

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE  
POSTGRADO  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO  
NACIONAL SIGLO XXI  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 A VENADOS  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL

CANCER DE MAMA EN PACIENTES  
JOVENES

REGISTRO CLIS: 3701-003-05

REGISTRO DELEGACIONAL: 2005-3701-003

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO  
DE LA ESPECIALIDAD EN:  
CIRUGIA GENERAL  
P R E S E N T A:  
DR. FLAVIO TULIO ANTUNEZ GIL

ASESOR: DR. VICTOR PEÑA ESTEVES

ASESOR: DR. EDUARDO QUINTERO AGUIRRE

PROFESOR TITULAR: DR. ROBERTO BLANCO BENABIDES



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

CANCER DE MAMA EN PACIENTES JOVENES  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1A VENADOS  
REGISTRO CLIS: 3701-003-05  
REGISTRO DELEGACIONAL: 2005-3701-003

DR. VICTOR PEÑA ESTEVEZ  
MEDICO DE BASE DE ONCOLOGIA  
QUIRURGICA

DR. FLAVIO TULIO ANTUNEZ GIL  
RESIDENTE DE 4° AÑO DE CIRUGÍA GENERAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1A VENADOS  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA ONCOLOGICA,  
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

CALLE TRIGO MZ 5 LT. 3 COL. TENORIOS DEL.  
IZTAPALAPA, D.F., CP: 09680, TEL: 54299030

# ACTA DE COMITE

# ACTA DE ASIGNACIÓN DELEGACIONAL

# AUTORIZACIONES

---

DR. EDUARDO QUINTERO AGUIRRE.  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD  
ASESOR

---

DR. ROBERTO BLANCO BENABIDES.  
JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

---

DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ  
CIRUJANO DEL SERVICIO DE  
GASTROCIRUGIA  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

---

DRA. NORMA JUAREZ DÍAS GONZALEZ  
DIRECTORA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

---

DR. VICTOR L. PEÑA ESTÉVEZ  
MEDICO DE BASE DE ONCOLOGIA QUIRURGICA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 A VENADOS  
ASESOR

---

DR. FLAVIO TULIO ANTUNEZ GIL  
RESIDENTE DE 4° AÑOS DE CIRUGIA GENERAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

## AGRADECIMIENTOS...

A MI PADRE EJEMPLO DE FORTALEZA, TRABAJO,  
RESPONSABILIDAD Y AMOR POR LOS SUYOS

A MI MADRE POR EJEMPLO DE AMOR ENTEREZA Y DEDICACIÓN

A MIS HERMANOS POR SU PACIENCIA Y AMOR INCONDICIONAL

A TODA MI FAMILIA POR SU APOYO Y AMISTAD

A MI HIJO QUE ES MI INSPIRACIÓN

A BRENDA POR SU APOYO Y ENTREGA EN LOS MOMENTOS  
DIFICILES



## INDICE

1. ANTECEDENTES.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
3. OBJETIVOS .....	8
4. ESPECTATIVA EMPIRICA.....	9
5. PACIENTES Y METODOS.....	10
6. CONSIDERACIONES ETICAS.....	12
7. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.....	12
8. RESULTADOS.....	13
9. DISCUSIÓN.....	20
10. CONCLUSIÓN.....	22
11. BIBLIOGRAFIA.....	23

## ANTECEDENTES:

El cáncer de mama es un importante problema de salud pública. En 1999 aproximadamente 190,000 mujeres en USA fueron Dx. con esa enfermedad. A pesar que el 65 % al 70% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de 50 años o más, miles de mujeres más jóvenes son Dx cada año con patología mamaria maligna.

Menos aun la probabilidad de que cualquier mujer en forma individual desarrolle un cáncer de mama antes de los 50 años es pequeña: sólo 1 de 2525 mujeres desarrollaran cáncer de mama a los 30 años, y sólo 1 en 217 a la edad de 40 años (1)

A pesar que los números absolutos son bajos, la incidencia de cáncer de mama aumenta bruscamente a lo largo de los años de la premenopausia. Después de la menopausia, la tasa de aumento Declina pero persiste en algún grado a todo lo largo de la expectativa de vida.

De algún modo, entonces, el cáncer de mama puede ser visto como dos enfermedades separadas una afectando a las mujeres premenopáusicas y otra afectando a mujeres mayores (2).

La edad es un factor de riesgo importante en el cáncer de mama, pero la localización geográfica también juega un rol. Por ejemplo, las mujeres Asiáticas, comparadas con las mujeres norteamericanas o Europa Occidental, tienen un riesgo muy bajo de la enfermedad (2). De todos modos los estudios de migración han demostrado que el riesgo de cáncer de mama de por vida en mujeres Asiáticas que migran a USA aumenta a un nivel que se ubica entre el que se

2

encuentra en Asia y el que se encuentra en USA. Y la primera generación de mujeres Asiáticas-Americanas tiene un riesgo de

cáncer de mama a lo largo de su vida que es idéntico al de las mujeres caucásicas nativas norteamericanas.

La incidencia de cáncer preinvasivo (por ej. Carcinoma ductal in situ) ha aumentado recientemente; este cambio ha sido atribuido, en parte, al menos, a un dramático aumento en la detección mamográfica. Este aumento ha sido observado en mujeres posmenopáusicas sin embargo es menos marcado en mujeres de entre 35 y 39 años de edad. Al mismo tiempo la incidencia de carcinoma invasor ha caído., acompañado por una pequeña disminución de la mortalidad. Las razones de esta caída se pueden deber al uso de la mamografía y a las mejoras en la hormonoterapia adyuvante y quimioterapia.

El cáncer de mama en mujeres premenopáusicas es difícil de diagnosticar, por las patologías mamarias coexistentes a esta edad , como la condición fibroquística de la mama y el fibroadenoma, además la mamografía tiene poco valor predictivo ya que solo el 3% de las pacientes jóvenes con cáncer de mama son diagnosticadas por este método(3).

Se han hecho estudios epidemiológicos, donde, se han logrado determinar, los factores que aumentan el riesgo de cáncer de mama (tabla 1). Como ejemplo, la menarca temprana, la menopausia tardía, una mayor edad del nacimiento del primer hijo vivo (o la nuliparidad), todas aumentan el riesgo de cáncer de mama. Esto se puede traducir en un aumento de la incidencia de cáncer de mama a medida que las mujeres llegan a su edad postmenstrual.

<b>Tabla 1. Factores de Riesgo para el Cáncer de Mama</b>					
<b>Factor de Riesgo*</b>	<b>Categoría de Comparación</b>	<b>Categoría de Riesgo</b>	<b>Riesgo Relativo</b>	<b>Prevalencia †</b>	<b>Riesgo de la Población</b>
Edad a la menarca	16 años	<12 años	1.3	16%	0.05
Edad a la menopausia	45-54 años	>55 años	1.5	6%	0.03
Edad al primer hijo vivo	<20 años	Nulípara o >30 años	1.9	21%	0.16
Enfermedad Benigna de la mama	Sin biopsia o aspiración con aguja fina	Cualquier patología benigna	1.5	15%	0.07
		Enfermedad proliferativa	2.0	4%	0.04
		Hiperplasia atípica	4.0	1%	0.03
Historia familiar de cáncer de mama	No afectación de familiar de primer grado.	Madre afectada	1.7	8%	0.05
		Dos familiares de primer grado afectados.	5.0	4%	0.14
Obesidad	10th percentilo	90th percentilo	1.2	18%	0.03
Uso de Alcohol	No bebedora	Bebedora moderada	1.7	12%	0.08
Terapia hormonal de reemplazo	Nunca utilizada	Usuaría actual, edad 50-59	1.5	18%	0.08

Una historia de enfermedad benigna de la mama (especialmente en un caso en el que se realizó biopsia) también aumenta el riesgo de cáncer de mama. Los cambios proliferativos aumentan el riesgo aún más, y la hiperplasia atípica lobulillar o ductal se asocia con el aumento más significativo del riesgo.

La historia familiar de cáncer de mama invasor en un pariente de primer grado (por ej. , madre, hermana o hija) representan un riesgo mayor. Especialmente si dos o más familiares de primer grado están afectadas. La obesidad la obesidad se ha asociado con un riesgo aumentado de cáncer de mama, sin embargo estudios recientes no encuentran diferencias significativas de riesgo en mujeres obesas menores de 35 años (4). El consumo moderado a intenso de alcohol también puede elevar el riesgo de cáncer de mama de manera sustancial a través del efecto dosis respuesta. El uso de terapia hormonal de reemplazo puede aumentar levemente el riesgo entre las usuarias actuales, pero esta tasa parece retornar a la línea de base después de los 5 años del cese de su uso. El ejercicio puede disminuir el riesgo de cáncer de mama, especialmente cuando se inicia

temprano en la vida, si es vigoroso y realizado 3 a 4 veces por semana.

A pesar de que los mecanismos por los que estos factores median el riesgo de cáncer de mama no son completamente comprendidos, las alteraciones en los niveles de estrógenos circulantes y progestinas, o el metabolismo tisular local de esas hormonas, pueden jugar un rol. De hecho, los niveles circulantes de estrona y estradiol son más altos en las mujeres nulíparas que en las multíparas, mientras que la concentración de globulinas fijadoras de hormonas sexuales son inferiores. A pesar de eso, solo la mitad de los cánceres de mama actualmente pueden ser explicados por factores de riesgo conocidos; esto significa, que el riesgo atribuible a la población es solo de alrededor del 50%.

Varios modelos epidemiológicos han sido desarrollados para ayudar a los clínicos a predecir el riesgo de sus pacientes a desarrollar cáncer de mama. El modelo publicado por Gail y col. Usa 5 factores de riesgo (edad de la menarca, edad actual, No. de biopsias de mama, edad del nacimiento del primer hijo vivo, y número de familiares de primer grado con cáncer de mama) para proyectar la probabilidad a 10, 20 y 30 años de desarrollar cáncer de mama. El instituto Nacional del Cáncer, en los Estados Unidos, ha trasladado este modelo a un programa de Windows que determinará tanto la probabilidad a 5 años como por el resto de la vida. Sin embargo el modelo de Gail puede no ser el instrumento ideal, para evaluar el riesgo en mujeres cuyas historias familiares sugieren la presencia de mutación, genética predisponente. Las mutaciones del BRCA1, BRCA2, ataxia-telangectasia, p53, y otros genes han sido asociados con un marcado ascenso en el riesgo de cáncer de mama a los largo de la vida (5). Las mujeres con múltiples familiares de primer grado afectadas, familiares afectados a edad temprana, o parientes con cáncer de ovario, cáncer de mama bilateral y/o cáncer de mama masculino son candidatas para derivación a un médico genetista para educación consejo y testeo genético predictor.

Un gran debate rodea al uso de la mamografía de detección en mujeres entre 40 y 49 años. Más aún, no hay datos disponibles que indiquen si la detección por mamografía beneficia a mujeres menores

de 40 años con riesgo aumentado de cáncer de mama, los beneficios potenciales de la detección por mamografía incluyen la disminución de la mortalidad, el aumento de la aplicación de la cirugía conservadora, y la certeza de los hallazgos negativos. De todos modos el método de detección por mamografía presenta riesgos, particularmente en las mujeres más jóvenes. Esto incluye molestia física por la compresión de la mama, pruebas adicionales innecesarias debido a hallazgos falsos positivos en un tejido mamario más denso, sobretratamiento potencial de lesiones, que no ponen en riesgo la vida, al ser diagnosticadas, confianza inapropiada, derivada de hallazgos falsos negativo, y secuelas psicológicas de someterse a un procedimiento de detección con resultado incierto.

Una paciente con riesgo elevado y una masa simple, dominante deben someterse a evaluación diagnóstica, ultrasonografía y mamografía de tres vistas, La resonancia magnética nuclear (RMN) para la mama puede facilitar el diagnóstico en las mujeres más jóvenes con mamas densas, sin embargo la RMN permanece en investigación.

En la práctica médica, el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres jóvenes es difícil y a veces no se sospecha, debido a su baja incidencia, por lo que se pasa por alto. Deben tomarse en cuenta los factores de riesgo, síntomas mamarios e identificar riesgos, para diagnosticar oportunamente.

## PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

-¿QUÉ CARACTERISTICAS CLINICAS PRESENTAN LAS PACIENTES JOVENES MENORES DE 40 AÑOS CON CA DE MAMA ATENDIDAS EN EL PERIODO DE MARZO DE 1999 A DICIEMBRE DEL 2004 EN EL HGZ 1 A VENADOS

OBJETIVO:

- DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS CLINICAS EN NUESTRAS PACIENTES JOVENES (MENORES DE 40 AÑOS) CON CA DE MAMA.



## ESPECTATIVA EMPIRICA

- El riesgo de CA de mama en pacientes jóvenes, se ha tratado de establecer, usando factores de riesgo ya determinados para esta patología, con lo cual se otorga un riesgo relativo, que norma la conducta del facultativo, para prevenir el padecimiento (estudios diagnóstico no invasivos, invasivos, hasta mastectomía profiláctica). Estos estudios epidemiológicos se han realizado en poblaciones de países desarrollados.
- Los factores varían, en las diferentes poblaciones, debido a las diferencias culturales, raciales y socioeconómicas, por lo que en nuestra población tendrá variantes, el uso de alcohol que es una adicción no tan difundida en nuestra población femenina comparado con las mujeres de países desarrollados; la edad mas temprana de menarca en nuestras mujeres por las diferencias raciales, de entorno y de clima, lo que aumenta el tiempo de exposición hormonal (estrón y estradiol) del tejido mamario ; la edad a la que se tiene el primer hijo vivo en nuestra población es mas temprana lo que reduce los niveles de estrón y estradiol circulantes, además que se altera el metabolismo tisular local y aumentan las concentraciones de globulinas fijadoras de estrógenos en la sangre los que disminuye el riesgo, y en el diagnostico de enfermedad benigna de la mama (especialmente los cambios proliferativos y la hiperplasia atípica lobulillar y ductal) aumentan el riesgo relativo, esto esta subestimado en nuestra población por la falta de educación medica.

## PACIENTES Y METODOS

### a) DISEÑO

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal, en el HGZ 1 A venados dependiente del I.M.S.S., servicio de Cirugía Oncológica, revisamos 193 resultados de pacientes con cáncer de mama en el periodo comprendido de marzo de 1999 a diciembre del 2004., de los cuales 20 eran menores de 40 años de edad ( rango de los 18 a 39 años, media de 32.87 ) con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama, realizado en este hospital, ya sea por BAAF, punción con aguja de Trucut, biopsia excisional o insicional.

### b) VARIABLES

Para este estudio tomaremos las siguientes características clínicas positivas para CA de mama: Edad de la menarca(mayores de 12 años) , edad de la menopausia (mayores de 50 años) , edad a la que se tuvo el primer hijo vivo (mayores de 30 años), antecedentes de enfermedades benignas de la mama (enfermedad proliferativa e hiperplasia atípica), historia familiar de Ca de mama (parientes en primer grado), obesidad (IMC mayor de 30kg/m<sup>2</sup>), Uso de alcohol ( de moderado a intenso) y el uso de terapia hormonal de reemplazo(usaría actual de 50 a 58 años de edad).

Se revisaron sus expedientes tomando en cuenta las siguientes variables:

1. Antecedentes de cáncer de mama, en familiares de primer grado (madre, hermana, hija), que aumenta el riesgo de CA de mama

2. Menarca (12): aparición de la primera menstruación, la cual ocurre entre los 12 y 13 años, pero puede aparecer antes o después sin implicar problemas funcionales y se denomina menarca temprana a la que ocurre antes de los 12 años y tardía después de los 13 años

3. Edad a la cual se tiene el primer hijo vivo, se considera la edad óptima para procrear entre los 25 y 35 años sin embargo consideraremos menores de 30 y mayores.

4. Menopausia (12): es la última menstruación que presenta la mujer en su vida y marca el final de la edad reproductiva, ocurre entre los 46 y 47 años, puede presentarse antes o después, denominándose precoz antes de los 38 años y tardía después de los 50 años.

5. Enfermedades benignas de la mama, la patología mamaria esta representada en su mayor parte padecimientos benignos como la condición fibroquística, y las enfermedades proliferativas como la hiperplasia ductal y lobulillar, los cuales son antecedentes de importancia para el CA de mama.

6. Complejión: la obesidad (11) se define utilizando las tablas de estatura y peso, calculando el índice de masa corporal (IMC)  $\text{peso} / (\text{estatura})^2$ . Un índice de masa corporal de 20 a 25 es normal, se considera sobrepeso al IMC mayor de 27 y obesidad al IMC mayor de 30 Kg./m<sup>2</sup>

7. Terapia de reemplazo (12): esta integrada básicamente por dos compuestos por estrógenos conjugados a dosis de 0.625 mg/día o más, y estradiol 2 mg/día, se ha comprobado que el uso en general de estrógenos aumenta el riesgo de CA de mama y de útero.

8. Alcoholismo: el consumo de alcohol de moderado (más de una vez por semana llegando a la embriaguez) intenso (más de dos veces por semana llegando a la embriaguez)

## CONSIDERACIONES ETICAS:

No se requiere de consentimiento ya que se revisaran expedientes clínicos sin afectar directamente al paciente. Se reservaron la confidencialidad y el anonimato de pacientes y médicos tratantes.

## RECURSOS PARA EL ESTUDIO:

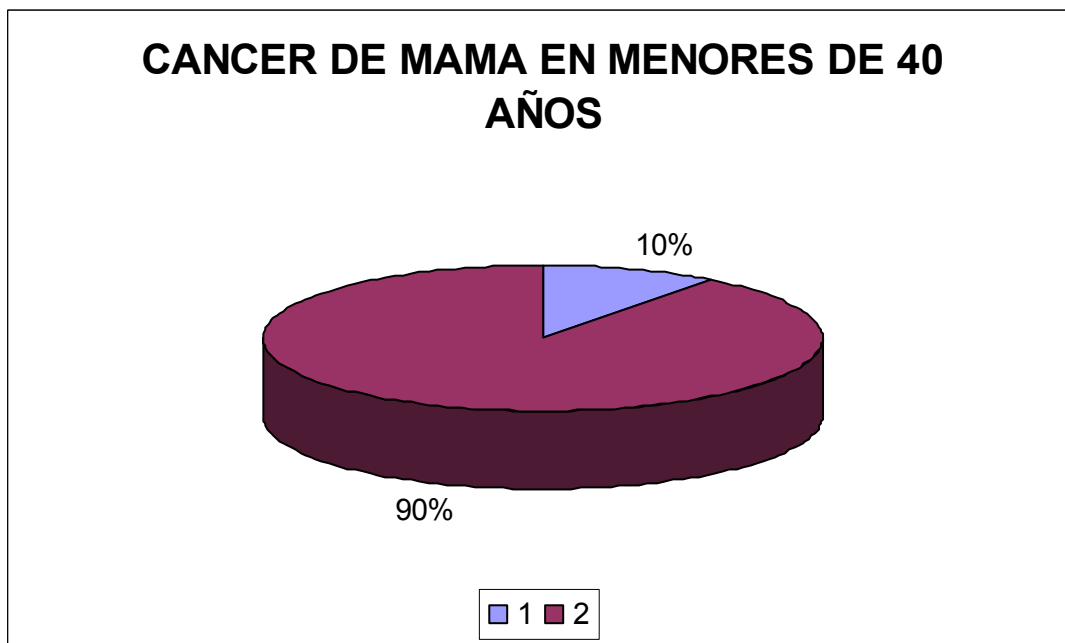
El personal que participará es medico residente de cirugía general 4º año, Personal del servicio de Cirugía oncológica así como del servicio de patología, se utilizarán los expedientes clínicos y los archivos de patología No se requiere de presupuesto.

## RESULTADOS:

De un total de 193 muestras positivas para CA de mama de los archivos de patología 20 cumplieron con ser menores de 40 años (media 32.87 años) lo que equivale al 10.36% (G I), se identifico como CA ductal infiltrante en la totalidad de las pacientes.

En la población estudiada se identificaron las siguientes características clínicas dominantes: antecedentes familiares en 3 pacientes (15%) (GII) , menarca tardía(12 años o más) 13 pacientes (65%), menopausia negativa en la totalidad de la población, primer producto vivo antes de los 30 años 18 (90%), enfermedades benignas de la mama se reportaron negativas en 19 pacientes (95%), IMC mayor de 30 se observo en 5 pacientes (35%), Uso de alcohol de moderado a intenso fue negativo en la totalidad de la población estudiada, el uso de terapia hormonal de reemplazo solo se identifico en una paciente (5%).

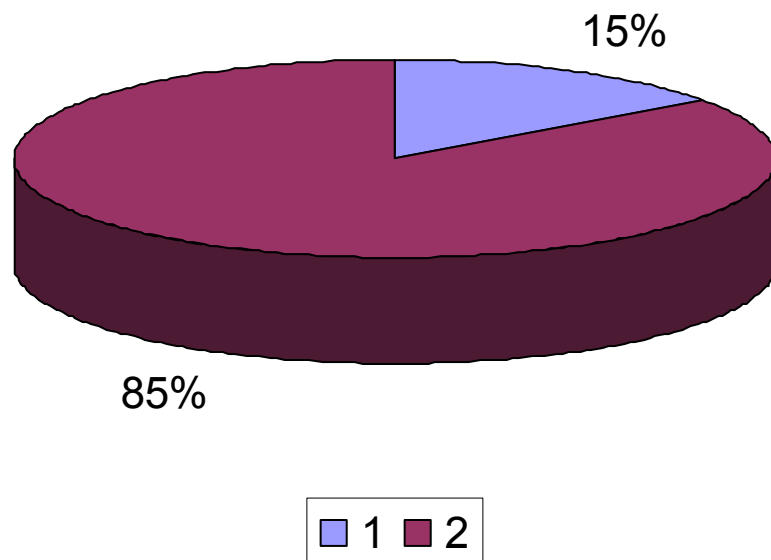
GI:



1. CANCER DE MAMA EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS
2. CANCER DE MAMA EN MAYORES DE 40 AÑOS

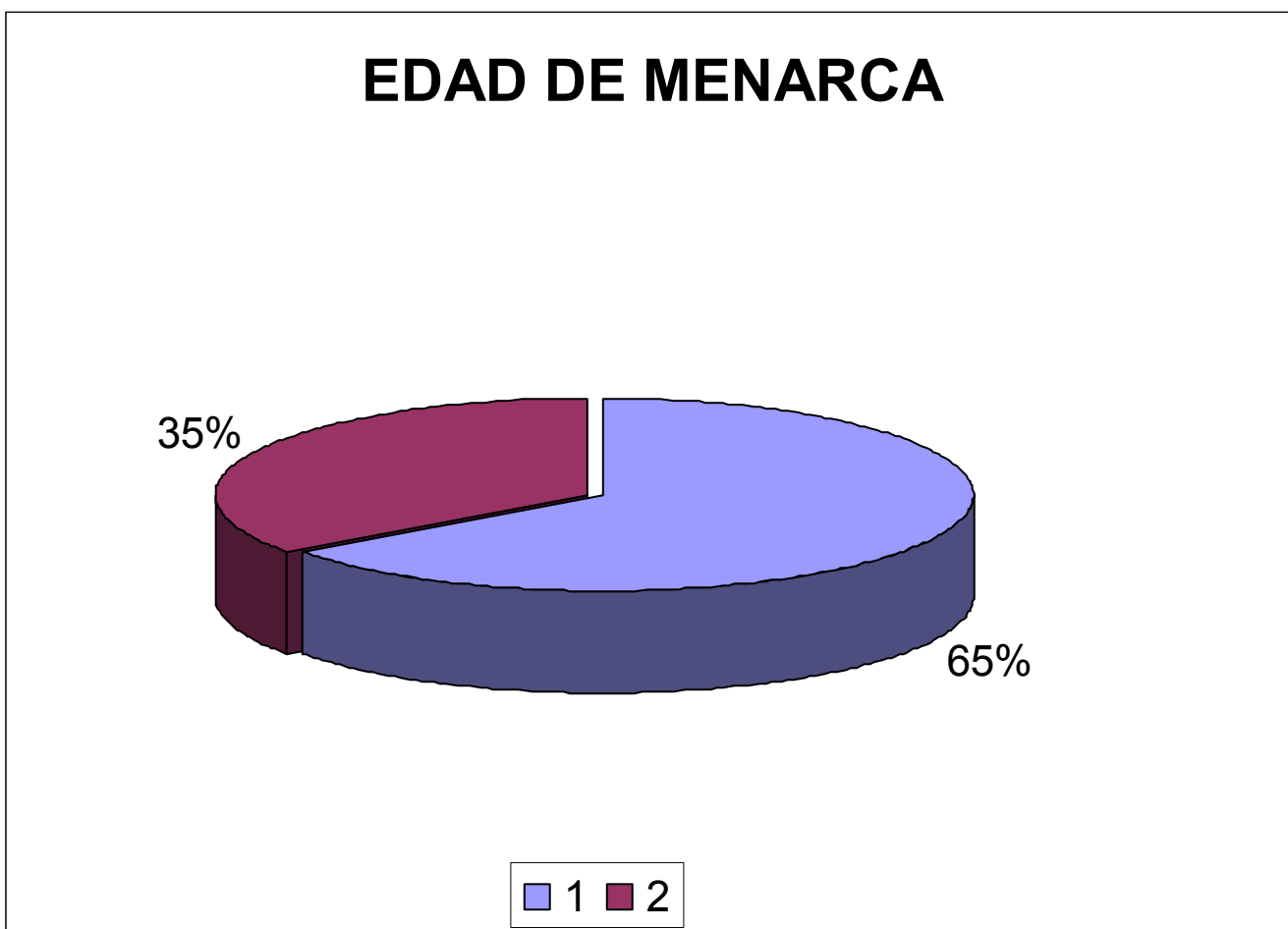
GII

## ANTECEDENTES DE CA DE MAMA EN FAMILIARES DE 1ER GRADO



1. ANTECEDENTES POSITIVOS
2. ANTECEDENTES NEGATIVOS

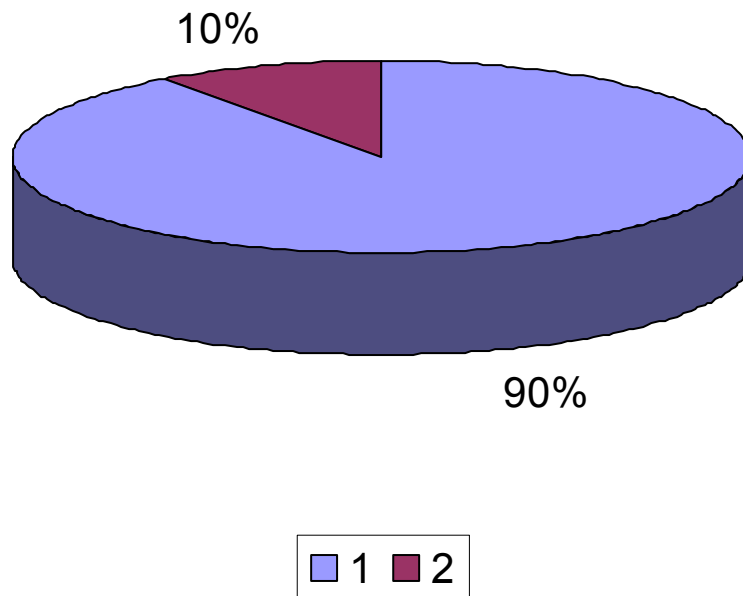
GIII.



1. MENARCA DE 12 AÑOS O MÁS
2. MENARCA EN MENORES DE 12 AÑOS

GIV.

## EDAD A LA QUE SE TUBO EL PRIMER HIJO VIVO

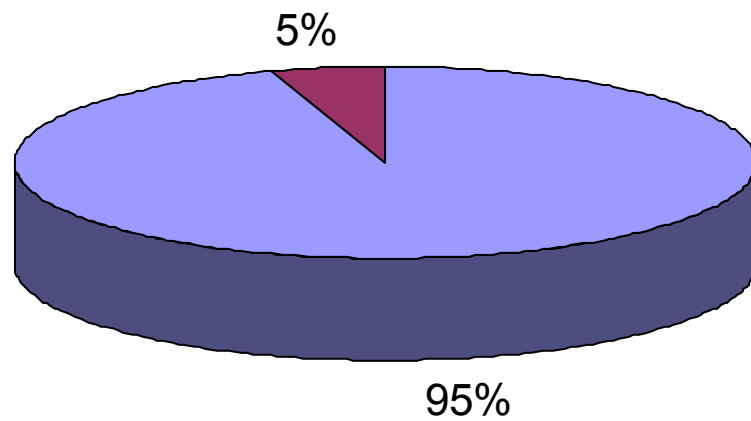


1. ANTES DE LOS 30 AÑOS
2. DESPUES DE LOS 30 AÑOS



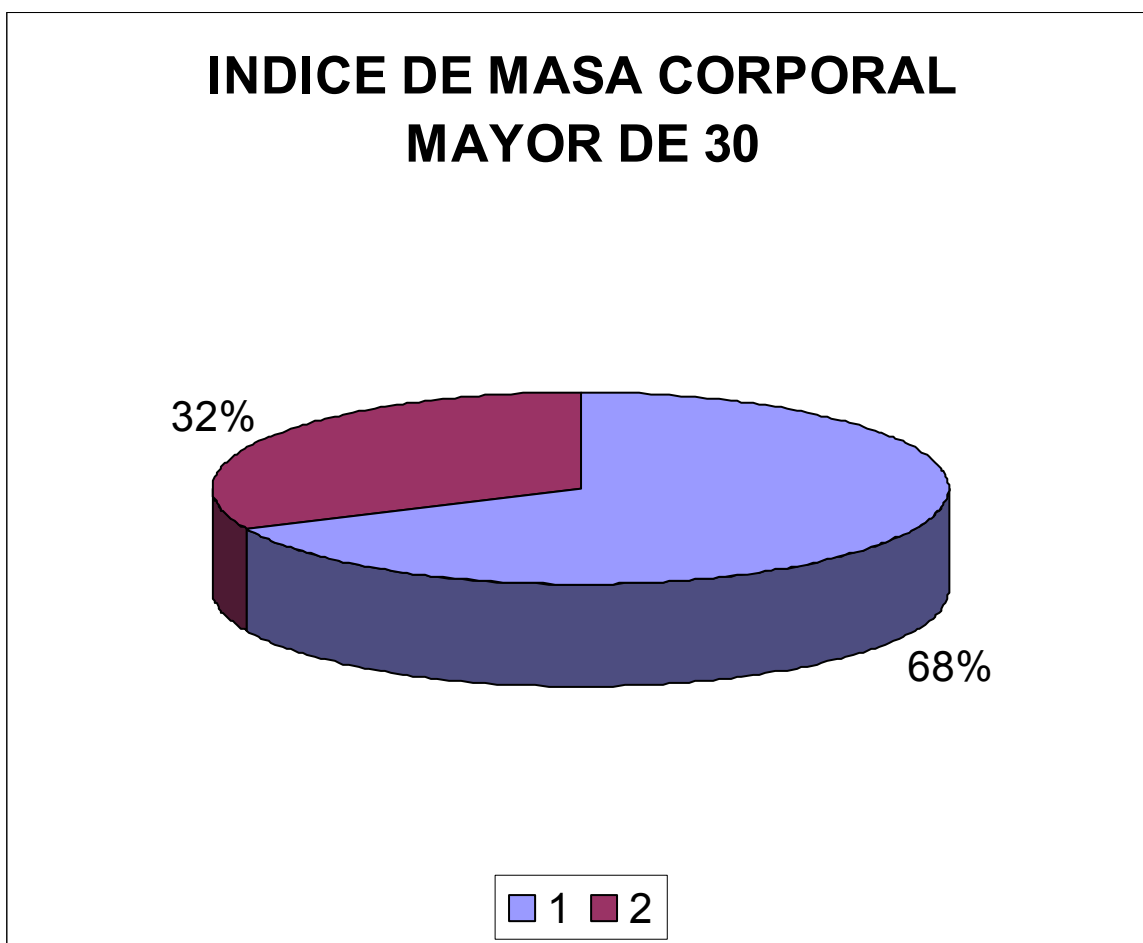
GV.

## ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES BENIGNAS DE LA MAMA



1. SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES BENIGNAS DE LA MAMA
2. CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES BENIGNAS DE LA MAMA

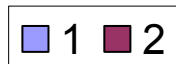
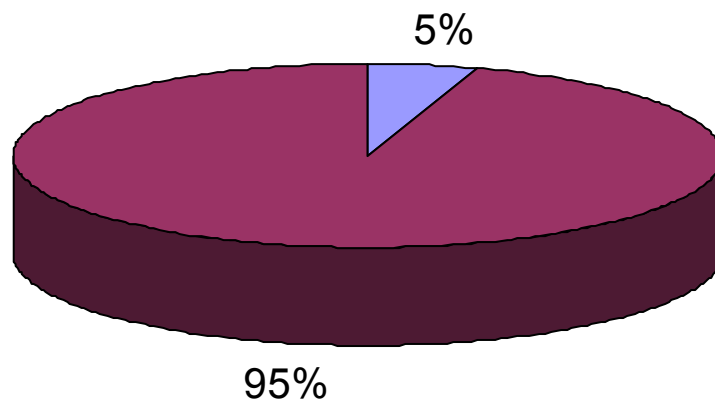
GVI



1. INDICE DE MASA CORPORAL MENOR DE 30
2. INDICE DE MASA CORPORAL MAYOR DE 30

GVII.

## USO DE TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO



1. PACIENTES QUE USAN HORMONALES
2. PACIENTES QUE NO LOS USAN

## DISCUSION:

En México el CA de mama ocupa el 2° lugar en frecuencia 10.8% en general y 16.4% del total de canceres en la mujer , tiene una distribución regional que depende del desarrollo económico e industrial observándose los más altos porcentajes en el D.F. y estados del norte, y una mayor frecuencia en mujeres de menos de 45.5% en menores de 50 años a diferencia de lo reportado en pacientes europeas y norteamericanas en que se observa después de los 60 años, se reporta una incidencia del 14% en mujeres de 30 a 39 años (14), en este estudio observamos una frecuencia del 10.36%.

De las características clínicas dominantes encontradas para nuestra población se encontró discrepancia en: la obesidad encontrándose una prevalencia del 32% (siendo la reportada del 18% para mujeres anglosajonas,  $p:0.003$ ), ya Lazcano (15) en su artículo de revisión reportó aumento del riesgo de sufrir CA de mama en pacientes con aumento de la ingesta de grasa principalmente durante la infancia y adolescencia lo que se relaciona con el aumento del IMC , en mujeres mexicanas, sin embargo en otro reporte Martínez y col.(16) en poblaciones del norte del país no reporta diferencia significativa para la obesidad en pacientes con CA de mama y controles sanos.

En cuanto a la historia familiar de cáncer de mama ya esta bien establecido que la presencia de familiares de 1er grado aumentan el riesgo de padecer CA de mama , por la presencia de genes dominantes de alta penetrancia, que hace más frecuente el CA de mama antes de los 35 años, en este estudio, se observó una prevalencia del 15% (siendo la reportada del 8%,  $p=0.035$ ) en su artículo de riesgos para CA de mama en poblaciones del norte de México Martínez (16) no reportó diferencia significativa, entre los grupos control y las pacientes con CA de mama.

La edad de la menarca se observó antes de los 12 años en 35% de nuestras pacientes (reportada 16%,  $p=0.06$ ), se ha probado que el estímulo hormonal prolongado del tejido mamario aumenta el riesgo de CA de mama, en el estudio de Martínez (16) no se reporta diferencia estadísticamente significativa.

Las pacientes mayores de 30 años que tuvieron el 1er hijo vivo, dio positiva en el 10% de nuestras pacientes, siendo reportada una prevalencia del 21% ( $p: 0.02$ ) en poblaciones anglosajonas, y sin significancia estadística en el estudio de Martínez (16).

En cuanto a los antecedentes de enfermedad benigna del la mama especialmente cuando se ha sometido a biopsias previas aumenta el riesgo de CA de mama, se observó un 5% comparado con 15% en lo reportado ( $p: 0.01$ ),

La terapia hormonal de reemplazo, el uso de terapia hormonal durante largos periodos de tiempo aumenta el riesgo de CA de mama y se ha observado que es mayor cuándo se usa por mas de 5 años en mujeres premenopáusicas y por mas de 10 años en menopausicas fue positiva en 5% de nuestras pacientes, y 18% en los reportes ( $p: 0.003$ )

## CONCLUSION:

Las características clínicas dominantes coinciden con los reportes de países latinoamericanos y de nuestro país, observándose prevalencia, de CA de mama, en pacientes menores de 50 años ( 45.5%) y hasta del 14% en pacientes menores de 40 años , lo que difiere de los reportes de mujeres Norteamericanas y Europeas que presentan una frecuencia del 65 al 70% en pacientes mayores de 50 años, también se observan diferencias en cuanto a los factores de riesgo descritos por Gail y col. Observándose solo una prevalencia en cuanto al sobrepeso, edad en que se presento la menarca y la historia familiar. La serie que presentamos es pequeña, sin embargo, se pueden observar diferencias en cuanto los reportes hechos en mujeres anglosajonas.

Se han hecho estudios en nuestro país en cuanto a la epidemiología del cáncer de mama, sin embargo, no se ha podido dilucidar que factores de riesgo se deben de tomar en cuenta en nuestra población

También se deben estudiar, otros factores, que se encuentran en nuestras pacientes como: el número de abortos, inicio de vida sexual activa, el número de hijos, tipo de genes presentes en nuestra población.

Será necesario, estimar la magnitud de la fuerza de asociación de las características clínicas presentes en nuestra población en un estudio prospectivo que incluya una población control.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Ries LAG, Kosary CL Hankey BF, et al, eds. SEER Cancer Statistics Review. 1973-1996. Bethesda, MD: National Cancer institute; 1999.
2. Innes Kim; Byres, Tim; Schymora, Mona. Birth Characteristics and Subsequent Risk for Breast cancer Very Young women. British Medical Journal 152 (12) 15 diciembre 2000, 1121-1128.
3. Guenmer J , Michael MD ; Kingen Donal M MD; Giuliano, Armando E. MD. Feasibility of breast conserving therapy for younger women with breast cancer. British Journal of Surgery. 131(6), junio 1996, 652-656.
4. Peacock, Susan L. ; While, Emily; Daling, Janet R., Voigt Lynda F. , Malone, Kathleen E. Relation between Obesity and breast cancer in young women. J natl cancer inst.144 (4) febrero 1999, 339-346.
5. Choi Doo Ho; Lee, Min Hyuk, Bale, Allen E.; Carter Darryl; Haffy, Bruce G. Incidence of BRCA1 and BRCA 2, mutations in young korean breast cancer patients. American Society of clinical Oncology, 22(9), mayo 2004, 1638-1645.
6. Coskin T., Dayler, G; Kama N, A; FM; Doganay M. The influence of young age on outcome in women with pathological stage II and III breast cancer. Euro surgery. 84(2) sup. 2, junio 1997 16-17.
7. Cook L.S. Demers PA; Malone KE; Daling JR; Voigt L.F. Weiss. Occupation and the risk of breast cancer in young women. British med. Journal. Junio 2000, 573-574.
8. Guerra I; Algorta J; Diaz de Otazu R.; Pelayo A. ; Farina J. Immunohistochemical prognostic index for breast cancer in young women. British Med. J. 56(6) diciembre 2003, 323-327.
9. Lillo Fiona, Zeitan A.; Odais, L, L; Evans, DER. Accuracy of recording of family history of young breast cancer patients. Journal Med. Genetics. Sep. 1998, 85(15) 425-426.
10. Travis, Lois B: MB; Hill, Derrdie A. PhD; Dores, Graca, MD. Breast cancer following radiotherapy and chemotherapy among young women with Hodgkin Disease. British J.of surgery. Julio 2003, 290(4), 465-475.
11. Fauci Braunwald, et al. Principios de Medicina Interna Harrison. MacGraw-Hill, Interamericana 14ava edición, 2000, Vol. I , p:16.

12. Mondragón Castro Héctor. Ginecología básica. Trillas , 3<sup>a</sup> reimpresión , agosto 2000, p:44
13. Segismundo: Más allá de la terapia hormonal de reemplazo clásica, ed. Debor , 1 edición marzo del 2001, México p.14
14. Dr. Sergio R.C., Dra. Guadalupe M. M., Dra. Sonia L. A., Cancer de mama en México ¿enfermedad de mujeres jóvenes?, ginecol, obst. Vol. 68, marzo 2000: 185-90
15. Lazcano P.E., Tovar GV, Alonso OP, Romieu I. López C.L., Cáncer de mama un hilo conductor histórico presente y futuro. Salud publica de Méx. 1996, 38(2):139-52.
16. Guadalupe M. A., Pedro. C.R., Sergio G.Fco, Rosales H., Factores predisponentes para cáncer de mama en la Región Lagunera. Ginecol. Obst. México,