



11217 46
20j
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA N°. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA

TITULO DE TESIS :

ENFERMEDADES MAMARIAS BENIGNAS ASOCIADAS A
CANCER DE MAMA EN PRODUCTO DE MASTECTOMIAS

DEY... A RAZA
Ue... -1992-1992
TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. LUIS GALLEGOS VILLA

MEXICO, D. F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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
GENERALIDADES	3
OBJETIVOS	8
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	10
BIBLIOGRAFIA	15

INTRODUCCION

En los antiguos papiros egipcios ya existía una atención especial a la patología mamaria y sus diversos tipos de manejo caracterizado, clásicamente, con la amputación total de la mama con la subsecuente cauterización de la zona cruenta. Lógicamente la morbimortalidad era muy alta siendo las principales complicaciones la infección y el sangrado. En el famoso código de Hammurabi hacen hincapié en las enfermedades mamarías, atribuyéndolas como maldición divina, su manejo era a base de letanías y posteriormente el abordaje quirúrgico era con lancetas, lavado mecánico y abundante agua.

En la medicina griega de Hipócrates se relacionaban los "humores corporales" con cierta patología siendo una de ellas la mamaria, identificó el origen de estas secreciones orgánicas dividiendo los padecimientos en 2 tipos: Los curables con medicina y los no curables con medicina, haciendo alusión a estos últimos como los padecimientos de origen desconocido - en ese entonces. Es en esta última clasificación donde se incluía a la mayoría de la patología mamaria, sobre toda la maligna. (8)

Es hasta la época grecorromana; con Leonides primeramente y seguido por Aurelius Cornelius Celsus, donde se interpreta la patología maligna de la mama y en esta época se efectúa la primera clasificación clínica de la misma. (8)

Posteriormente, con los avances científicos de la fisiología y anatomía del cuerpo humano, se comprendió la evolución clínica de los padecimientos. (26)

La relación de los padecimientos mamarios benignos con cáncer, es tema de controversia en todas las épocas. (7)

Por muchos años, se han publicado artículos acerca de la posible relación entre las lesiones benignas de la mama y el subsecuente desarrollo de cáncer. (3)

Haegensen demostró cierta relación entre las dos entidades (11), señaló que la presencia de una masa en mama puede desarrollar cáncer de la misma en un período de 7.5 años. (11, 23).

El factor más importante en la detección oportuna de cáncer de mama, es saber reconocer las lesiones que pueden llevar a la paciente a presentar esta patología (22,18). Davis demostró que el riesgo de desarrollar cáncer de mama en pacientes portadoras de enfermedad fibroquística fue 2.64 más frecuente que el resto. (1,2,22,12,25) Sue a Bartow en su serie señala que los cambios quísticos proliferativos siempre son independientes de cáncer mamario (23,24); contrariamente a lo anterior, Charles demostró cierta relación en la enfermedad fibroquística y patología mamaria maligna. (4,5)

GENERALIDADES

DEFINICIONES

Enfermedad Fibroquística.

Padecimiento mamario caracterizado por fibrosis hialinizada; presencia de formaciones quísticas, hiperplasia de conductos, atrapamiento de lobulillos y metaplasia apócrina.

Puede presentarse unilateral, pero frecuentemente es bilateral; su incidencia es en la edad reproductiva y disminuye con la menopausia.

Fibroadenoma.

Lesión mamaria que presenta proliferación del colágeno del estroma, delimitándola del resto del estroma mamario. Se han dividido en 2 tipos: Intra y pericanalicular, dependiendo del predominio del estroma o epitelio.

Se presenta en la juventud y etapa reproductiva, ya que su crecimiento depende del influjo hormonal.

Fibroadenosis.

Proliferación similar al fibroadenoma, aunque ésta es multifocal, dando la apariencia de pequeños fibroadenomas.

Papilomatosis.

Proliferación benigna de los conductos mamarios caracterizados por presencia de células mioepiteliales, células epiteliales y metaplasia apócrina.

CLASIFICACION TNM PARA LAS ETAPAS CLINICAS DEL CARCINOMA MAMARIO.

Tis = In Situ

T1 = Menos o igual a 2 cm.

T1a Menos o igual a 0.5 cm.

T1b Mayor de 0.5 cm.

T1c 1 a 2 cm.

T2 2 a 5 cm.

T3 Mayor de 5 cm.

T4 Pared torácica y/o piel

T4a Pared torácica

T4b Edema de piel/Ulceración/Nódulos cutáneos satélites

T4c Ambos 4a y 4b

T4d Carcinoma inflamatorio

N1 Axilares Móviles PN1

PN1a Micrometástasis sola menor o igual a 0.2 cm.

PN1b Metástasis grosera.

I 1-3 ganglios/mayor de 0.2 a 2 cm.

II Mayor o igual a 4 ganglios/mayores de 0.2 a 2 cm.

III Atraviesa cápsula/menor 2 cm.

IV Mayor o igual a 2 cm.

N2 Axilares Fijos PN2

N3 Mamarrios Internos PN3.

AGRUPAMIENTO POR ETAPAS

ESTADIO O	T1s	NO	MO
ESTADIO I	T1	NO	MO
ESTADIO IIA	TO	N1	MO
	T1	N1(1)	MO
	T2	NO	MO
ESTADIO IIB	T2	N1	MO
	T3	NO	MO
ESTADIO IIIA	TO	N2	MO
	T1	N2	MO
	T2	N2	MO
	T3	N1,N2	MO
ESTADIO IIIB	T4	Cualquier N	MO
	Cualquier T	N3	MO
ESTADIO IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

CLASIFICACION DE COLUMBIA DE LESIONES MAMARIAS BENIGNAS QUE SUELEN DIAGNOSTICARSE COMO ENFERMEDAD FIBROQUISTICA.

- A.- Rasgos microscópicos que se ven normalmente en las mamas de las mujeres modernas, no forman tumor palpable y no predispone a carcinoma ulterior.
- 1.- Conductos en fondos de saco.
 - 2.- Microquistes (menores de 3 mm).
 - 3.- Epitelio apócrino.
- B.- Lesiones microscópicas infrecuentes sin tumor palpable y no predisponen a carcinoma ulterior.
- 4.- Adenosis. Cuando son extensas forman tumor palpable y constituyen una categoría aparte.
 - 5.- Papilomatosis.
- C.- Lesiones clínicamente evidentes, pero no predisponen a Ca.
- 6.- Enfermedad fibrosa.
 - 7.- Papiloma intracanalicular solitario en un conducto terminal subareolar.
- D.- Lesión microscópica que no forma tumor palpable, pero sí predispone a un carcinoma ulterior.
- 8.- Neoplasia lobulillar (mal llamada Carcinoma Lobulillar In Situ).

E.- Lesiones mamarias clínicamente evidentes que forman un tumor palpable y predisponen a un carcinoma ulterior.

9.- Papiloma intracanalicular múltiple. Están tomados varios conductos, por lo general periféricos.

10.- Quistes macroscópicos. Miden 3 mm de diámetro o más y se ven a simple vista. Cuando alcanzan un diámetro de 10 mm se suelen palpar.

OBJETIVOS

Determinar el tipo y frecuencia de enfermedades benignas mamarias asociadas a cáncer de la misma en productos de mastectomías, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico "La Raza".

Aunque las mamas son órganos accesibles, que están en la superficie del cuerpo y su examen es relativamente fácil, hay que admitir que los médicos no siempre aprovechan esta oportunidad para buscar enfermedades mamarias insospechadas, todas las veces que hacen un examen físico regular. Se supondría que sin duda las mamas se examinan como parte de tal examen, pero es lamentable que de ninguna manera sea así.

El incremento de la patología mamaria maligna en la última década es muy significativo, por lo cual en el presente estudio se pone de manifiesto la frecuencia de ésta en un período comprendido de 2 años, así como lesiones benignas asociadas.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron los reportes del Departamento de Patología del Hospital de ginecología y Obstetricia No. 3 de las piezas de mastectomías en un período comprendido entre enero de 1989 a diciembre de 1990.

Se recabaron un total de 216 reportes de mastectomía. En su análisis se incluyeron parámetros tales como: Diagnóstico preoperatorio, estudio transoperatorio, diagnóstico postoperatorio y tipo de cirugía.

Se determinó el tipo de carcinoma con su patrón específico y la lesión o lesiones benignas encontradas.

ESTA COPIA NO DEBE
SER DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS

- 1.- Se efectuaron 216 mastectomías en el periodo de revisión que fue de 2 años.
- 2.- El carcinoma canalicular infiltrante fue la patología maligna más frecuente en 201 casos (93%).
- 3.- El patrón más frecuente dentro de la patología maligna, fue el NO ESPECIFICO en 164 casos (81.5%).
- 4.- En todos los casos el diagnóstico pre y postoperatorio, siempre fue el mismo.
- 5.- El diagnóstico transoperatorio fue el mismo al resultado final de las piezas de mastectomía.
- 6.- La enfermedad benigna más frecuente asociada a los carcinomas fue la ENFERMEDAD FIBROQUISTICA en 160 casos (72.7%). Cifras las cuales concuerdan con los reportes de la Literatura Mundial.
- 7.- El evento quirúrgico más frecuente fue la MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA TIPO PATEY en 145 casos (68%).

CARCINOMAS MAS FRECUENTES ENCONTRADOS EN LA REVISION

TIPO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Canalicular infiltrante	201	93.0%
Lobulillar invasor	6	2.7%
Enfermedad de Paget	3	1.3%
Phylloides	2	0.9%
Sarcoma	2	0.9%
Adenocarcinoma	1	0.4%
Carcinoma Mucinoso	1	0.4%
T o t a l	216	100.0%

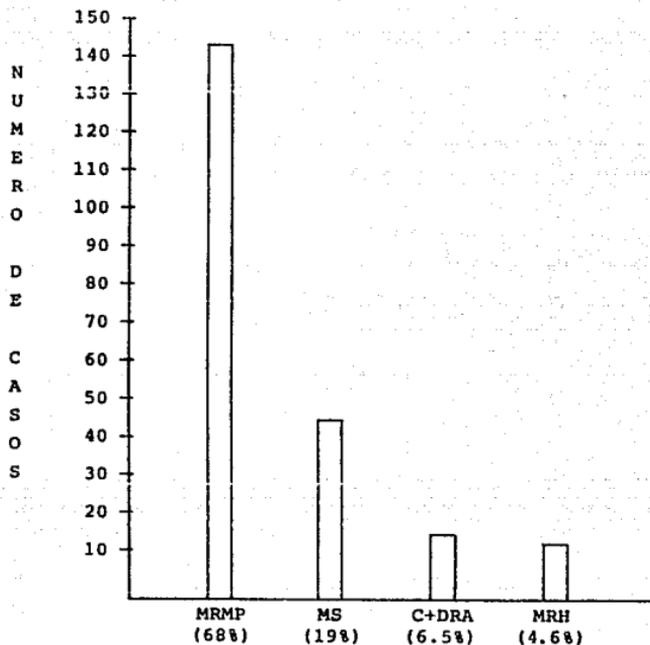
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE

PATRON	Nº. DE CASOS	PORCENTAJE
No Especifico	164	81.5%
Comedo	17	8.4%
Escirro	7	3.6%
Coloide	5	2.5%
Cribiforme	2	0.9%
Papilar	2	0.9%
Estelar	1	0.4%
Mucoide	1	0.4%
Apócrino	1	0.4%
Secretorio	1	0.4%
T o t a l	201	100.0%

ENFERMEDADES MAMARIAS BENIGNAS ENCONTRADAS EN LA REVISION

ENFERMEDAD BENIGNA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
Enfermedad fibroquistica	160	72.7%
Fibroadenosis	29	13.1%
Fibroadenoma	10	4.5%
Mastitis	16	7.2%
Papilomatosis	3	1.3%
Ectasia ductal	2	0.9%
T o t a l	220	100.0%

TIPO Y FRECUENCIA DE CIRUGIAS REALIZADAS



MRMP: Mastectomía Radical Modificada Tipo Patey

MS: Mastectomía Simple

C+DRA: Cuadrantectomía + Disección Radical de Axila

MRH: Mastectomía Radical Tipo Halsted

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bartow SA, Et Al. Fibrocystic Disease: A Continuing enigma. Pathol Ann. (1982)17:93-111.
- 2.- Bhatnagar PS, Et Al. Frequency of Benign and Malignant Breast Lesions in 207 consecutive autopsies in Australian women. Br J. Cancer. (1985)51:271-278.
- 3.- Black MM, Et Al. Association of atypical characteristic of benign breast lesions with subsequent risk of breast cancer. Cancer. (1972)29:338-343.
- 4.- Cecilia Fenoglio, Et Al. Sclerosing Papillary Proliferation in the female Breast. Cancer. (1974)33:691-699.
- 5.- Charles M Karpas, Et Al. Relationship of Fibrocystic Disease to Carcinoma of the breast. Annals of Surgery. (1965) 162:1-8.
- 6.- David G. Von Rueden, Et Al. Intraductal Carcinoma of the breast. Surgery Gynecol Obstetrics. (1984)185:105-111.
- 7.- Dupont WD, Et Al. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Engl J. Med. (1985) 312:146-151.
- 8.- Frederick B. Wagner, Jr M.D. History of Breast Disease and Its Treatment. 2a. edición. (1990).

- 9.- Gallagher H.S. Et Al. Early Phases in the development of breast cancer. Cancer. (1969)24:1170-1178.
- 10.- Gullino Pietro M. Considerations on the preneoplastic lesions of the mammary gland. Am J Pathol. (1977)89: - 413-430.
- 11.- Heagensen. Enfermedades de la mama. 3a. edición. (1987).
- 12.- Herbert H. Davis, Et Al. Cystic disease of the breast: Relationship to carcinoma. Cancer. (1964)17:959-978.
- 13.- J.G. Azzopardi, Et Al. The World Health Organization Histological typing of breast tumors. Am Society of clinical pathologist. (1982)78:806-816.
- 14.- Jensen HM, Rice JR, Wellings SR. Preneoplastic Lesions in the human breast. Science. (1976)191:295-297.
- 15.- Love SM, Et Al. Sounding Board: Fibrocystic Disease of the breast; A non-Disease?. N Engl J med (1982)307: - 1010-1014.
- 16.- Kirby I. Blend. The Breast Comprehensive Management of benign disease. 3a. edición. (1991).
- 17.- L. Chuknuma Chedori, Et Al. Mondor's Disease Associated with breast cancer. Ann Surg. (1987)103:438-439.

- 18.- Mc Laughlin CW, Et al. A study of Precancerous Epithelial hyperplasia and Non-invasive papillary carcinoma of the breast. Ann Surg. (1961)153:735-744.
- 19.- Page DL, Et Al. Atypical Hiperplastic Lesions of the fe male breast. Cancer. (1985)55:2698-2708.
- 20.- Raven press. Interpretation of Breast Biopsies. 2a. edic_ión. (1990).
- 21.- Rosen PP, Et Al. Juvenile Papilomatosis of the Breast. Am J Surg Pathol. (1980):3-12.
- 22.- Roy Ashikari, Et Al. Clinicopathologic study of atypical lesions of the breast. Cancer. (1974)33:310-317.
- 23.- Sue A. Barton, Et Al. Prevalence of benign atypical and malignant breast lesions in preventional differente risk for breast cancer. Cancer. (1987)60:2751-2760.
- 24.- W.H. Hartmann, Et Al. The World Health Organization his_itological typing of breast tumors. Am J Clinic Pathol. (1987)78:806-816.
- 25.- Vander Zwaag, Et Al. Relation Between component parts - of fibrocystic disease complex and breast cancer. Cancer. (1978)61:1055-1063.
- 26.- Wellings SR. Development of human breast cancer. Cancer. (1980)31:287-314.