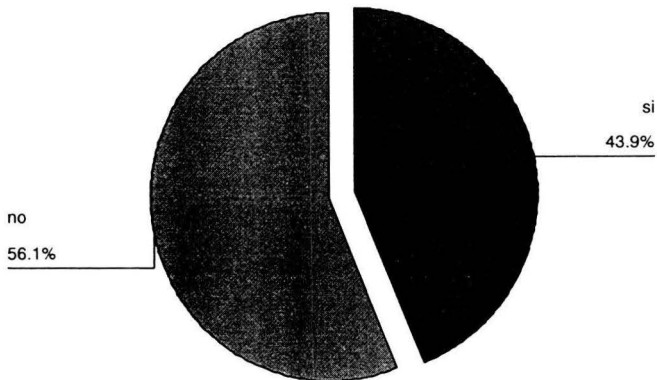


Tabla y grafica 12.- muestra el número y porcentaje de pacientes que recibieron radioterapia como adyuvante

## PACIENTE

	Frecuencia	%	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
vst	53	80.3	80.3	80.3
vct	2	3.0	3.0	83.3
mst	6	9.1	9.1	92.4
mct	5	7.6	7.6	100.0
Total	66	100.0	100.0	

## PACIENTE

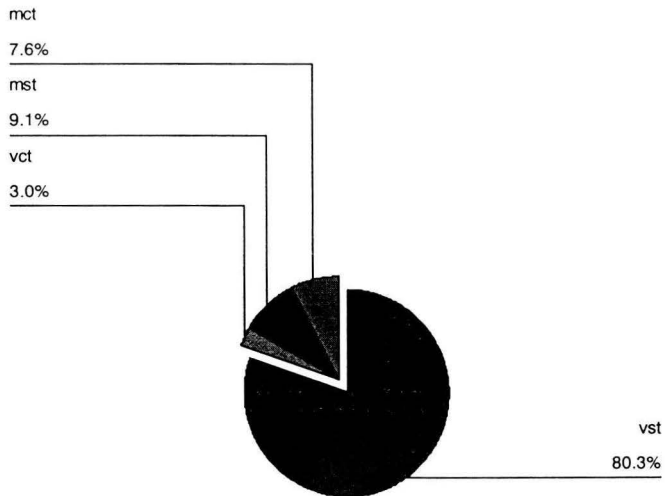


Tabla y grafica 13.- muestra a los pacientes detectados, si estos viven o no y si se encuentra o no presente el tumor

# **ANEXOS**

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD	26 A 30 AÑOS	31 A 35 AÑOS	36 A 40 AÑOS	41 A 45 AÑOS	46 A 49 AÑOS
EDO. CIVIL	S: C:	S: C:	S: C:	S C	S: C:
	SI: NO:	SI: NO:	SI: NO:	SI NO	SI: NO:
FECHA DE 1ª VEZ					
MENARCA					
GESTAS					
METODO PF					
ANTECEDENTES					
TAMANO					
MARCADORES					
ESTIRPE					
GANGLIOS +					
CIRUGIA					
QUIMIOTERAPIA					
RADIOTERAPIA					
VST					
MST					
VCT					
MCT					

## Referencias bibliográficas.-

- 1.-William L. Donegan, MD, John S.Spratt MD, *Cancer of the breast*, Estados Unidos, 4a ed, W.B. Saunders Company.
- 2.- Philip J Disaia M.D., William T. Creasman M.D., *Oncología Ginecológica Clínica*, España, 4a ed, Harcourt Brace.
- 3.- Kothari AS, Beechev Newman N, ***Breast Carcinoma in women age 25 years or less***, *Cancer*, febrero 2002. 94, (3), pp235-240
- 4.-Swanson CA, Coates RJ,, *Body size and breast cancer risk among women under age 45 years*, *American journal of epidemiology*, abril 1996, 43, (7), pp698-706
- 5.- G Marie Swanson Ph, D., Sandra Z Haslam, Ph.D., *Breast cancer among young African American women*, *Cancer* , enero 2003, 97,(1), pp273-279
- 6.- Philippe Bertheau, MD, Seth M. Steinberg, PhD, Maria J. Merino, MD, *C-erbB-2, p53 and nm23 gene Product expression in breast cancer in young women*, *Human Pathology*, abril 1998, 29 (4), pp323-329
- 7.- Rodriguez NA MD, Dillion D. MD, Carter D, MD, *Differences in the pathologic and Molecular Features of Intraductal Breast Carcinoma between older and younger Women*, *Cancer*, marzo 2003, 97 (6), 1393-1403.



- 8.- Shavers VL PhD, Harlan LC, PhD, Stevens LJ Bs, *Racial/Ethnic Variation in Clinical Presentation, Treatment, and Survival among Breast Cancer Patients under age 35*, *Cancer*, enero 2003; 97 (1), pp 134-147.
- 9.- Bernstein JL, Lapinski R, Lynch C, Holford T, *Factors influencing mortality among young women with second primary breast carcinoma*, *Cancer*, Noviembre 2002; 95 (10), 2051-2058
- 10.- Xiong Q MD, PhD, Valero V, MD, Kau SW, bsn, Theriault RL, MD, *Female patients with Breast Carcinoma age 30 years and younger have a poor Prognosis*, *Cancer*, noviembre 2001; 92 (10), pp 2523-2528
- 11.- Johnstone PA MD, Moore EM M.D., Carrillo R. M.D., *Yield of Mammography in selected Patients age  $\leq$  30 Years*, *Cancer* marzo 2001; 91(6), pp 1075-1078.
- 12.- Elshiekh A, Keramopoulos A, Lazaris D, Ambela C, Leuvrou N, *Breast tumors During Adolescence* , *European Journal of Gynaecologic Oncology*, 2000, 21(4), 408-410