

11226

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado e Investigación
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado

Unidad Académica Hospital Regional
I. S. S. S. T. E. Puebla, Pue.

127

FRECUENCIA DE CANCER MAMARIO EN EL HOSPITAL REGIONAL I. S. S. S. T. E. PUEBLA DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DE 1999

Trabajo de Investigación

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
Especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

Dra. Juana Araceli Soriano Garibo

2001

PUEBLA, PUE., ~~2000~~.



ISSSTE

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



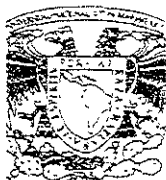
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

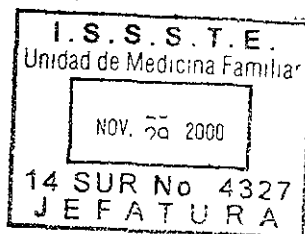
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL REGIONAL I.S.S.S.T.E. PUEBLA, PUEBLA**

TÍTULO



**FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO
EN EL HOSPITAL REGIONAL I.S.S.S.T.E. PUEBLA
DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DE 1999**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**



ISSSTE

PRESENTA :

DRA. JUANA ARACELI SORIANO GARIBO

FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO
EN EL HOSPITAL REGIONAL I.S.S.T.E. DE PUEBLA
DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DE 1999.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. JUANA ARACELI SORIANO GARIBO.

AUTORIZACIONES:

~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~


Irigoien
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

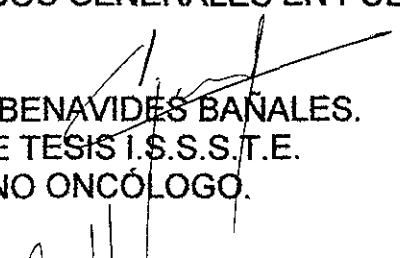
Torres
DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINACIÓN DE DOCENCIA.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

FRECUENCIA DE CÁNCER MAMARIO EN EL
HOSPITAL REGIONAL I.S.S.S.T.E. DE PUEBLA
DE ENERO DE 1999 A DICIEMBRE DE 1999.


PRESENTA:
DRA. JUANA ARACELI SORIANO GARIBO.

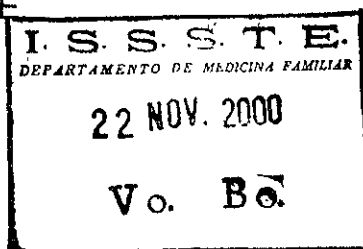
AUTORIZACIONES.


DR. ROGELIO HÉCTOR VELÁZQUEZ ENRÍQUEZ.
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN PUEBLA.


DR. RODOLFO BENAVIDES BAÑALES.
ASESOR DE TESIS I.S.S.S.T.E.
CIRUJANO ONCÓLOGO.


DRA. MARÍA DEL CARMEN CARRANZA CERVANTES.
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR.


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO.
JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA Y MEDICINA
FAMILIAR.
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL
I.S.S.S.T.E.



ÍNDICE

	PÁG.
3. MARCO TEÓRICO.	1
ANTECEDENTES GENERALES.	2
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.	5
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	14
5. JUSTIFICACIÓN.	15
6. OBJETIVOS.	17
OBJETIVO GENERAL.	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	17
7. METODOLOGÍA.	19
TIPO DE MUESTRA.	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	20
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	20
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.	20
DEFINICIÓN DE VARIABLE Y CAPTURA. DE LA INFORMACIÓN	21
CONSIDERACIONES ÉTICAS.	21

3.MARCO TEÓRICO.

El interés médico por los problemas del cáncer de mama que tiende a predominar en la población femenina es correspondido por la enorme frecuencia de esta neoplasia en los últimos años, cobrando cada día mayor importancia mencionando en la literatura médica mundial, artículos en relación a esta patología y sus repercusiones en la población. Desgraciadamente, aún desconocemos a ciencia cierta las causas de estas neoplasias.

Sin embargo, sí sabemos que es una enfermedad multifactorial en la que intervienen: sexo, edad, mecanismos hormonales, procesos inmunológicos, genéticos, hereditarios, dietéticos, virales y otros. (1,2).

Su origen puede ser poligénico, multifactorial o atribuible al azar, ante la elevada frecuencia del cáncer de mama en la población general: una de cada diez mujeres que viven hasta los setenta años presentará la enfermedad. A pesar de ello, el riesgo empírico de pacientes con familiar de primer grado con cáncer de mama es tres veces mayor que las demás(2,7)

ANTECEDENTES.

ANTECEDENTES GENERALES.

Los tumores mamarios fueron descritos desde la más remota antigüedad, Hipócrates le dio el nombre de "carcinoma mamario"; posteriormente se describieron sus etapas y en 1894 se describió la mastectomía radical, (1); es el cáncer más frecuente en mujeres y afecta particularmente el epitelio glandular, (2,3,4); es más frecuente de los veinte a los cincuenta años, (5,6); el riesgo de padecerla aumenta cuando hay antecedentes familiares de la misma, (7); con la mastopatía fibroquística (8); la menarquia temprana, la menopausia tardía, la nuliparidad, el embarazo después de los treinta y cinco años (9); el consumo elevado de grasas animales, azúcares refinados, proteínas, alcohol y tabaquismo(3,5,9).

Se manifiesta como un nódulo indoloro, firme e irregular (3); rara vez se presenta dolor, exudado por el pezón, tumefacción, enrojecimiento y edema del brazo

ipsilateral (9); se extiende por vía linfática; el curso clínico de cáncer mamario depende de factores como el tamaño tumoral, la variedad y el grado histológico del tumor (10); la presencia o ausencia de receptores de estrógeno y progesterona (11); y el grado de afección ganglionar (12).

El autoexamen mamario debe de realizarse mensualmente. El diagnóstico médico se basa en la inspección visual y la exploración física de ambas mamas (13). El diagnóstico de certeza se establece con datos obtenidos por el laboratorio como la velocidad de sedimentación aumentada o bien la elevación de la fosfatasa alcalina (9); Además de los datos proporcionados por estudios de gabinete como la mamografía (14,15), ecografía, diafanografía o transiluminación de las mamas (13), la ultrasonografía, ultrasonografía doopler color y duplex (1,16), la termografía, la tomografía axial computarizada o bien la resonancia magnética (14).

El diagnóstico citológico se lleva a cabo por medio de la toma de biopsia por aspiración con aguja fina (17); O la obtención de un pequeño centro de tejido con la aguja (18);

la biopsia por escisión establece el diagnóstico anatomopatológico preciso hasta un 98% (19).

Es preciso diferenciar el carcinoma mamario de diversas patologías como la mastitis aguda, absceso mamario, ectasia ductal mamaria (5), esteatonecrosis, galactocele, mastopatía, fibroquística (3,9), fibroadenomas y tumores filoides, que podrían confundir el diagnóstico (13).

El cáncer mamario en el embarazo puede perjudicar a los pacientes con tumores negativos a receptores estrogénicos (9).

El carcinoma mamario es una patología rara en el varón (3,9); se presenta a partir de la sexta década de la vida (20); el trastorno inicial es la presencia de una masa indolora detrás de la areola, puede presentarse exudados por el pezón, retracción o ulceración (3); se debe realizar el diagnóstico diferencial con la ginecomastia (5); el pronóstico es peor que en la mujer, con una supervivencia aproximada del 36% a los cinco años y del 17% a los diez años, independientemente de la etapa en que se encuentre (9).

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

El cáncer mamario representa el 9% del total de cáncer en general y el 18% de los cánceres en la mujer (8). En zonas de alto riesgo como Estados Unidos de Norteamérica y Europa Occidental un 25%, en Inglaterra y Gales un 28% (13); en zonas de bajo riesgo como Japón y China alcanza un 12% (21); en los países latinos mediterráneos un 18,9% y en África del sur un 10% (13).

El cáncer mamario ocupa la tercera posición mundial de cáncer y la primera posición con 600 000 casos diagnosticados en la mujer ocasionando cerca de 400 000 muertes al año (22). En Estados Unidos es la segunda causa de muerte en la mujer con 182 000 casos diagnosticados al año y con 44 560 muertes al año (21,23). En México ocupa actualmente el segundo lugar de cáncer en la mujer (24); con 22 315 defunciones en el período comprendido entre 1985 y 1994 (8), diagnosticándose anualmente un promedio de 713 casos

nuevos, con una prevalencia relativa de 26.9% (25). La incidencia de cáncer mamario en el varón no ha aumentado durante los últimos cuarenta años y sólo representa el 0.1% en México, todos los casos fueron detectados en ancianos (20).

El diagnóstico del cáncer mamario se hace en México en un 40-50% en etapas avanzadas, con posibilidades de curación de sólo 30-40% (8). La presentación clínica del cáncer mamario es curiosamente más frecuente en la mama izquierda, en una proporción de 110:100; se ha identificado alrededor del 50% en el cuadrante superior externo, un 10% en cada uno de los cuadrantes restantes y alrededor del 20% en la región central o subareolar (3).

La Organización Mundial de la Salud clasifica al carcinoma de mama en:

A. NO INFILTRANTES (NO INVASORES).

1. Carcinoma intraductal.(sin invasión en el estroma)

2. Carcinoma papilar intraductal. (limitado a los galactóforos)
3. Carcinoma lobulillar in situ.

B. INFILTRANTES (INVASORES).

1. Carcinoma ductal infiltrante sin otra especificación (NOS).
2. Carcinoma lobulillar infiltrante.
3. Carcinoma medular.
4. Carcinoma mucinoso (coloide).
5. Enfermedad de Paget. (5,26,27).

CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER MAMARIO

A.1.-Carcinoma intraductal.

Estas lesiones son diagnosticadas en dos condiciones. Pueden ser detectadas por mastografía, siendo subclínicas; o bién, como tumores clínicamente palpables que pueden llegar a medir hasta diez centímetros.

El cáncer intraductal in situ, afecta a mujeres tanto premenopáusicas así como posmenopáusicas, forma una

masa palpable que se localiza con mayor frecuencia en un cuadrante de la mama, es a menudo la causa de las microcalcificaciones.

El tratamiento local para este tipo de neoplasia dependerá del análisis exhaustivo de las dimensiones del tumor y subtipo histopatológico.

Las pacientes pueden desarrollar un cáncer invasivo (35).

A.2.-Carcinoma papilar intraductal.

Frecuencia: 2% de las mujeres posmenopáusicas. Características especiales; masa retropezoneana se manifiesta excrecencias sanguíneas raramente se presentan adenomegalias axilares.

A.3.-Carcinoma lobulillar in situ.

Desde el punto de vista clínico esta neoplasia puede manifestarse por: masa mamaria, excrecencias por pezón, o bien ser detectadas por mastografías o biopsias.

B.1.-Carcinoma ductal infiltrante. (escirro). (“alto riesgo”).

Frecuencia: 80%. Femenina de 45 años promedio. Características especiales: masa de bordes mal definidos, fijo a planos vecinos, “pétrea que rechina al corte” (por esta característica se denomina escirro).

B.2.-Carcinoma lobulillar infiltrante: (mal pronóstico).

Frecuencia: 1.7%. Edad: menor de 45 años. Aparición rápida, con dolor, crecimiento de la glándula, tumor con piel enrojecida y caliente, edema de la piel. Se ha confundido con mastitis.

B.3.-Carcinoma medular: (buen pronóstico).

Frecuencia: 5%. Mujer joven. Características especiales: masa ovoidea de unos 4 a 6 cm. de diámetro, consistencia poco resistente al corte, no encapsulado, circunscrito por tejido muscular de color blanco amarillo de lento crecimiento locorregional y poco ataque a nódulos axilares. El pronóstico a 10 años oscila entre 70 y 90%.

B.4.-Carcinoma mucinoso o coloide. (buen pronóstico).

Frecuencia: del 1 al 3%. Mujeres de 55 años promedio.

Características especiales: crecimiento lento, tumor de gran tamaño, bien limitado fluctuante, no infiltra tejidos vecinos, no son multicéntricos clínicamente no se ha encontrado fijación a piel y a músculo.

B.5.-Enfermedad de Paget. (pronóstico reservado).

Frecuencia: 2.5%. Mujeres mayores de 55 años.

Características especiales: evolución lenta de 2 a 6 años erosión y prurito areolar y del pezón, confundido frecuentemente con dermatosis crónica.

(5, 26, 27, 35).

También se clasifica por etapas TNM (Tumor, ganglios linfáticos regionales y metástasis a distancia):

ETAPA	T	N	M
0	T1s	N0	M0
L	T1	N0	M0
LIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
LIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
LIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2, N3	M0
LIIB	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	N3	M0
LV	Cualquier T	Cualquier N	M1 (9)

Estas designaciones se combinan luego para definir 4 etapas que se usan así para propósitos de registro en expedientes:

Etapa I: T1/N0/M0; T2/N0/M0

Etapa II: T1/N1/M0; T2/N1/M0

Etapa III: T3/N0/M0; T3/N1/M0; t3/N2/M0; t1/N2/M0; t2/N2/M0; e incluye cualquier combinación de T1, T2 ó T3 con N2 y M0.

Etapa IV: Cualquier fase clínica de la enfermedad con metástasis distante (M1).

(3,9)

El tratamiento para el cáncer mamario femenino, depende de la etapa en que se encuentre en el momento del diagnóstico. En la etapa I y II, se utilizan drogas como parte inicial de tratamiento, o como adyuvante de la cirugía conservadora de la mama, la cual forma parte del tratamiento multidisciplinario del cáncer mamario (28); en la etapa IIIA se utiliza la mastectomía radical o modificada, más radioterapia, además de tratamiento adyuvante con quimioterapia o quimiohormonoterapia (29); en la etapa IIIB (T4N3), se utiliza quimioterapia de inducción (30), valorando posteriormente el tratamiento quirúrgico y la radioterapia (31); en la etapa IV y recurrente requiere de terapia sistemática, como tratamiento endócrino o citotóxico, reservándose la radioterapia y el tratamiento quirúrgico para casos especiales (32); En caso de ser necesario el tratamiento quirúrgico como la mastectomía radical o la modificada puede llevarse a cabo la reconstrucción mamaria (9), con implantación de prótesis de gel de silicona o bien de solución salina (33). Las pacientes mastectomizadas se

recuperan al cabo de un año del trauma emocional que sufren (3, 34).

El tratamiento del carcinoma mamario en el hombre se trata habitualmente con la mastectomía (3), se recomienda el empleo de radioterapia postoperatoria, por ser más agresivo que el cáncer de mama femenino (1, 25), la quimioterapia coadyuvante se utiliza para las mismas indicaciones que el cáncer mamario en la mujer (9); el sitio metastásico más frecuente de este tipo de carcinoma es el hueso, en este caso se puede utilizar la administración de tamoxifeno o realizar una castración para aliviar el dolor óseo del paciente (9, 32).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es uno de los cánceres más importantes en la mujer, provocando alrededor del 20% de las muertes por cáncer, a pesar de ser uno de los cánceres que más fácilmente se pueden detectar y tratar, se ha incrementado notablemente en los últimos años, creando así un problema de salud pública; de la cual surge la duda...

¿Cuál es la frecuencia del cáncer mamario en los pacientes atendidos en el Hospital regional I.S.S.S.T.E. Puebla, durante el período comprendido de enero de 1999 a diciembre de 1999?

5.JUSTIFICACIÓN.

MAGNITUD: en estudios realizados a nivel mundial se ha demostrado la importancia que tiene el cáncer de mama ,ya que ocupa la tercera posición en los Estados Unidos reportándose en 1998 cerca de 43,500 mujeres que murieron por cáncer de mama.

En México es un padecimiento que ocupa el segundo lugar en la estadística de causas de muerte en la mujer, el diagnóstico de cáncer mamario se realiza en México en un 40-50% en etapas avanzadas con posibilidades de curación de sólo el 30-40%. Constituyendo una de las neoplasias más comunes y más frecuentes en la población femenina con tendencia a incrementar su incidencia.

TRASCENDENCIA: el cáncer mamario está incluido dentro del programa de vigilancia epidemiológica en la secretaría de salud, por lo que una vez detectado el problema es susceptible de corregirse y tratarse.

Hechos que demuestran que es urgente desarrollar estrategias, para detectar en forma oportuna la detección del

cáncer mamario que afecte a la población femenina y sobre esta base planear acciones conducentes a proporcionar un tratamiento eficaz y establecer medidas preventivas adecuadas para lograr y mejorar la supervivencia libre de enfermedad entre las mujeres que tienen cáncer de mama.

FACTIBILIDAD: contamos con los recursos financieros, los conocimientos y experiencia con respecto a la enfermedad.

VIABILIDAD: es viable porque representa un problema social que afecta principalmente a mujeres predominando en la cuarta y quinta década de la vida, la disponibilidad de las pacientes, el tiempo y la detección oportuna de cáncer mamario nos permita disminuir la incidencia de mortalidad.

6.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estimar la frecuencia de cáncer mamario en los pacientes atendidos en el Hospital regional I.S.S.S.T.E. Puebla, en el periodo comprendido de enero de 1999 a diciembre de 1999.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- *Detectar cual es el género más afectado por esta enfermedad.
- *Captar el grupo más afectado de los pacientes en estudio.
- *Conocer la distribución por edad.
- *Evaluar de acuerdo a la paridad de las pacientes.
- *Identificar de acuerdo a sintomatología inicial (signo asociado a sintomatología).

- *Conocer la glándula mamaria más afectada.
- *Identificar la región más afectada de la glándula mamaria.
- *Evaluar tipo histopatológico reportado con más frecuencia.
- *Conocer el tipo de tratamiento establecido.
- *Evaluar las complicaciones.

7.METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de reporte de casos, observacional, transversal, retrospectivo, entre la población derechohabiente que acude a la consulta de medicina general en la unidad de medicina familiar del I.S.S.S.T.E. y que fueron canalizados al Hospital regional I.S.S.S.T.E., Puebla, durante el período comprendido de enero de 1999 a diciembre de 1999.

TIPO DE MUESTRA

El muestreo fué determinístico, con la aplicación de un cuestionario clínico de diagnóstico de cáncer mamario a 375 pacientes con patología mamaria que acudieron a la consulta de medicina familiar y que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo comprendido entre enero de 1999 a diciembre de 1999, predominando el sexo femenino.

Se captaron los expedientes clínicos, con previo acuerdo con el jefe de enseñanza del Hospital.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Ser derechohabiente del I.S.S.S.T.E.
- b) Pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer mamario de cualquier género.
- c) Expedientes clínicos completos.
- d) Su participación será totalmente voluntaria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Con cáncer mamario en tratamiento.
- b) Pacientes con otra patología.
- c) Pacientes con plastía de seno.
- d) Expedientes clínicos incompletos.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- a) Aquellas que por algún motivo cambien de residencia.
- b) No ser derechohabiente del I.S.S.S.T.E.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y CAPTURA DE LA INFORMACIÓN

Se diseñó un formulario para la recolección de datos, se capturaron las variables; edad, sexo, paridad, menarquia y menopausia, signos y síntomas iniciales, glándula mamaria más afectada (derecha e izquierda), región mamaria más afectada, tipo histopatológico reportado, tratamiento establecido, complicaciones, se ordenaron y se clasificaron representándolas por medio de cuadros y gráficas; los datos obtenidos se presentaron, analizaron e interpretaron tomando en cuenta los resultados más relevantes de la investigación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tomando en cuenta las disposiciones del Consejo Nacional de ética y los criterios de HELSINSKI; este estudio de investigación esta exento de realizar gestiones de autorización, y en base a que fué un estudio retrospectivo no confirió riesgo alguno para los pacientes.

8.RESULTADOS.

Se realizó la revisión de todos los expedientes del departamento de Oncología del Hospital regional I.S.S.S.T.E, Puebla, de enero de 1999 a diciembre de 1999, encontrando 375 casos (100%) de patología mamaria, de los cuales 10 casos (2.6%) se diagnosticaron como cáncer mamario (cuadro y gráfica 1).

De los 10 casos todos correspondieron al género femenino (100%) (cuadro y gráfica 2).

El grupo de edad más afectado correspondió a la cuarta y quinta década de la vida (cuadro y gráfica 3).

Con respecto a la paridad de las pacientes se encontró que el cáncer mamario predominó en mujeres multíparas en un 90% (9 casos), a diferencia de las nulíparas en un 10% (cuadro 4, cuadro 4-a y gráfica 4).

Con relación a la edad en que se presentó la menarquia y la menopausia en nuestras pacientes, tenemos que la menarquia se presentó dentro de los límites normales de edad, con una $\bar{X}=13.3$ años, y la menopausia sólo se presentó en una paciente después de los cincuenta años, el resto presentó una $\bar{X}=47.2$ años (cuadro y gráfica 5).

Con respecto a la sintomatología y/o signología inicial de las paciente tenemos que acudieron a la consulta externa por presentar mastalgia un 60% de las pacientes, por presencia de nódulo mamario un 30%, y por presentar secreción serosa un 10% (cuadro y gráfica 6).

De acuerdo a la distribución de casos, con referencia a la glándula mamaria más afectada, se encontró que la glándula mamaria izquierda fue la más afectada en un 70% (cuadro y gráfica 7).

En relación a la región mamaria mas afectada, se encontró que en ambas glándulas mamarias, el cuadrante

superior externo fue la región más afectada (cuadro y gráficas 8 y 9).

De acuerdo al reporte histopatológico el tipo más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante en un 50%, seguido por carcinoma intraductal, carcinoma lobulillar in situ y enfermedad de Paget (cuadro y gráfica 10).

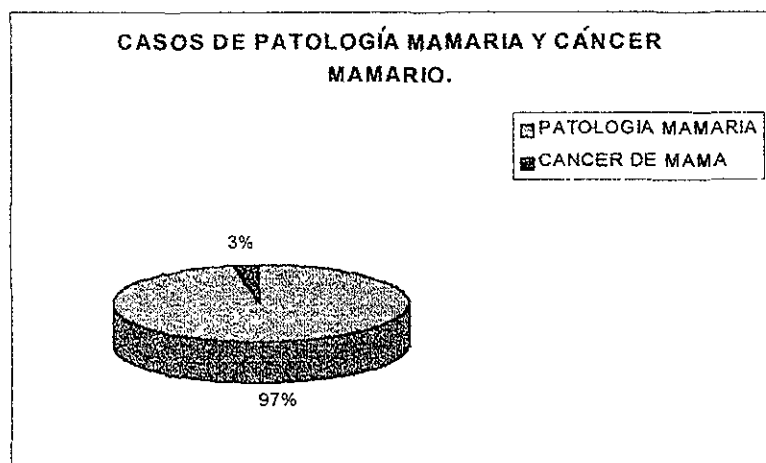
En cuanto al tratamiento, la totalidad de los casos (10 casos) fueron referidos a tercer nivel de atención médica (100%) (cuadro y gráfica 11).

No se reportaron complicaciones ni defunciones de los casos estudiados el tiempo que duró nuestra investigación (cuadro 12 y cuadro 13).

CUADRO 1.-Casos de patología mamaria, en pacientes atendidos en el Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla, de enero de 1999 a diciembre de 1999.

POBLACIÓN	CASOS	PORCENTAJE
PATOLOGÍA MAMARIA	365	97.33%
CÁNCER DE MAMA	10	2.67%
TOTAL	375	100%

GRAFICA 1

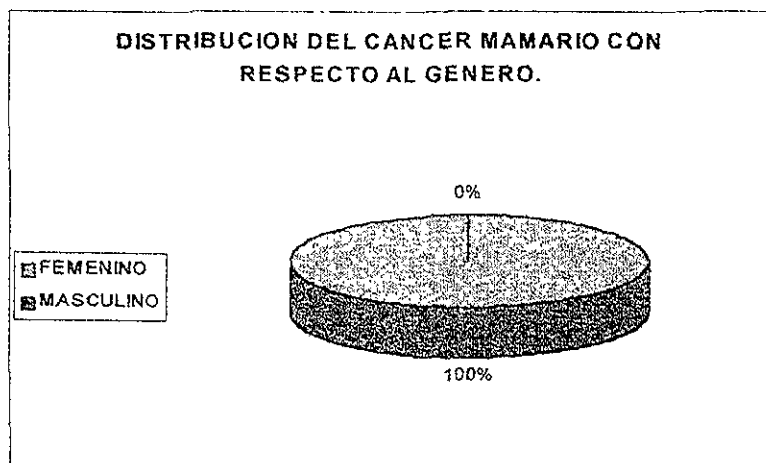


Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.
(Enero 1999- diciembre 1999).

CUADRO 2.- Distribución de cáncer mamario, con respecto al género más afectado, en pacientes atendidos en el Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla, de enero de 1999 a diciembre de 1999.

GÉNERO	NÚM. DE CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	10	100%
MASCULINO	0	0%
TOTAL	10	100%

GRÁFICA 2



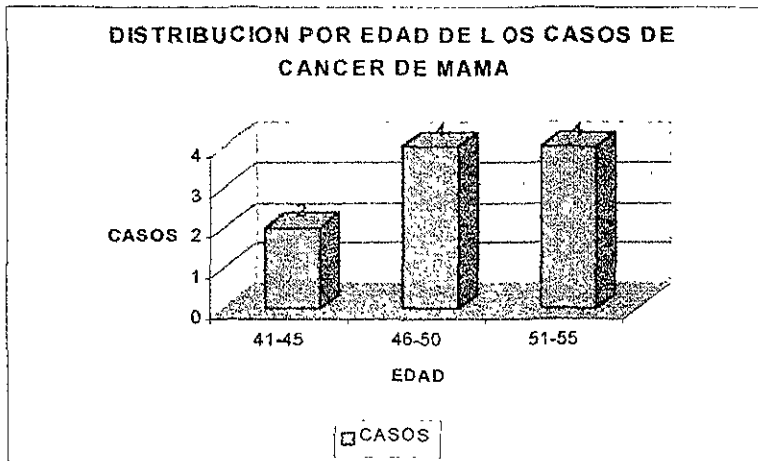
Fuente. Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.
(Enero 1999-diciembre 1999)

CUADRO 3.- Distribución por edad de los casos de cáncer mamario en el Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla, de enero de 1999 a diciembre de 1999.

EDAD	CASOS	PORCENTAJE
42	1	10%
43	1	10%
47	3	30%
50	1	10%
54	4	40%
\bar{X} : 49.2	10	100%

$\sigma = +/- 4.4$

GRÁFICA 3



Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S S.T.E., Puebla.

(Enero 1999- diciembre 1999)

CUADRO 4.- Distribución de acuerdo a la paridad de las pacientes, en los casos reportados de cáncer mamario.

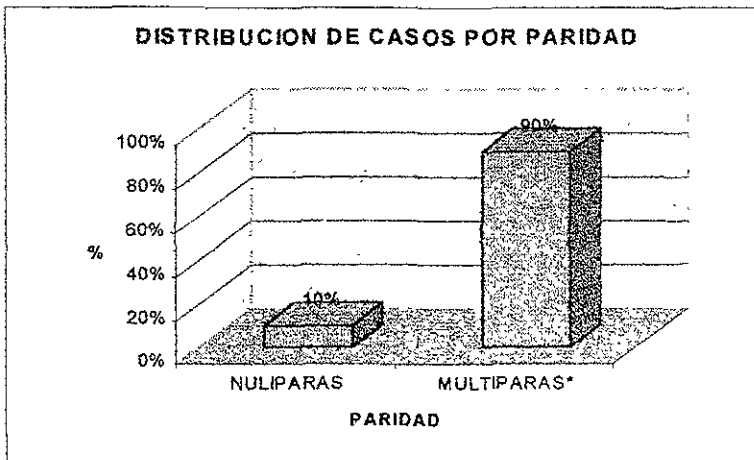
PARIDAD	PORCENTAJE	CASOS
NULÍPARAS	10%	1
MULTÍPARAS*	90%	9
TOTAL	100%	10

*Multípara: Dos o más hijos.

CUDRO 4-a.- Edad y número de hijos por pacientes.

EDAD	NÚM. DE HIJOS
42	2
43	8
47	2
47	6
47	2
50	7
54	12
54	8
54	0
54	4
\bar{X} :49.2	\bar{X} :5.1

GRAFICA 4



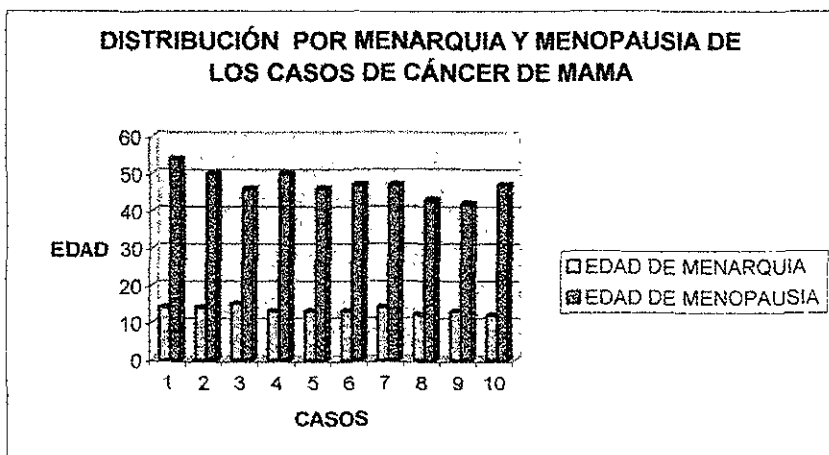
Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.
(Enero 1999- diciembre 1999).

CUADRO 5.- Edad de las pacientes en que se presentó la menarquía y menopausia.

CASOS	EDAD	MENARQUIA	EDAD	MENOPAUSIA
1	14		54	
1	14		50	
1	15		46	
1	13		50	
1	13		46	
1	13		47	
1	14		47	
1	12		43	
1	13		42	
1	12		47	
TOTAL=10		$\bar{X}=13.3$		$\bar{X}=47.2$

Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.
(Enero 1999- diciembre 1999).

GRAFICA 5

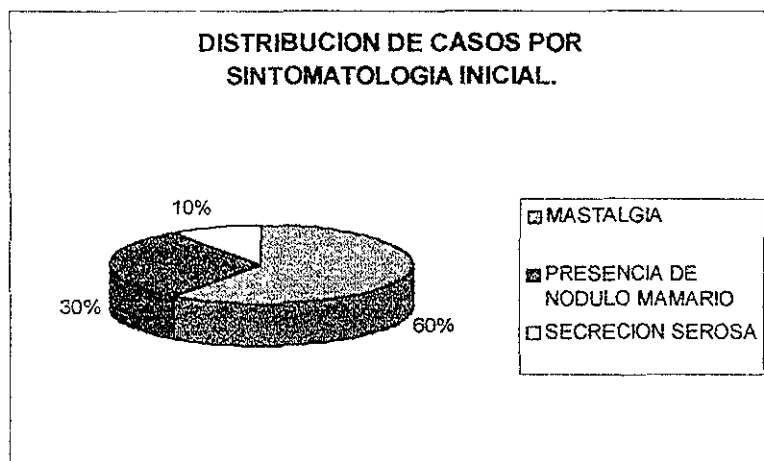


Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E , Puebla. (Enero 1999- diciembre 1999).

CUADRO 6.- Distribución de casos por sintomatología inicial.

SÍNTOMA O SIGNO INICIAL	CASOS	PORCENTAJE
MASTALGIA	6	60%
PRESENCIA DE NÓDULO MAMARIO	3	30%
SECRECIÓN SEROSA	1	10%
TOTAL	10	100%

GRAFICA 6



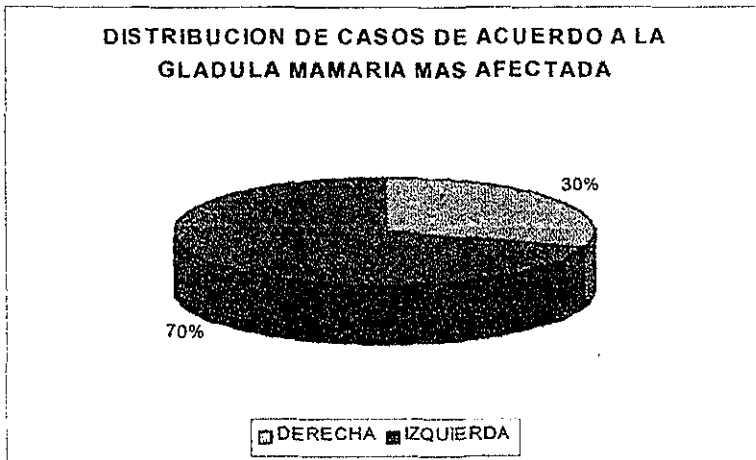
Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E , Puebla.

(Enero 1999- diciembre 1999).

CUADRO 7.- Distribución de casos de acuerdo a la glándula mamaria más afectada.

GLÁNDULA		
MAMARIA	CASOS	PORCENTAJE
DERECHA	3	30
IZQUIERDA	7	70
TOTAL	10	100

GRAFICA 7



Fuente. Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.
(Enero 1999- diciembre 1999).

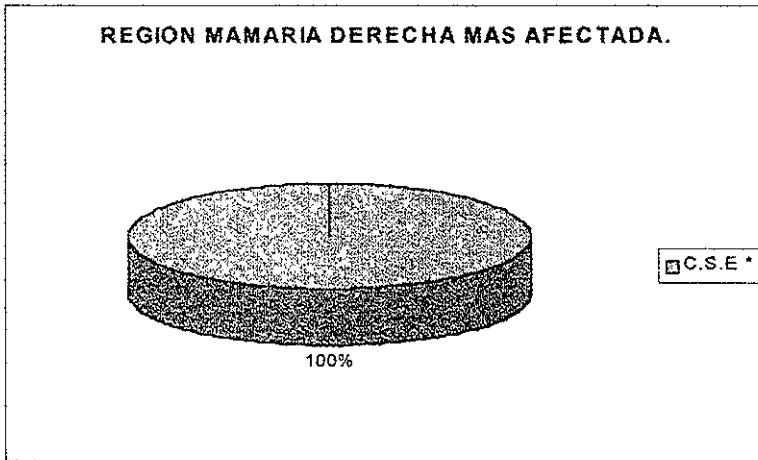
CUADRO 8.- Distribución de casos de acuerdo a la región mamaria derecha más afectada.

REGIÓN MAMARIA	CASOS	PORCENTAJE
C.S.E.*	3	100

*C.S.E.= Cuadrante superior externo.

Para determinar la región mamaria más afectada se decidió realizar el porcentaje por separado de cada mama, tomando como porcentaje total (100%) el número de casos presentado en cada mama, es así como el cuadro y la gráfica 8 nos muestra que en la glándula mamaria derecha, el 100% de los casos presentados en ella (3 casos) se detectó en el C.S.E.

GRAFICA 8



Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.
(Enero 1999- diciembre 1999).

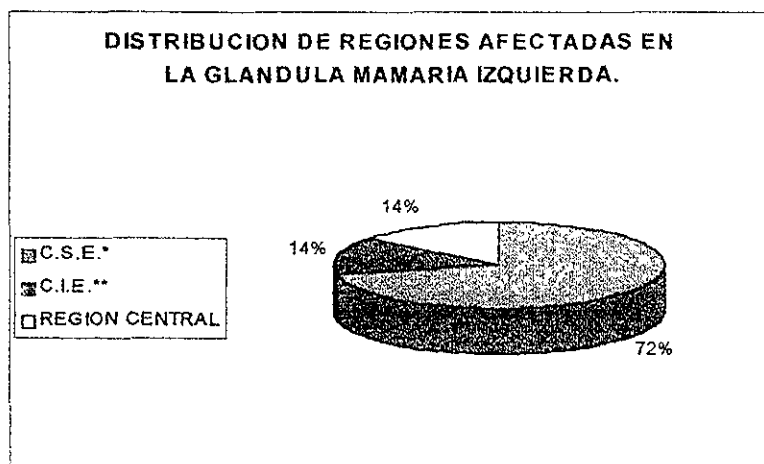
CUADRO 9.- Distribución de casos de acuerdo a la región mamaria izquierda más afectada.

REGIÓN MAMARIA IZQUIERDA	CASOS	PORCENTAJE
C.S.E.*	5	71.44
C.I.E.**	1	14.28
REGIÓN CENTRAL	1	14.28
TOTAL	7	100

*C.S.E.= Cuadrante superior externo.

**C.I.E.= Cuadrante inferior externo.

GRAFICA 9

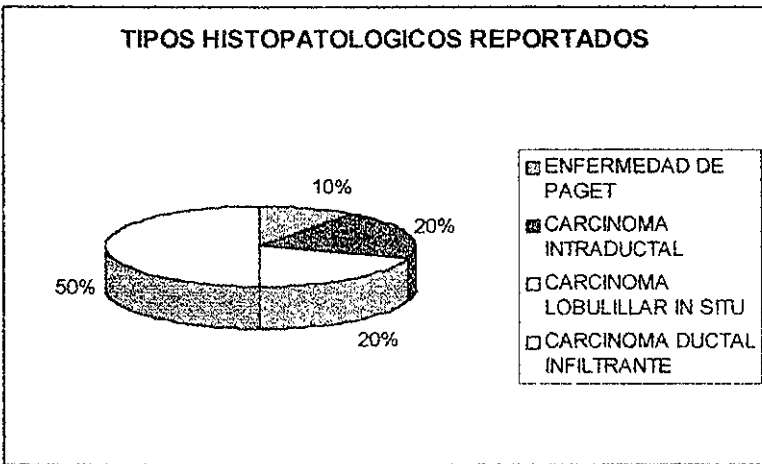


Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla (Enero 1999- diciembre 1999).

CUADRO 10.-Distribución de casos de cáncer mamario de acuerdo al tipo histopatológico reportado.

TIPO HISTOPATOLÓGICO	CASOS	PORCENTAJE
ENFERMEDAD DE PAGET	1	10
CARCINOMA INTRADUCTAL	2	20
CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU	2	20
CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE	5	50
TOTAL	10	100

GRAFICA 10



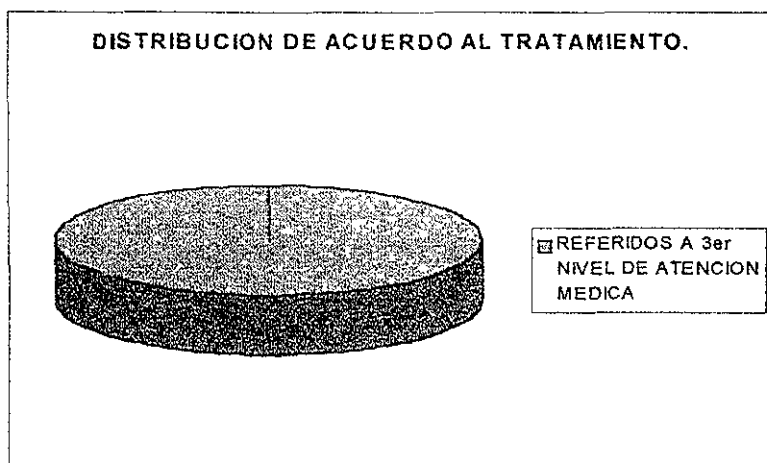
Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.

(Enero 1999- diciembre 1999)

CUADRO 11.- Distribución de casos de acuerdo al tratamiento establecido.

TRATAMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
REFERIDOS A 3er NIVEL DE ATENCIÓN		
MÉDICA	10	100

GRAFICA 11



Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.
(Enero 1999- diciembre 1999).

CUADRO 12.- Presentación de complicaciones por cáncer mamario en pacientes del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla, (enero 1999- diciembre 1999).

COMPLICACIONES	CASOS
NO SE REPORTARON	10

Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.
(Enero 1999- diciembre 1999).

CUADRO 13.- presentación de defunciones, en pacientes con cáncer mamario en el Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla, (enero 1999- diciembre 1999).

DEFUNCIONES	CASOS
NO SE REPORTARON	10

Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla.
(Enero 1999- diciembre 1999).

9.DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que del total de pacientes con patología mamaria, sólo el 2.6% fueron diagnosticados como cáncer mamario, por reporte histopatológico.

La totalidad de los casos correspondió al género femenino, lo cual coincidió con la literatura revisada, ya que el cáncer en la región mamaria masculina es una patología rara y poco frecuente en una proporción de 1:100 con respecto al cáncer mamario femenino (5).

De acuerdo al grupo de edad, el cáncer mamario predominó en la cuarta y quinta década de la vida, específicamente con una \bar{X} = 49.2 años.

Correspondiente a la paridad, presencia de menarquia temprana y menopausia tardía, el cáncer mamario predominó en nuestra investigación en mujeres multíparas en un 90%,

con presencia de menarquia y menopausia dentro de los límites normales de edad, a diferencia de los datos obtenidos en la literatura revisada (9, 23); ya que los factores de riesgo encontrados en el grupo de pacientes estudiadas fue la carga genética en el 100% de los casos, específicamente como historia familiar de cáncer de mama.

Como antes mencionamos en este trabajo no fue factor predominante para la presencia de cáncer mamario aunque por historia clínica completa se logró detectar antecedentes de cáncer de diferente etiología.

La sintomatología y/o signología inicial que obligo a las pacientes a acudir a la consulta externa fue por mastalgia, presencia de nódulo mamario y presencia de secreción serosa.

La región mamaria más afectada fue el cuadrante superior externo, predominando en la glándula mamaria izquierda, siendo el carcinoma ductal infiltrante el tipo

histopatológico más frecuente, coincidiendo en este punto, completamente con la literatura revisada (3, 5, 26, 27).

El tratamiento para estas pacientes fue referido en su totalidad a clínicas de tercer nivel de atención médica.

Durante el tiempo que duro la investigación, no fueron reportadas complicaciones y/o defunciones en las pacientes.

Concluido este trabajo y una vez que se a demostrado la frecuencia de cáncer mamario en los derechohabientes del hospital regional I.S.S.S.T.E., Puebla, es pertinente que se deben implementar nuevas estrategias o reforzar las ya existentes con la finalidad de capacitar de una manera más amplia a todo el personal médico y paramédico de la unidad y que esté en posibilidades de establecer la importancia de la autoexploración mamaria mensual, conocer las indicaciones para poder canalizar a las pacientes a un segundo ó tercer nivel de atención, oportunamente logrando con ello disminuir la morbimortalidad en la actualidad.

Se requiere que el médico familiar se incorpore a la "medicina activa ", haciendo promoción y educación en la salud como los más certeros y eficientes procedimientos preventivos realizando campañas permanentes de detección oportuna de estas neoplasias. Asimismo incorporándonos a diferentes sociedades médicas, culturales o sociales y encontrar un espacio para la difusión y promoción de la oncología básica

10.CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos observar que el cáncer mamario en el Hospital Regional I.S.S.S.T.E., Puebla, predominó en el sexo femenino en su totalidad, siendo la cuarta y quinta década de la vida, los grupos de edad más afectados, coincidiendo con lo que marca la bibliografía; comprobando nuestro objetivo. (5).

La nuliparidad, menarquia temprana y menopausia tardía, no fueron factores determinantes para la presencia de cáncer mamario en nuestra investigación, ya que en nuestra investigación el cáncer mamario predominó en mujeres multíparas, con presencia de menarquia y menopausia dentro del límite de edad normal, no coincidiendo en este aspecto con la literatura revisada. Siendo ésta la única variable cualitativa diferente que me hace comprender la gran importancia que tienen los factores predisponentes en ésta patología. (35).

El síntoma principal por el que las pacientes acudieron a la consulta externa fue por la presencia de mastalgia, correspondiendo el 60% en las pacientes detectadas.

El cáncer mamario predominó en la glándula mamaria izquierda, siendo el cuadrante superior externo, la región mamaria más afectada, predominando histopatológicamente el carcinoma ductal infiltrante, coincidiendo también con la literatura revisada: objetivo logrado y corroborado en la consulta externa de la unidad de medicina familiar.

Para su tratamiento fueron referidas en su totalidad a tercer nivel de atención médica y tratados según la etapa en que se encontraron.

Durante el tiempo que duró la investigación, no fueron reportadas complicaciones ni defunciones.

Es pues importante que el médico de primer nivel de atención, le haga saber a las pacientes, la importancia, de

la autoexploración mamaria mensual, además de que debe conocer las indicaciones para poder canalizar a las pacientes a un segundo o tercer nivel de atención médica oportunamente, logrando con ello disminuir la morbi-mortalidad actual.

Este estudio nos demostró la presencia de síntomas y signos del cáncer mamario en pacientes que asistieron a la consulta médica de la unidad de medicina familiar, concluyendo que el síntoma predominante del cáncer mamario fue la mastalgia en un 60% de los casos detectados en la población derechohabiente del hospital regional, I.S.S.S.T.E. en Puebla.

11.BIBLIOGRAFÍA

1. Sabiston D. Tratado de Patología Quirúrgica. Vol. 1, 12ª edición 1995. Edit. Mc Graw Interamericana. México, D.F. pp. 583-622.
2. Cunningham G. MacDonald P., Gant N. Williams Obstetricia. 20a Edición 1998, Edit. Panamericana. México, D.F. pp. 1193, 1194, 1254.
3. Isselbacher K., Braunwald E., Wilson J. Principios de Medicina Interna Harrison. Decimotercera edición 1994. Edit. Mc Graw Interamericana. México, D.F.: 2:2120-2133.
4. Ganong F. Fisiología Medica. Decimotercera edición 1992. Edit. Manual Moderno. México, D.F. pp. 415.
5. Robbins C.K. Patología Estructural y Funcional. Cuarta edición 1990. Edit. Mc Graw Interamericana. México, D.F.: 2:1239-1263.
6. Morabia A., Winder E. Epidemiología y evolución natural del cáncer mamario. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1990; 4: 747-756.

7. Linch H., Fitzgibbons R. Heterogeneidad y evolución natural del cáncer mamario hereditario. *clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1990; 4: 761-779.
8. Rivera E., Luna P. Epidemiología y aspectos genéticos del cáncer de mama. *Cirujano General* 1997; 19: 3: 180-186.
9. Way L. Diagnostico y tratamiento Quirúrgico 1995. Edit. Manual Moderno. México, D.F. pp. 353-374.
10. Sunderland M., William L. Indicadores pronósticos del cáncer mamario invasor. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1990; 5: 995-1008.
11. Franceschi D. Prognostic factor in breast cancer. *Cirujano General* 1997; 19: 3: 203-206.
12. Asins E., Barrenetxea G., Llixiona J. Breast cancer without acillary limph node involvement (pN0) five-year results. *Prog Obstet Ginecol* 1999; 42: 295-300.
13. Suros B. J., Suros B.A. *Semiologia medica y técnica exploratoria*. Séptima Edición 1995. Edit. Salvat. México D.F. pp. 618-624.

14. Hernández M., Olmedo A. Imagen en la glándula mamaria. *Cirujano General* 1998; 19; 3: 192-197.
15. Zeicchner GL., Mohar B.A. Epidemiología del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología. *Rev Inst Nal Cancerol* 1993; 39: 1825-1830.
16. Basset L., Manjikian V., Gold R. Mamografía y detección inicial del cáncer mamario. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1990; 4: 783-803.
17. Lee ME, Kirby IB. Técnicas para corroborar el diagnóstico de lesiones malignas del seno. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1990; 4: 823-836.
18. Colorado MS, Flores HB. Citología por aguja fina, informe de 143 casos. *Ginec Obst Mex* 1999; 67: 80-84.
19. Wilkinson E., Kirby IB. Técnicas y resultados de la citología por aspiración en el diagnóstico de enfermedades malignas y benignas del seno. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1990; 4: 809-819.

20. Crichlow WR. Cáncer de la región mamaria en el varón. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1990; 5: 1173-1184.
21. Sandoval F., Serrano JA. Cáncer mamario: *Pesquisa. Cirujano General* 1997; 19: 3: 187-191.
22. Jatoi I. Breast cancer screening. *Am J Surg* 1999; 177: 518-523.
23. Weinig MR, Usandizaga JM. Study of the hysteroscopy in patients with breast cancer before the adjuvant treatment. *Prog Obstet Ginecol* 1999; 42: 309-314.
24. Rodríguez CS. Consenso Nacional sobre el tratamiento del cáncer mamario. *Cirujano General* 1997; 19: 3: 179-227.
25. Marchant DJ. Tratamiento actual del cáncer mamario. *Clin Ginecol Obstet* 1994; 4: 539-544.
26. Aguilar U, Peña LV, Torrescano A. Carcinoma ductal in situ de mama. *Ginec Obstet Mex* 1999; 67: 43-49.

27. Grases J, Tresserra F. Ductal carcinoma in situ of the breast. Prog Obstet Gynec 1999; 42: 201-215.
28. Torres TR. Tratamiento quirurgico en las etapas I y II del cáncer mamario. Cirujano General 1997; 19: 3: 208-210.
29. Hoover J, Herbert C. cáncer mamario durante el embarazo y la lactancia. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1990; 4: 1159-1170.
30. Labastida S, Huerta J. Tratamiento de las etapas III del cáncer de mama. Cirujano General 1997; 19: 3: 211-215.
31. Osteen R, Smith B. Resultados de la cirugía conservadora y la radioterapia en el cáncer de seno. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1990; 4: 1011-1025.
32. Erazo A. Treatment of breast cancer stage IV and recurrences. Cirujano General 1997; 19: 3: 216-219.
33. Ochoa CF. Rehabilitación Integral post-mastectomia. Cirujano General 1997; 19; 3: 220-225.

34. Calderon NG, Flores F. Trastorno psicopatológico en enfermas mastectomizadas. Rev Med La Salle 1998; XIX; 3: 183-191.
35. Gutiérrez Herrera José Luis. Oncología. Textos de la BUAP. 1999; tomo II: 63-66.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de identidad

Nombre.....Fecha.....

No. Expediente.....Edad.....Sexo.....

Antecedentes GinecoObstétricos:

Menarca () Ciclo menstrual()

Vida sexual activa () Gestaciones()

Partos () Abortos () Cesáreas ()

Fecha de última regla () Edad de menopausia ()

Método anticonceptivo.....

Nulípara () * Multípara()

Síntomas y/o signos:

Loc. R. Afectada

	D	I
Mastalgia ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nódulo mamario ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreción serosa ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*mas de dos hijos.