



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11217
68
2 ej

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE LA MUJER, SSA.

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA
MUJER ESTUDIO RETROSPECTIVO.



TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título en la
Especialidad de:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P r e s e n t a :
DR JOEL HERNANDEZ PEREZ

Asesor: Dr. Alfonso de Jesús Martín Ordoñez

México, D. F.

1991

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOSPITAL DE LA MUJER
DEP. ENSEÑANZA MEDICA



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 está 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.

INDICE :

Página:

INTRODUCCION	1
I. Antecedentes Históricos	1
II. Generalidades sobre el carcinoma mamario ..	6
III. Reconstrucción de la glándula mamaria	16
OBJETIVOS	19
MATERIAL Y METODOS	20
RESULTADOS	22
DISCUSION Y COMENTARIOS	42
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUCCION .

I.- Antecedentes Históricos :

Es interesante e importante, conocer la historia del tratamiento quirúrgico del carcinoma mamario. La extirpación quirúrgica, es el más antiguo de los tratamientos. Fue descrita por Galeno y Celsius, antes de la era cristiana. (8).

En el siglo XIX, el tratamiento convencional era sólo la extirpación local del tumor y, a mediados del siglo, la mujer que desarrollaba la enfermedad, estaba condenada a morir a corto plazo. (9,16).

En 1867, Charles H. Moore, cirujano del Middlesex Hospital de Londres, preconizó la extirpación de la mama completa en todos los casos, ya que en esa época, se creía que las recurrencias postoperatorias se debían a la formación de un nuevo carcinoma. Moore, muy adelantado para su tiempo, enfatizó que las recurrencias se debían no a un nuevo cancer, sino a la extirpación incompleta del carcinoma primario original. Estableció que todo tejido adyacente a la mama esta tomado por la enfermedad (piel, ganglios, grasa y músculo pectoral) y había que removerlo.

Hister en 1870, respaldó a Moore y aconsejó seccionar ambos músculos pectorales, para facilitar una disección axilar completa. Otro cirujano inglés, Mitchell Banks en 1870, apoyó a Moore en el sentido de efectuar la resección completa de ganglios axilares junto con la mama, fueran o no palpables. (10).

En 1875, Volkmann en Alemania, practicó la remoción rutinaria de los ganglios pectoral, junto con la mama. (8).

El paso final en la evolución del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, ocurrió en 1852, cuando a los 30 años de edad, William W. Halsted, realizó la primera mastectomía radical en Nueva York. (16). El, reseca toda la mama, el pectoral mayor y todos los ganglios axilares, sacrificando toda la piel y tejido subcutáneo. Posteriormente, su técnica incluyó la resección de ambos músculos pectorales, aproximando sin tensión los colgajos de piel y cubriendo el defecto de la pared con un injerto cutáneo.

Para 1894, Halsted había efectuado 50 de estas mastectomías, publicando su experiencia en ese año, al mismo tiempo que Willy Meyer de Nueva York en 1894 también, publicó una operación similar, desarrollada en 1891.

Las operaciones de Halsted y Meyer, compartían el hecho de extirpar toda la mama con piel suprayacente, el pectoral mayor y el contenido axilar en una pieza. Sólo difieren en que Halsted reseca la mama y el músculo inicialmente, dejando la axila para el final; Meyer procedía a la inversa. Además Halsted extirpaba una gran cantidad de piel, utilizando injertos cutáneos para cerrar la herida, dividiendo simplemente el pectoral menor, mientras que Meyer cerraba la herida quirúrgicamente, extirpando menos piel y reseca el músculo pectoral menor. Posteriormente, cada uno modificó su incisión cutánea y Halsted adoptó la práctica de Meyer, de extirpar el músculo pectoral menor. (16).

Con el tiempo, los cirujanos han desarrollado una variedad de incisiones, como las modificaciones de Greenough, Stewart y Dodman. Gill en 1932, introdujo los catéteres de aspiración para la aproximación de los bordes cutáneos. (8,14).

La mastectomía radical, se adoptó con entusiasmo en E.U. e Inglaterra (Handley, Londres 1906). La operación resultó en una inmediata y dramática reducción de las recurrencias en la pared torácica. Sin embargo, se encuentran pocas evidencias de que éste logro se asociara a un aumento de la curación de la enfermedad, o alargamiento de la sobrevida; por el contrario, algunos cirujanos revisaron su experiencia, observando que las sobrevidas después de la operación de Halsted, fueron menores, a aquellas con operaciones menos amplias (Greenough 1907, Matas 1910). Estas experiencias, provocaron la tendencia de reservar la operación de Halsted para casos avanzados, e incluso, a casos que deberían haber sido considerados inoperables desde un principio. En aquella época, la clasificación del cáncer por estadios aún no se usaba, teniendo que pasar casi 80 años, antes de que la mastectomía radical estuviera sujeta al juicio imparcial de los ensayos clínicos.

En las décadas siguientes, el cáncer se diagnosticó más precozmente y se preconizó el uso selectivo de la operación. Haagensen, recomendó la cirugía radical solo para los casos curables, pero paradójicamente, aunque mejoraron los resultados, las tasas de mortalidad no disminuyeron (Smitters 1952). (8).

A partir de 1903, se agregó a la mastectomía, el uso de la irradiación, más, si los ganglios axilares eran metastásicos, o el tumor medía en la mama, por la tendencia a dar metástasis a los ganglios mamarios internos. Por lo anterior, algunos cirujanos ampliaron la resección clásica, para incluir la resección de ganglios mamarios internos (supermastectomía).

Margottini en Roma 1949, realizó por primera vez la disección ganglionar mamaria interna, al igual que Wagenstech. En

1951, Urban, Sugarbaker y otros en E.U., comenzaron a extirpar la cadena mamaria interna y su porción suprayacente de pared -- torácica en bloque con la pieza de mastectomía radical. Esta -- fue la versión más practicada de la operación ampliada. Urban -- encontró reducción de recurrencias en la pared torácica, sin em bargo la sobrevida global no mejoró y no se pudo demostrar ventaja sobre la operación clásica, sólo advirtiendo reducción de las recurrencias sobre el tórax, pero encontraron que la irra-- diación a los ganglios, tenía la misma efectividad (Donagan - 1970). (8).

La ~~m~~astectomía radical modificada, fue desarrollada por D. H. Patey, en el Middlesex Hospital de Londres en 1932, adoptada por Handley en 1936. Se reseca la mama, fascia pectoral y mú culo pectoral menor, con disección axilar completa. Los resulta dos parecieron comparables con la operación clásica (Patey 1967, Handley 1967), aunque no hubo estudios comparativos entre las -- dos cirugías.

Auchincloss y Madden (1963), realizaron otra versión de -- mastectomía radical modificada, difiriendo de la de Patey al no extirpar el pectoral menor y los ganglios del vértice axilar. La disección axilar es incompleta. La justificación es que la ex-- tirpación de los ganglios axilares altos, rara vez cura si hay metástasis en ellos. (8,34).

Actualmente, algunos cirujanos prefieren la operación de -- Patey y otros la de Auchincloss-Madden, pero hay que enfatizar que la disección axilar más amplia de la primera, debe minimi -- ar la recurrencia regional en ese lugar. Las dos cirugías se -- han hecho populares en el tratamiento del cáncer de mama temprano, no sólo por las ventajas estéticas, sino por que los resul-- tados son favorables comparados con las mastectomías radicales.

(8,34,36).

Como se ha visto, durante 8 décadas la mastectomía de Halsted, tuvo predominio notable. En su época, cambio la forma de pensar de los cirujanos y alcanzó gran aceptación al ver sus resultados a largo plazo. Si embargo en las últimas dos décadas, -a cambiado el criterio quirúrgico paulatinamente hacia un manejo más conservador. Con el advenimiento de la mastectomía radical modificada, combinada con otras modalidades adyuvantes de tratamiento (Radioterapia, Quimioterapia), se puede ofrecer otra perspectiva de esperanza para las pacientes afectadas de cáncer de mama, que es un padecimiento con evolución y pronóstico impredecible, que aún constituye un gran reto, puesto que -todavía se debaten los aspectos de manejo de una cirugía conservadora contra una radical.

En el Hospital de la Mujer, se ha sentido dicho cambio de conducta quirúrgica; aunque en nuestro medio, las pacientes suelen en estadios avanzados, cuando generalmente ya hay compromiso linfático axilar, o incluso después de haberse sometido a -tratamientos quirúrgicos parciales.

Se ha notado que de 1988 a la fecha, se han efectuado en -su mayoría mastectomías radicales modificadas, y éste es un aspecto que hay que enfatizar en el presente trabajo. Así mismo -se mencionarán algunos aspectos generales sobre cáncer mamario, de ninguna manera con la amplitud que esta patología merece, ya que se trata de un trabajo descriptivo de la casuística sobre -mastectomía radical en el hospital de la Mujer, en los últimos 5 años.

II.- Generalidades sobre el carcinoma mamario :

El cáncer mamario ha sido un tema apasionante, ya que desde que se realizaron las primeras cirugías radicales hasta la fecha, aún se sigue debatiendo sobre el tratamiento quirúrgico. Actualmente, existe la tendencia hacia el tratamiento conservador, complementado con otros tratamientos como la radio y quimioterapia, así como la hormonoterapia.

El cáncer mamario, ocupa el segundo lugar en frecuencia en México, después del carcinoma cervicouterino (36), siendo en los E.U., la principal causa de muerte en la mujer de 40 a 45 años, y una de las más importantes en mujeres de 30 años en adelante. (34).

Predominantemente se localiza en la mama derecha, en el cuadrante superoexterno en 50%, retroareolar en 20% y un 10% en los demás cuadrantes. Su máxima incidencia es en la perimenopausia, siendo los factores de riesgo: la edad avanzada (más de 50 años), menarca precoz, menopausia tardía, primer parto después de los 20 años, antecedentes familiares de cáncer mamario, antecedente de cáncer en la mama opuesta, antecedentes de enfermedad fibroquística, cáncer de endometrio, de ovario, obesidad, nuliparidad, esterilidad por fase lútea insuficiente, cáncer de mama primario antes de los 40 años, etc.. Además, existen otros factores que aún están en controversia, como la ausencia de lactación, administración de hormonas exógenas como anticonceptivos o uso de hormonales en postmenopáusicas y los padecimientos que cursan con hipogonadismo. Además debe mencionarse que han sido implicados también como factores etiológicos el alcoholismo y la ingestión de grasas. (3,16,29,36).

Respecto a la clasificación del Cáncer de Mama, se conocen 3 clasificaciones: Sistema Manchester, Clasificación de Columbia y el Sistema TNM, (que significa Tumor, Ganglios linfáticos y Metástasis respectivamente), que es el más aceptado (OMS) y el más práctico, por lo que se mencionará en forma completa.

Tumor primario (T):

T1 : Tumor menor o igual a 2 cm.

- a) Tumor menor o igual a 0.5 cm
- b) Tumor de 0.5 a 1 cm
- c) Tumor de 1 a 2 cm

T2 : Tumor de 2 a 5 cm .

T3 : Tumor mayor de 5 cm.

T4 : Cualquier T, con extensión a pared torácica o piel.

- a) Pared torácica (costillas, músculos intercostales y serratos, no músculo pectoral).
- b) Piel de naranja, nódulos satélites.
- c) Pared torácica y piel (ambas).
- d) Carcinoma inflamatorio.

Ganglios linfáticos (N):

N1 : Metástasis a ganglios axilares ipsilaterales, móviles.

N2 : Metástasis a ganglios axilares ipsilaterales, fijos a estructuras adyacentes, o en conglomerado.

N3 : Metástasis a ganglios de cadena mamaria interna ipsilateral.

Metástasis (M) :

M1 : Metástasis a distancia
A ganglios supraclaviculares.

ETAPAS CLINICAS : (TNM)

Etapa I : T1, NO, MO .

Etapa II A : T0, N1, MO
 T1, N1, MO
 T2, NO, MO

Etapa II B : T2, N1, MO
 T3, NO, MO

Etapa III A: T0, N2, MO
 T1, N2, MO
 T2, N2, MO
 T3, N1-2, MO

Etapa III B: T4, cualquier N, MO
 Cualquier T, N3, MO

Etapa IV : Cualquier T, cualquier N, M1 .

En cuanto a la clasificación histopatológica del cáncer -
 mamario, se expondrá la clasificación de la OMS (1982) :

Carcinomas no invasores :

- Carcinoma intracanalicular
- Carcinoma lobulillar in situ

Carcinomas invasores :

- Carcinoma canalicular invasor
- Carcinoma canalicular invasor con predominio del
 componente intracanalicular
- Carcinoma lobulillar invasor
- Carcinoma mucinoso
- Carcinoma papilar
- Carcinoma medular

- Carcinoma tubular
- Carcinoma adenoidesquístico
- Carcinoma secretor(juvenil)
- Carcinoma apócrino
- Carcinoma con metaplasia:

- Tipo escamoso
- Tipo fusocelular
- Tipo osteocartilaginoso
- Tipos mixtos

-Otros:

- Carcinoma liposecretor
- Carcinoma de células pequeñas
- Carcinoma de células en anillo de sello.

Enfermedad de Paget del pezón :

- Asociada a carcinoma intracanalicular
- Asociada a carcinoma invasor.

Se conocen otras clasificaciones, las cuales pueden variar según el ángulo de enfoque, o la utilidad que se les quiera conferir. Entre otras tenemos a la clasificación de Azzopardi -- (1979), que incluye entidades de histogénesis e histología contrvertida.

El carcinoma más frecuente es el intracanalicular infiltrante (75%), en este se encuentra aumentado el estroma de tejido conectivo denso, ocurre como nódulos circunscritos de consistencia retrea, de 2 a 5 cm de diámetro, con tendencia a infiltrar y adherirse a la piel, a pezón o a pared torácica. Tiende a la retracción y a la invasión vascular y neural.(8,15,16,34).

Respecto al cuadro clínico, el cáncer mamario suele describirse como una masa indolora, de dureza pétreo, límites imprecisos, superficie irregular, generalmente unilateral. En estadíos avanzados, hay metástasis en las zonas linfoportadoras, - con ganglios de consistencia pétreo, fijos a planos profundos o piel, con tendencia a la conglomeración e indoloros. El cáncer intracanalicular, puede sospecharse por salida de secreción por el pezón unilateral, serohemática u oscura. (3,8,16,34,36).

El diagnóstico se efectúa por anamnesis y exploración física, efectuándose estudios básicos de laboratorio, rayos X de tórax, auxiliándose en forma importante por la mastografía, serie ósea metastásica, etc.. Otros estudios menos usuales son: Xeromastografía, Tomografía, USG, Galactografía, Transiluminación, - Resonancia magnética, Nuclear, etc.. También se emplean la Citología (Papanicolaou) y el análisis de receptores hormonales (no usado en nuestro medio). (3,8,9,12,16,34,35).

El método diagnóstico más importante es la Biopsia, habiendo 2 tipos: Abierta y cerrada. (3,9,12,16,25,34,36).

- Biopsia abierta: Incisional, Excisional, Tumorectomía.
- Biopsia cerrada: Aspiración de quistes, aspiración para citología, biopsia en sacabocado, etc.

En cuanto al tratamiento del cáncer de mama:

La cirugía es el tratamiento primario e inicial de casi todas las mujeres con cáncer mamario y en etapas no avanzadas. Es conveniente que el cirujano ponga todo su cuidado en la vigilancia del curso clínico de sus pacientes durante toda la vida. - Hay que recordar la teoría de que el cáncer de mama es considerado como una enfermedad sistémica. (4,12,16,18,19,20,21,22,35).

Mastectomía : La decisión respecto a la extensión de la cirugía, depende de la variedad histológica del tumor, la edad de la paciente y de la extensión de la enfermedad estimada por la clasificación por estadios clínicos. Es importante la resección completa de la tumoración junto con la glándula mamaria, los músculos subyacentes y la linfadenectomía axilar; sin embargo, en etapas iniciales y de acuerdo a otros factores, como la edad de la paciente, personalidad de la misma, aspectos psicossociales, etc., es pertinente realizar tratamientos quirúrgicos más conservadores. (3,8,12,16,18,23,26,34,36).

Los principales procedimientos quirúrgicos son:

- 1.- **Tumorectomía amplia:** Extirpación total del tumor, con abundante tejido sano alrededor del mismo.
- 2.- **Mastectomía simple:** Extirpación de toda la glándula mamaria, así como la fascia superficial del músculo pectoral mayor.
- 3.- **Mastectomía radical standard (clásica o de Halsted):** Extirpa la glándula mamaria en bloque, ambos músculos pectorales con linfadenectomía axilar y subescapular, incluyendo el tercio superior de la hoja anterior del músculo recto anterior del abdomen.
- 4.- **Mastectomía radical modificada, de Patey:** Incluye las estructuras mencionadas para la mastectomía radical, pero conserva el músculo pectoral mayor; actualmente es la más usual.

Otra mastectomía radical modificada, es la de tipo Madden, que consiste en conservar el músculo pectoral menor y evita la disección alta de la axila.

- 5.- **Mastectomía radical ampliada o supermastectomía:** Incluye la extirpación del 2o., 3o., 4o. y 5o. cartílagos costales, así como los vasos mamarios internos en bloque (con ganglios mama -

rios internos), junto con la pieza operatoria de mastectomía radical. (3,12,18,23,24,26,31,34,36).

Otras modalidades de tratamiento que complementan a la cirugía son: Radioterapia, Quimioterapia y Hormonoterapia.

Se puede decir que en la actualidad, la mastectomía radical modificada es el tratamiento más conveniente, en casi todas las mujeres con cáncer invasor. Entre las excepciones están las que tienen tumores profundos, junto a la fascia pectoral, en quienes la operación más conveniente es la mastectomía radical clásica. Es necesario diferenciar a las mujeres con metástasis axilares de las que no las tienen, también a las postmenopáusicas de las menstruantes, así como de las que poseen receptores hormonales positivos de las que no los tienen.

Cuando la pieza quirúrgica se reportan ganglios metastásicos axilares, la paciente debe recibir manejo sistémico, ya sea con quimioterapia u Hormonoterapia, dependiendo del número de ganglios metastásicos, la edad de la paciente, receptores hormonales, etc..(7,9,25,26,32,34).

En lo referente al tratamiento conservador, hay que enfatizar que su empleo depende del estado emocional y personalidad de la paciente y del deseo imperioso de conservar la glándula mamaria, aceptando la Radioterapia posteriormente como tratamiento complementario. La decisión médica, dependerá del tamaño y características del tumor, del tamaño de la mama, la localización del tumor primario y el estado de los ganglios axilares. Por lo anterior, los criterios de selección para el tratamiento conservador son básicamente: Tumor único, menor de 2 cm, ganglios axilares negativos, que haya pocos factores de alto riesgo, ausencia de embarazo, no enfermedad de Taret, etc..(12,26).

Los criterios que impiden el tratamiento conservador son: lesión mayor de 5 cm (T3), N2 (ganglios metastásicos, clínicamente múltiples y fijos), lesiones múltiples (satélites), tumor central, glándula mamaria de gran tamaño, múltiples factores de riesgo, temor a la Radioterapia, etc..(12,26).

De lo anterior, se comprende que los tumores multicéntricos requieren de una resección amplia. Igualmente, la adenopatía axilar sospechosa de metástasis, contraindica el tratamiento conservador. Se considera que para información pronóstica, basta la extirpación baja de la axila, que incluye ganglios del nivel I (fuera del pectoral menor) y nivel II (detrás del pectoral menor), no del nivel III (vértice axilar). Al efectuar la linfadenectomía axilar, se tiene la esperanza de que uno o cuantos ganglios axilares, sean el único sitio de diseminación del tumor más allá de la mama, y que el extirparlo contribuya a la curación. (12,26).

El motivo del tratamiento conservador es estético y puede ser la tumorectomía con borde de extensión variable, o bien, la resección de hasta 25% de la mama. En la cuadrantectomía se extirpa el tumor con un margen mínimo de 3 cm a su alrededor, junto con la disección axilar y radioterapia del tejido residual. (12,26,35,19,20).

En cuanto al tratamiento complementario del cáncer mamario, se puede decir que en los últimos 75 años con la mastectomía radical y las diversas y recientes modificaciones de la misma, que menos del 50% de las mujeres tratadas por lesiones aparentemente curables, vivirán al cabo de 10 años. Esta propensión a la diseminación temprana, ha agregado complementos para el trata--

miento del tumor primario, con la esperanza de modificar la potencial enfermedad metastásica. Se han empleado 3 tipos de tratamiento complementario: Radioterapia, Quimioterapia y Hormonoterapia. (6,12,26,34,36).

Resumiendo el tratamiento con quimioterapia, ésta se indica al haber ganglios axilares positivos, un tumor muy agresivo o receptores hormonales negativos. Cuando hay menos de 4 ganglios metastásicos, se administra Ciclofosfamida, Methotrexate y 5-Fluorouracilo (5 FU). Con más de 4 ganglios metastásicos, se agrega a los ya mencionados la Vincristina y Adriamicina. Con fines paliativos, se administran la Ciclofosfamida, Methotrexate y 5FU, o bien 5FU, Adriamicina y Ciclofosfamida. En caso de un tumor muy agresivo o con receptores estrogénicos negativos, se administra también Ciclofosfamida, Methotrexate y 5FU.

El objetivo del empleo de Citotóxicos después del tratamiento primario, es el de erradicar metástasis ocultas, si existen. (6,12,26,34,36). Los diferentes esquemas se emplean de una forma variada en los principales Centros Oncológicos, y su indicación depende de múltiples factores, sobre todo en lo que se refiere al número de ganglios metastásicos.

En cuanto a la radioterapia, esta es eficaz para tratar las recidivas locales en la pared torácica y las metástasis ganglionares o esqueléticas dolorosas. El tumor solitario recurrente local, se puede tratar con radioterapia, obteniéndose en algunos casos buenos resultados.

Las metástasis óseas, pueden tratarse con varias sesiones de radioterapia. Frecuentemente una sola dosis de 1800 a 2000 rads en 3 a 5 días, logra rápido alivio del dolor, estabiliza -

ción del hueso lesionado, sobre todo en la columna, costillas, huesos largos, etc., previniendo fracturas patológicas.

En la radioterapia complementaria al tratamiento quirúrgico de la mama, se administran 4000 a 5000 Rads por 4 a 5 semanas. En caso de haber ganglios positivos, se combina con la quimioterapia. (2,8,9,10,34,36).

La hormonoterapia, puede ser ablativa o aditiva. La ablativa consiste en la ooforectomía, adrenalectomía o hipofisectomía, las dos últimas en desuso. Este tratamiento se basa en que si el tumor tiene dependencia hormonal, puede controlarse con éste. Mediante la ooforectomía se obtienen buenos resultados en algunas pacientes con receptores estrogénicos positivos en el tumor. La hormonoterapia aditiva, utiliza medicamentos como el Tamoxifén, antiestrógeno cuyo mecanismo de acción consiste en bloquear los receptores de estrógenos, de tal forma que la hormona no pueda unirse a ellos (competencia). El Tamoxifén se ha usado más bien en postmenopáusicas y es un eficaz tratamiento en algunas pacientes con enfermedad diseminada. Se ha visto que el Tamoxifén es eficaz en pacientes con cáncer mamario avanzado, pero por el efecto estimulante en la función ovárica, habrá que efectuar ooforectomía en las premenopáusicas. Por ello, la principal indicación es en pacientes mayores de 50 años, a dosis de 20 mg al día, habiendo remisiones de 6 a 12 meses. Pueden obtenerse mejor resultados si se asocia a progesterona (MAP) o a quimioterapia.

La progesterona actúa inhibiendo la unión de ésta hormona a sus receptores y, además disminuye la transformación de andrógenos a estrógenos. (12,26,36).

El empleo de la hormonoterapia, implica la determinación -

de receptores hormonales en el tumor. Estos se detectan por técnicas histoquímicas complejas. Los tumores con receptores positivos, se asocian a un crecimiento lento, susceptible de control hormonal. El fracaso de la hormonoterapia, se asocia con receptores no funcionales y, por lo contrario, se sabe que hasta 60% de las pacientes con receptores estrogénicos positivos, responden a la hormonoterapia. (8,12,26,36).

En cuanto a la generalidades pronósticas, la sobrevida a 5 años del cáncer de mama en conjunto es del 50%, el 25% son inoperables al momento del diagnóstico. La sobrevida promedio a los 5 años es del 50%. Si no hay ganglios afectados, la sobrevida a 5 años, es del 84% y a 10 años es del 62%. Si en 5 años no hay evidencia de reaparición de la enfermedad, la sobrevida aumenta al 80% para los próximos 5 años.

Según el tipo histológico del tumor, la sobrevida a 5 años es: Para el carcinoma canalicular infiltrante (el más frecuente): 29%, para el carcinoma medular: 58% y para el carcinoma lobulillar infiltrante: 34%. (26,34).

III.- Reconstrucción de la glándula mamaria :

Es posible en algunas pacientes y de acuerdo al tipo de cirugía efectuada y la etapa clínica del padecimiento, llevar a cabo aceptables reconstrucciones mamarias. Para esto el cirujano oncólogo y el cirujano plástico, deben trabajar conjuntamente. (5,12,27,28).

La reconstrucción, puede iniciarse al momento de la mastectomía o varios meses después. Participan factores como la edad de la paciente, el contorno e integridad de la piel de la pared torácica y, la radioterapia, si se emplea, ya que ésta modifica

rá la tolerancia de la operación por la paciente, alterando la cicatrización de la herida. Se debe informar a la paciente de - las limitaciones del procedimiento, que además de reconstruir - el muñón mamario, se reconstruirá el complejo pezón-areola. (12).

Debe recalarse que la reconstrucción no influye en cuanto a la recurrencia del cáncer, local o sistémica, tampoco impide ningún tratamiento subsecuente.

Las técnicas utilizadas actualmente para reconstrucción - mamaria son las siguientes: (1,11,12,13,14,22,26,27,28,30,33).

- 1.- Empleo de prótesis mamaria de aumento.
- 2.- Expansión tisular, con colocación posterior de prótesis.
- 3.- Reconstrucción por colgajo musculocutáneo del músculo dorsal ancho y del músculo recto anterior del abdomen.
- 4.- Reconstrucción del complejo pezón-areola.

La prótesis mamaria, se emplea colocando un implante de si licón en un receptáculo creado detrás de la piel y el músculo - pectoral mayor o entre ambos.

La expansión tisular, se usa cuando la piel residual y el músculo de la pared torácica son muy rígidos para permitir la - colocación de la prótesis. Se coloca el expansor del tejido en la zona designada para la reconstrucción. El expansor (implante de silicón en forma de globo) se llena poco a poco con solución salina. La duración del procedimiento expansor, depende del volumen final deseado, la calidad del tejido a expandir y la reacción del tejido a la expansión. Puede requerir varios meses. Lo grado lo anterior, se retira el expansor y se coloca una próte- sis de menor dimensión, que permite utilizar el exceso de piel en la reconstrucción de un pliegue inframamario y un grado de - tosis mamaria, comparable al de la mama contralateral.

A veces el defecto en la pared torácica, no permite la colocación de prótesis. Aquí se emplearían los colgajos musculocutáneos del dorsal ancho y recto anterior del abdomen, que son los más usuales.

El colgajo del dorsal ancho: El músculo y piel se elevan en bloque. Se extirpa la cicatriz mamaria deformante, se rota el colgajo hacia adelante desde el dorso, a través de un conducto subcutáneo. Como el colgajo es delgado, se coloca una prótesis detrás del mismo para formar el muñón mamario. Así el dorsal ancho simula al pectoral mayor, y la piel adicional le da contorno a la reconstrucción. El sitio donador del dorso, se cierra primariamente.

El colgajo del recto anterior del abdomen, es diseñado transversalmente debajo de la cicatriz umbilical. Se eleva en continuidad con el músculo recto subyacente (la arteria epigástrica forma su pedículo). Se extirpa la cicatriz deformante, se moldea el colgajo y se modifica para ajustarse a las necesidades de reconstrucción. El sitio donador se cierra primariamente.

Reconstrucción pezón-areola: Ya reconstruida la mama, con tamaño y contorno armónicos con la mama opuesta, debe reconstruirse el complejo pezón-areola para concluir. Este es un procedimiento independiente con varias técnicas de realización: uso de injertos de cartílago auricular, de primer orjejo, etc.. Uno de los métodos más utilizados actualmente, es el injerto de piel de vulva o muslo. Pueden emplearse tatuaje para obtener el color más parecido al de la mama contralateral. (1,5,11,12, 13,26,27,28,32).

OBJETIVOS :**I.- PRIMARIOS.**

- 1.- Conocer la casuística del Hospital de la Mujer en 5 años, en la práctica de Mastectomía Radical.
- 2.- Analizar la disminución estadísticamente significativa de la realización de Mastectomías Radicales Standard en el mismo lapso, en contraparte con el aumento en la práctica de Mastectomías Radicales Modificadas.

II.- SEGUNDARIOS.

- 1.- Conocer las complicaciones que se presentaron en el --trans y postoperatorio.
- 2.- Conocer el tipo histológico de las piezas quirúrgicas obtenidas.
- 3.- Conocer el estado actual de las pacientes y el número de pacientes que abandonaron su control postoperatorio.
- 4.- Conocer la sobrevida a cinco, cuatro, tres, dos y un años, así como también comparar la sobrevida de la Mastectomía Clásica con la de la Mastectomía de Patey, para el Estadio II del carcinoma mamario.
- 5.- Conocer los casos en los que difirió el resultado de la biopsia transoperatoria, con el reporte histopatológico definitivo de la pieza de Mastectomía .

MATERIAL Y METODOS :

Se revisaron 38 expedientes, de pacientes que fueron sometidas a Mastectomía Radical, en el período que comprende del 1 de Enero de 1986 al 31 de Diciembre de 1990, en el Hospital de la - Mujer, SSA.

En esta casuística de 5 años, se tomaron como criterios de inclusión los siguientes:

- 1.- Toda paciente sometida a Mastectomía Radical, ya fuera Standard o Modificada.
- 2.- Asimismo, toda paciente con diagnóstico de padecimiento mamario maligno.
- 3.- Todos los casos operados sin tomar en cuenta su Etapa Clínica, o bien si ya había recibido tratamiento quirúrgico previo en otra Institución.

Como criterios de exclusión, se tomaron los siguientes:

- 1.- Toda paciente con cirugía parcial o segmentaria de la mama: Cuadrantectomías, Tumorectomías o Mastectomías Simples, aunque - hubieran incluido la disección axilar en el procedimiento.
- 2.- Pacientes con cirugía no radical, que fueron sometidas a Quimioterapia, Radioterapia o cualquier otro tratamiento complementario para el cáncer mamario.

Se recabaron los siguientes datos:

Número de pacientes operadas, tipo de Mastectomía Radical - (Standard o Modificada), indicaciones de la cirugía, edad de las pacientes, edad de la menarquia y de la menopausia, sitio de la patología mamaria (mama derecha o izquierda), localización por - cuadrantes de la misma, presencia de dolor al momento del diag--

nóstico, número de embarazos y si hubo o no lactancia, Etapa Clínica al momento del diagnóstico; en todos los casos, el reporte histopatológico de las piezas quirúrgicas, incluyendo el estudio ganglionar axilar; también se mencionarán los casos en los que -diferió el reporte de la biopsia transoperatoria con el diagnóstico definitivo de la pieza quirúrgica; se mencionarán las complicaciones trans y postoperatorias, los días de estancia hospitalaria, el número de pacientes que recibieron consulta psiquiátrica, los tratamientos complementarios o adyuvantes, las pacientes con metástasis detectadas por cualquier método de gabinete y el seguimiento de todas las pacientes a cinco años, para evaluar el índice de sobrevida con las dos técnicas que se mencionaron.

RESULTADOS :

En los cinco años, se operaron un total de 38 pacientes de Mastectomía Radical, de las cuales 12 correspondieron a Mastectomías Radicales Standard, o sea un 32% de los casos. El resto fueron Mastectomías Radicales Modificadas de Patey, siendo en número de 26, lo que corresponde a un 68% (Tabla I).

Con respecto al diagnóstico final de los casos de Mastectomía Radical, se encontró carcinoma en 36 casos (95%), los dos casos restantes (5%), fueron un caso de Mastopatía Fibroquistica y otro por Tumor Phylloides benigno (Gráfica I).

En cuanto a las edades, predominaron las pacientes que se encontraban en la 5a. y 6a. década de la vida con 11 y 12 pacientes respectivamente para un 29 y 31%. (Ver Gráfica II).

La presentación de la menarca, se presentó en un rango de 11 a 16 años de edad, predominando la edad de 14 años con 14 casos para un 37% (Ver Tabla II).

En relación con la menopausia, predominó el grupo de postmenopáusicas con 17 pacientes (45%), siguiendo las pacientes aún menstruantes con 13 casos (34%), finalmente las pacientes con menopausia quirúrgica fueron ocho, para un 21% (Tabla III).

La localización predominante de Mastectomía, correspondió a la mama izquierda con 22 pacientes (58%), mientras que en la mama derecha, se presentó en 16 pacientes (42%) (Tabla IV).

Respecto a la localización por cuadrantes de la tumoración, predominó el cuadrante superoexterno con 19 pacientes (50%); en seguida el superointerno y el inferoexterno con cinco casos cada uno, representando el 13%. El cuadrante inferointerno fue el menos frecuente ya que se encontró en dos pacientes (5%). La lo

calización retroareolar ocurrió en tres casos (8%), finalmente - hubo cuatro pacientes en las que el tumor ocupó toda la mama, correspondiendo a un 11% (Tabla V).

Las pacientes que presentaron dolor al momento del diagnóstico fueron 24 (63%), 14 pacientes no lo manifestaron (37%).

En cuanto al número de gestaciones, predominaron las multigestas (pacientes con más de cuatro embarazos) con 20 pacientes, para un 53%; posteriormente las nuligestas con ocho pacientes, - de las cuales cinco fueron núbiles, para un 21%; las primigestas fueron cinco (13%), trigestas y secundigestas con tres y dos casos respectivamente (8 y 5%) (Tabla VI).

Se encontró a 27 pacientes con lactancia positiva (71%), -- las pacientes con lactancia negativa fueron 11 (29%) (Tabla VII)

En cuanto al tamaño de la tumoración mamaria, en 27 pacientes el tumor midió entre dos y cinco centímetros (T2), correspondiendo a un 71%; en dos pacientes, el tumor midió menos de dos centímetros (5%). Los tumores mayores de cinco centímetros, representaron el 24% (9casos), de éstos, en cuatro pacientes el tumor ocupó toda la mama (Tabla VIII).

Por lo que respecta a la estirpe histológica de las piezas de Mastectomía, predominó el Carcinoma Canalicular Infiltrante - con 26 casos, para un 74%; después el Carcinoma Fedular en cuatro pacientes (11%); el Tumor Phylloides Maligno se presentó en dos pacientes (5%), otra paciente presentó Tumor Phylloides Benigno (2.5%), otra Carcinoma Lobular Invasor (2.5%), en una más Histiocitoma Fibroso Maligno (2.5%) y una paciente se operó con Mastopatía Fibroquistica, para un 2.5% también. (Gráfica III).

Se reportó permeación vascular linfática en 7 pacientes -- (19%), no siendo reportada en 29 casos (81%). La presencia de -

ganglios metastásicos en cualquiera de los tres niveles ganglionares se reportó en 21 casos, o sea 56%; de éstos, 16 pacientes tuvieron más de cuatro ganglios positivos y cinco pacientes menos de cuatro ganglios. En 15 pacientes (42%) no se encontraron ganglios metastásicos (Tabla IX).

Referente al tratamiento adyuvante o complementario, 23 casos se sometieron a Radioterapia (64%), de los cuales cinco casos fueron sometidos a Radioterapia pre y postoperatoria.

Se sometieron a Quimioterapia 16 casos (44%); a Hormonoterapia fueron sometidas 14 pacientes (39%), de las cuales 13 casos fueron tratados con Tamoxifén y un caso más asociado a Medroxi--nrogesterona (Tabla X).

En cuanto a las complicaciones transoperatorias y postoperatorias inmediatas, se presentaron tres casos con paro cardiorrespiratorio reversible en el transoperatorio (8%) y el postoperatorio inmediato se vió complicado en una paciente, que presentó paro cardiorrespiratorio reversible (2.5%). Otra paciente presentó necrosis de herida quirúrgica (2.5%) y en dos casos edema de miembro superior (5%).

Por lo que respecta al control de los pacientes en la consulta externa, acuden a control actualmente 25 pacientes (66%), de los cuales 14 son para control semestral y 11 para control trimestral o mensual. Las pacientes que abandonaron su control fueron 8 (21%), de las cuales tres pacientes abandonaron a los tres meses de operadas, dos a los cuatro meses y una a los siete meses. Un caso se perdió a los dos años y otro a los tres años de operada. Una paciente fue dada de alta con pronóstico fatal a corto plazo (Tabla XI). Cuatro pacientes fueron referidas a otra Institución (IMSS) de la cual eran derechohabientes (11%).

Respecto a los días de estancia hospitalaria, ésta varió entre seis y once días; el grupo de pacientes que permaneció de seis a ocho días fue el que predominó con 28 casos para un 74%, - un segundo grupo de pacientes permaneció de 9 a 11 días y fue de 10 pacientes (26%).

Sólo cuatro pacientes recibieron consulta psiquiátrica post operatoria (11%).

Los casos de metástasis detectados por Rayos X y USG fueron tres casos de metástasis pulmonares (8%), detectados por Rayos X y un caso de metástasis hepática detectado por USG (2.5%).

Se reportó un caso de segundo primario maligno mamario (cáncer de la mama contralateral), (2.5%), en una paciente operada - cuatro años antes de Mastectomía Radical izquierda. Dicha paciente, fue dada de alta con pronóstico fatal a corto plazo, presentaba metástasis hepática.

Con respecto a las recurrencias: Se reportó una paciente a la que tres meses después de Mastectomía Radical izquierda tipo Patey, por Tumor Phylloides Atípico, presentó un nuevo tumor de siete centímetros en músculo pectoral mayor, efectuándose tumor--rectomía y resección de músculos pectorales; posteriormente fue reportado como Histiocitoma Fibroso Maligno. La paciente no regresó después de siete meses de control.

Se efectuó cirugía postradioterapia en tres pacientes (3%):

Un caso de cáncer de mama derecha IIB, que inicialmente se trató con Radioterapia y después con Mastectomía Radical Modificada más Quimioterapia y Tamoxifén.

Hubo dos casos de Mastectomías Radicales, en las que se - diagnosticó patología benigna en la pieza quirúrgica, después del diagnóstico inicial de malignidad: En un caso Tumor Phylloides benigno (2.5%) y el otro Mastopatía Fibroquistica (2.5%).

Etapas Clínicas : Predominó con 22 casos (61%) la Etapa II, luego la Etapa III con ocho pacientes (22%), con sólo tres pacientes la Etapa IV (8%) y la Etapa I con una paciente (3%). Dos casos fueron no clasificables (6%) por tratamiento previo (Gráfica IV).

Respecto al porcentaje de sobrevividos, en el que se excluyeron los casos benignos, se encontró que a cinco años, la supervivencia global fue de 50% (2 casos); en Etapa II y III sobrevive un caso para cada una, ambos son controlados en la consulta externa actualmente, los dos casos restantes se perdieron (50%).

La supervivencia a cuatro años de un total de 10 casos es de 50%, de los cuales actualmente se controla un caso en Etapa I (10%) y cuatro casos en Etapa II (40%), el resto de los casos se perdieron (50%).

La supervivencia a tres años de nueve casos, es de 78%, ya que acude una paciente en Etapa II (67%) y un caso en Etapa no clasificable (11%).

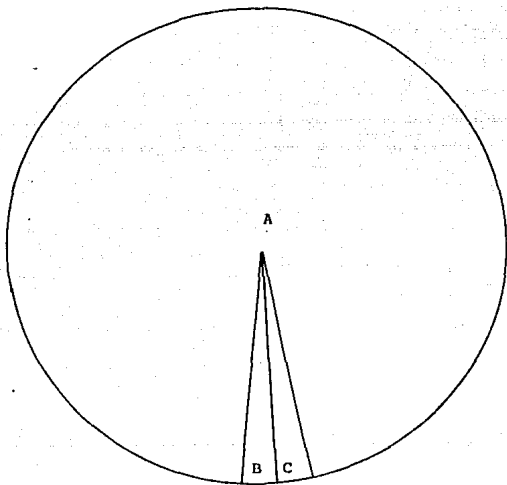
La supervivencia a dos años para cuatro casos es de 50%, ya que acude a consulta una paciente de Etapa II (25%) y una de Etapa III (25%).

La supervivencia a un año para nueve casos es de 88%, pues se controlan actualmente cuatro pacientes operadas en etapas II, para un 44%, así como tres pacientes de Etapa III (33%), una paciente de Etapa IV (11%) y se excluye una paciente operada por padecimiento benigno, habiendo una paciente perdida (11%) (Tablas XII y XIII).

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.
ESTUDIO RETROSPECTIVO.

GRAFICA I .

DIAGNOSTICO FINAL DE LA MASTECTOMIA RADICAL .



A: CANCER DE MAMA: 36 MASTECTOMIAS (95%)

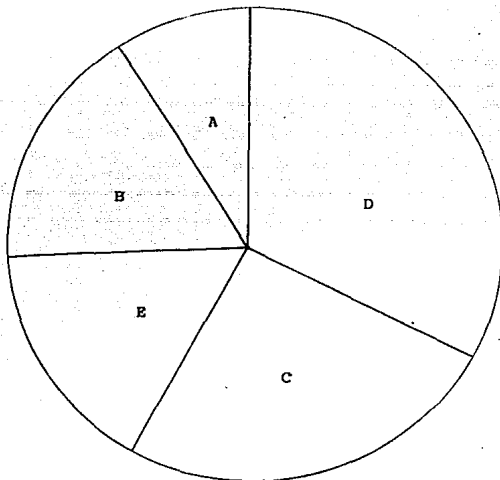
B: MASTOPATIA FIBROQUISTICA: 1 MASTECTOMIA (2.5%)

C: TUMOR PHYLLOIDES BENIGNO: 1 MASTECTOMIA (2.5%).

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.
ESTUDIO RETROSPECTIVO.

GRAFICA II.

GRUPOS ETAREOS DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS.

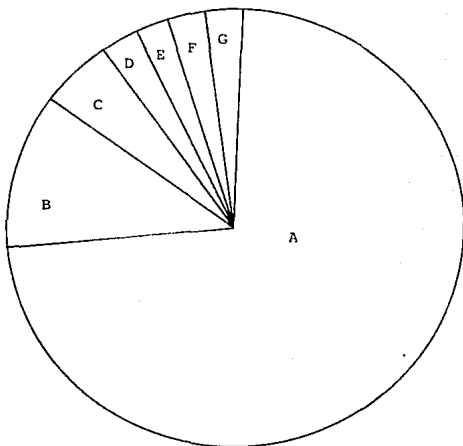


A: MENOS DE 30 ANOS: 3 CASOS (8%)
B: DE 31 A 40 ANOS: 6 CASOS (16%)
C: DE 41 A 50 ANOS: 11 CASOS (29%)
D: DE 51 A 60 ANOS: 12 CASOS (31%)
E: MAS DE 61 ANOS: 6 CASOS (16%)

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

GRAFICA III .

ESTIRPE HISTOLOGICA DE LAS PIEZAS DE MASTECTOMIA RADICAL .



A : CARCINOMA CANALICULAR INFILTRANTE: 28 CASOS (74%)

B : CARCINOMA MEDULAR: 4 CASOS (11%)

C : TUMOR PHYLLOIDES MALIGNO: 2 CASOS (5%)

D : TUMOR PHYLLOIDES BENIGNO: 1 CASO (2.5%)

E : CANCER LOBULAR INVASOR: 1 CASO (2.5%)

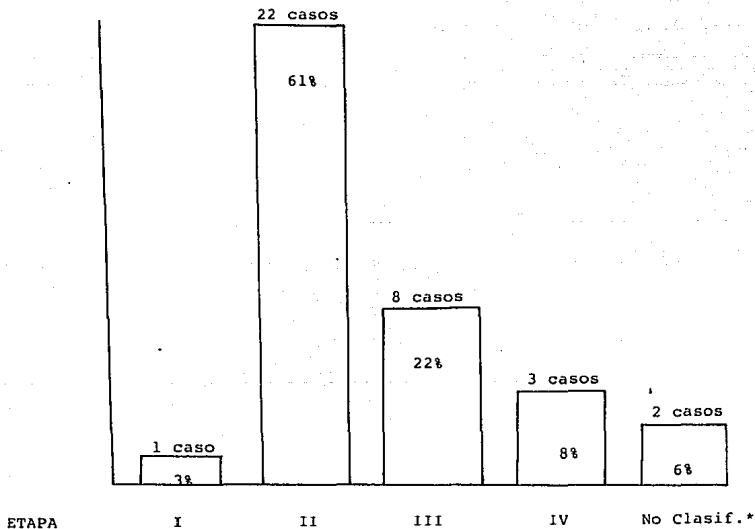
F : HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO: 1 CASO (2.5%)

G : MASTOPATIA FIBROQUISTICA: 1 CASO (2.5%).

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

GRAFICA IV .

ETAPAS CLINICAS ,
(DE 36 CASOS) .



* Por tratamiento quirúrgico previo .

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.
ESTUDIO RETROSPECTIVO.

TABLA I.

NUMERO DE PACIENTES OPERADAS Y TIPO DE CIRUGIA REALIZADA.
CASUISTICA DE 5 AÑOS.

	1986	1987	1988	1989	1990	TOTAL	%
MASTECTOMIA RADICAL STANDARD (HALSTED)	4	6	1	0	1	12	32%
MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA (PATEY)	1	4	8	4	9	26	68%
TOTAL	5	10	9	4	10	38	100%

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

TABLA II .

EDAD DE LA MENARCA .

EDAD	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
11 años	2	5%
12 años	7	18%
13 años	9	24%
14 años	14	37%
15 años	5	13%
16 años	1	3%
TOTAL	38	100%

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

TABLA III .

RELACION CON LA MENOPAUSIA .

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
MENOPAUSIA QUIRURGICA	8	21%
POSTMENOPAUSICAS	17	45%
ANTES DE LA MENOPAUSIA	13	34%
TOTAL	38	100%

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

TABLA IV .

SITIO DE LA MASTECTOMIA .

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
MAMA DERECHA	16	42%
MAMA IZQUIERDA	22	58%
TOTAL	38	100%

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

TABLA V .

LOCALIZACION POR CUADRANTES DE LA TUMORACION MAMARIA .

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
SUPEROEXTERNO	19	50%
SUPEROINTERNO	5	13%
INFEROEXTERNO	5	13%
INFEROINTERNO	2	5%
RETROAREOLAR	3	8%
TODA LA MAMA	4	11%
TOTAL	38	100%

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

TABLA VI .

NUMERO DE GESTACIONES .

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
NULIGESTAS*	8	21%
PRIMIGESTAS	5	13%
SECUNDIGESTAS	2	5%
TRIGESTAS	3	8%
MULTIGESTAS **	20	53%
* 5 NUBILES	TOTAL	38
** MAS DE 4 GESTACIONES.		100%

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

TABLA VII .

RELACION CON LA LACTANCIA .

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
LACTANCIA POSITIVA	27	71%
LACTANCIA NEGATIVA	11	29%
	TOTAL	38
		100%

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO.

TABLA VIII .

TAMAÑO DE LA TUMORACION .

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
MENOR DE 2 CMS.	2	5%
DE 2 A 5 CMS.	27	71%
MAYORES DE 5 CMS*	9	24%
TOTAL	38	100%

* En 4 casos el tumor ocupó toda la mama.

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

TABLA IX .

METASTASIS GANGLIONARES AXILARES .

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
GANGLIOS POSITIVOS*	21	58%
GANGLIOS NEGATIVOS	15	42%
TOTAL	36 (casos malignos)	100%

* 16 casos con más de 4 ganglios
5 casos con menos de 4 ganglios.

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.
ESTUDIO RETROSPECTIVO.

TABLA X .

TRATAMIENTO ADYUVANTE O COMPLEMENTARIO.

	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
RADIOTERAPIA*	23	64%
QUIMIOTERAPIA	16	44%
HORMONOTERAPIA**	14	39%

* 5 casos con radioterapia pre y postoperatoria

** 13 casos con Tamoxifén y 1 caso con Progesterona
y Tamoxifén simultáneamente.

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

TABLA XI .

CONTROL EN CONSULTA EXTERNA .

	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CONTROL ACTUAL	25	66%
REFERIDAS A OTRO HOSPITAL*	4	11%
ABANDONO DE TRATAMIENTO**	8	21%
ALTA CON PRONOSTICO FATAL	1	2%
TOTAL	38	100%

* Pacientes derechohabientes del IMSS.

**Abandono antes de 1 año: 6 casos

Abandono a los 2 años : 1 caso

Abandono a los 3 años : 1 caso, benigno: Mastopatía Fibroquística.

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.
ESTUDIO RETROSPECTIVO.

TABLA XII.

SOBREVIDA POR ETAPAS CLINICAS .

AÑOS	CASOS	ETAPA I	ETAPA II	ETAPA III	ETAPA IV	NO CLASIF.	CASOS PERDIDOS	TOTAL
5 a. *	4		1 (25%)		1 (25%)		2 (50%)	50%
4 a.	10	1 (10%)	4 (40%)				5 (50%)	50%
3 a.	9		6 (67%)			1 (11%)	2 (22%)	78%
2 a.	4		1 (25%)	1 (25%)			2 (50%)	50%
1 a. **	9		4 (44%)	3 (33%)	1 (11%)		1 (11%)	88%
TOTAL	35	1	16	4	2	1	12	

* En 1986, hubo 1 caso con Dx final: MFQ, que abandonó a los 3 años.

**En 1990, otro caso se diagnosticó como Tumor Phylloides Benigno, en control actual.

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.
ESTUDIO RETROSPECTIVO.

TABLA XIII.

SOBREVIDA GLOBAL .

AÑO	NO. DE CASOS	PACIENTES PERDIDAS	PORCENTAJE DE SOBREVIVENCIA
1986	4	2 (50%)	5 años: 50% (2 control actual)
1987	10	5 (50%)	4 años: 50% (5 control actual)
1988	9	2 (22%)	3 años: 78% (7 control actual)
1989	4	2 (50%)	2 años: 50% (2 control actual)
1990	9	1 (11%)	1 año : 88% (8 control actual)
TOTAL	36	12	24

MASTECTOMIA RADICAL EN EL HOSPITAL DE LA MUJER .
ESTUDIO RETROSPECTIVO .

TABLA XIV .

SOBREVIDA COMPARATIVA GLOBAL
ESTADIO II : 22 CASOS .

	No. CASOS	CONTROL ACTUAL	PERDIDAS	SOBREVIDA
MASTECTOMIA RADICAL STANDARD .	10	4 (40%)	6 (60%)	40%
MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA	12	12 (100%)	0 (0%)	100%
TOTAL	22	16	6	

DISCUSION Y COMENTARIOS :

Es de comentarse que de las 38 Mastectomías efectuadas, el 68% correspondieron a Mastectomías Radicales Modificadas- Tipo Patey, que son las cirugías que actualmente se realizan con más frecuencia en los grandes Centros Oncológicos internacionales, para los carcinomas mamarios tempranos. (3,8,12,19,20,22).

Con respecto a la edad de presentación del carcinoma, coinciden los datos del presente estudio con los de la literatura, ya que predominaron las pacientes de la 5a. y 6a. décadas de la vida con un 60%; también coinciden los resultados en cuanto a la relación con la menopausia, ya que las pacientes postmenopáusicas predominaron con un 45%.

En cuanto a la edad de la menarca, difieren nuestras cifras con los reportes actuales de que el cáncer se presenta con mayor frecuencia en pacientes cuya menarca ocurre antes de los 12 años, ya que ésta se presentó en las pacientes del estudio a los 14 años (37% de los casos). (3,8,12).

Igualmente, difieren nuestros resultados de los reportes internacionales en cuanto a la localización del carcinoma, ya que predominó la mama izquierda (58%) respecto a la derecha; sin embargo son similares los datos en cuanto a la localización por cuadrantes del carcinoma, ya que predominó el cuadrante superoexterno respecto a los demás con un 50% de frecuencia (3,8,12,20,25,34,36).

Diferimos también en cuanto a la presencia de dolor - al momento del diagnóstico, ya que se reporta el carcinoma como una masa indolora más frecuentemente, sin embargo el estudio mostró que el 63% presentaron dolor. (3,20,36).

Se reporta actualmente que las mujeres que no se embarazan o que tienen pocos hijos, el primer embarazo después de los 30 años o que no lactan, presentan mayor incidencia de cáncer de mama (3,8,12,36). En el presente estudio, predominaron las multigestas con un 53% y las pacientes con lactancia positiva -- con 71 %, difiriendo nuevamente con los reportes actuales.

Se encontró , al igual que en los reportes internacionales un predominio del Carcinoma Canalicular Infiltrante como tipo histopatológico más frecuente con un 74%, reportándose ganglios metastásicos en 58% de los casos, mencionándose en la Literatura que el 50-60% de las pacientes sometidas a Mastectomía Radical presentan metástasis axilares (3,34).

Respecto a las complicaciones, se presentaron 3 casos de paro Cardiorespiratorio reversible en el transoperatorio, los tres ocurrieron en pacientes mayores de 60 años, factor que pudo contribuir a ésta complicación. Otro caso de paro , ocurrió en el postoperatorio inmediato en una paciente de Etapa III, lo avanzado del cáncer al momento de la intervención pudo ser el factor predisponente .

De las 38 pacientes operadas, actualmente sólo se controlan 25 (66%), ya que ocho pacientes abandonaron su tratamiento ignorándose la causa del abandono, mismo que pudo ser por fallecimiento, causa económica, psicológica, etc..

Se encontró un caso con un segundo tumor maligno primario, en la mama contralateral, lo cual es similar a lo reportado por la Literatura que es de 2 a 3% (3,8,12).

Es de resaltar el hecho de que hubo dos casos que, siendo reportados como malignos en la biopsia transoperatoria, se sometieron a Mastectomía Radical, siendo el resultado definitivo

histopatológico de Mastopatía Fibroquistica en un caso y en otro reportándose un Tumor Phylloides Benigno (5% de falsos positivos para carcinoma).

En cuanto a la sobrevida global a cinco años, se reporta por la literatura para todos los tipos de cánceres mamarios - una sobrevida quinquenal de 50%, lo que concuerda con la nuestra (50% a 5 años) (3,8,12,19,20).

Respecto a las Etapas Clínicas, la Etapa II, que fue la que predominó con 61% de los casos (y que se considera que puede curar con cirugía y tratamiento complementario), se tomó como base para comparar a la Mastectomía Clásica con la Modificada de Patey en cuanto a sobrevida. Tomando en cuenta que en los reportes internacionales se observan sobrevidas muy parecidas con ambos procedimientos (3,6,12,19,20,22), en el Hospital de la Mujer, se apreció una sobrevida de 100% para la Mastectomía Radical Modificada Tipo Patey, contra un 40% de sobrevida para la Mastectomía Radical Clásica. La mayor morbi-mortalidad del procedimiento Clásico, puede ser la causa de esta diferencia de sobrevida tan marcada en nuestro medio para ambos procedimientos.

CONCLUSIONES :

Se puede concluir que la principal indicación para realizar Mastectomía Radical en el Hospital de la Mujer fue el carcinoma mamario, sin embargo hubo dos casos de falsos positivos en la biopsia transoperatoria. En el reporte definitivo de la pieza quirúrgica se dió el resultado de benignidad.

Por lo anterior se debe enfatizar la trascendencia del estudio histopatológico transoperatorio. Si no es posible un reporte transoperatorio, el patólogo debe diferir el resultado hasta obtener cortes definitivos, que le permitan un diagnóstico certero. Esto, en un tiempo razonable, que no perjudique la evolución de la neoplasia y por lo tanto modifique el pronóstico. Por otra parte, se evitará un cirugía innecesaria, con las recauciones trascendentes sobre la paciente y su entorno familiar.

Una conclusión importante es recordar que en el Hospital de la Mujer, existe la tendencia de realizar cirugía más conservadora en el cáncer de mama; puesto que en los últimos 5 años se han realizado un mayor número de Mastectomías de Patey en comparación con las Mastectomías Radicales Clásicas, existiendo además un mejor porcentaje de supervivencia de las primeras, al efectuarse ambos procedimientos quirúrgicos en etapas iniciales.

El tipo histológico predominante fue el carcinoma canalicular infiltrante, asimismo se observó que el carcinoma mamario predominó en el grupo de multíparas y postmenopáusicas en nuestra casuística, lo cual puede tener relación con el bajo nivel socioeconómico de las pacientes, un elevado índice de embarazo y promiscuidad, datos que no se observan en países del Primer Mundo, donde es mayor la incidencia de cáncer de mama. Otra rela-

ción respecto al predominio de multíparas con cáncer en el presente estudio, podría ser un aumento en el consumo de estrógenos en forma de anticonceptivos, o bien como medicación sustitutiva utilizada por nuestras pacientes perimenopáusicas.

La menarca inició después de los 14 años en la mayoría de nuestras pacientes, lo que puede relacionarse con la desnutrición y el bajo nivel socioeconómico de las mismas. Este mismo factor pudo contribuir al abandono en el que incurrieron cerca de 20% de las pacientes operadas por cáncer, ya que el costo de la Quimioterapia es elevado.

El 11% de las pacientes que ya no se controlan en el Hospital de la Mujer, fueron referidas al IMSS, del cual eran derechohabientes, siendo importante conocer esta situación desde un principio, para referirlas a dicha Institución.

Sólo cuatro pacientes recibieron consulta psiquiátrica en el postoperatorio, por lo que se debe concluir que toda paciente a la que se efectúa éste tipo de cirugía, amerita apoyo psiquiátrico tanto en el pre como en el postoperatorio.

BIBLIOGRAFIA .

1. ARNEZ Z.M.: Breast reconstruction by the free lower transverse rectus abdominis musculocutaneous flap. British J - Plast Surgery; 1988;41:500-505 .
2. BATES TD : The ten year results of a prospective trial of postoperative radiotherapy delivered in 3 fractions per week, versus 2 fractions per week in breast carcinoma. British J of Radiology; 1988;61:625-630.
3. BERSON : Enfermedades de la glándula mamaria. Manual de Ginecología y Obstetricia; 1985;7a.ed.:461-471.
4. BLOOF JOAN : Psychological response to mastectomy. Cancer; 1967;53:189-196 .
5. BOSTICK JOHN : Breast reconstruction after mastectomy, recent advances. Cancer; 1990;66:1402-1410.
6. TR. H. : Treatment of inferior breast cancer, with combination chemotherapy and mast-ctomy versus breast conservation. Cancer; 1988;61:1096-1103.
7. CANTERO BERRIO : Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Cirugía Panamericana;1973;3:170-192.
8. DOMINGUEZ-PRATT : Cáncer de mama; 1962;19-23; .
9. DRUGER, BRUGA : Temas actuales de Ginecología y Obstetricia. Enfermedades de la mama; 1977;71:541-589.
10. FISHER B.R. JR : Ten year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. New England J of Medicine; 1985 312:674-681 .
11. FISHER : Curical alternatives in subcutaneous mastectomy reconstruction. Clin Plast Surgery; 1988;15:667-676.

12. FOLK A. FRANK : Indicaciones y técnicas quirúrgicas conservadoras en el tratamiento del carcinoma mamario. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas; 1989;32:795-816.
13. GOIN EK : Growing pains: the psychological experience of breast reconstruction with tissue expansion. Ann Plast - Surgery; 1988;21:217-222.
14. GOLDWIN ROBERT : Reconstrucción de la mama. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas; 1982;2:465-473 .
15. GOMPEI : Pathology in Gynecology and Obstetrics; 1905; - 3a.ed.:630-636.
16. HAAGENSEN : Enfermedades de la mama; 1987;3a.ed.:906-1018.
17. HOFFER RA JR :ound complications following modified - radical mastectomy: an analysis of perioperative factors. Am J Osteopath Assoc; 1990;90:47-53.
18. HURBY ROBERT : Node negative breast cancer treated by - ER without adjuvant therapy: variables associated - with disease recurrence and survivorship. Journal of Clinical Oncology; 1988;6:83-88.
19. HINKS J. DAVID MD : Primary therapy for limited breast - cancer. Cancer;1990;65:2129-2131.
20. HINKS J. DAVID MD : Surgical management of stages 0,I and IIA breast cancer. Cancer;1990;65:1371-1377.
21. KIRK J. MARTIN MD : Is modified radical mastectomy really equivalent to radical mastectomy in treatment of carcinoma of the breast ?. Cancer; 1986;57:518-518.
22. IESNIK G : Modern Surgical treatment of breast cancer. - Journal of Surgery; 1985;15:420-426.
23. MADDOX A. WILLIAM MD: Does radical mastectomy still have a place in the treatment of primary operable breast cancer ?. Archives of Surgery; 1987;122:1317-1320.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

49

24. WEIR PAUL PhD : A controlled trial of extended radical - versus radical mastectomy, 10 year results. Cancer; 1983; 63:188-195.
25. MERCHANT DOUGLAS : Enfermedades de la mama. Year book de Ginecología y Obstetricia; 1988;439-456.
26. NICHOLS DAVID : Tratamiento primario del cáncer mamario. Clínicas Obstetricas y Ginecológicas; 1982;2:451-457.
27. ROGERS, WENNY : A six year experience with immediate reconstruction after mastectomy for cancer. Plast Reconstr Surgery; 1985;76:258-269.
28. PALETTA G. : The inferior gluteal free flap in breast reconstruction. Plast Reconstr Surgery; 1989;84:875-883.
29. SPEROFF, GIBBS, KESS : Endocrinología Ginecológica e Infertilidad; 1986;3a.ed.:262-270.
30. STEINDORFER : Established and new surgical procedures in the treatment of the mammary cancer today. Wien Med Wochens; 1981;103: 4-11.
31. TAKAKI : The surgical management of parasternal recurrence of breast cancer. Int Surgery; 1985;135:584-586.
32. TESSIER G : Complications and hospital stay after surgery of breast cancer. British Journal of Surgery; 1985;72: - 542-544 .
33. WHITFIELD B. JOSEPH : Breast reconstruction after mastectomy. Semin Surg Oncol; 1984;4:274-279.
34. WISSE RICHARD G. : Mama. Patología quirúrgica, Abiston; 1982;3a.ed.:590-642.
35. WINCHESTER T. DAVID : Surgical management of stages 0, I and II breast cancer. Cancer; 1990;65:2135-2137.
36. MARTS TRAVIAC : Cáncer mamario. Ginecología; 1982;453 - 473.