



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
CURSO DE ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA ONCOLÓGICA
CA DE MAMA: EXPERIENCIA DEL INCAN EN CIRUGIA
CONSERVADORA

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
SUBESPECIALISTA EN GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

PRESENTA:

DRA. ARTFY BANDERA DELGADO

MÉXICO, D.F.

2012



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

Dra. Silvia Patricia Villarreal Colin

Director de Tesis

Instituto Nacional de Cancerología

Dra. Sylvia Verónica Villavicencio Valencia

Subdirectora de Educación Médica

Instituto Nacional de Cancerología

Dra. Artfy Bandera Delgado

Médico Residente de Tercer Grado Ginecología Oncológica

Autor

Instituto Nacional de Cancerología

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Mis hijos y esposo que son mi inspiración para salir siempre adelante.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por permitirme ser médico y mejorar como persona cada día.

Gracias a mi esposo que es un ejemplo a seguir.

Gracias al INCAN por permitirme ser parte de él.

ÍNDICE

Capítulo No. 1

Introducción

Resumen

Definición del Problema

Marco Teórico

Capítulo No. 2

Objetivos

Hipótesis

Justificación

Material y Métodos

Capítulo No. 3

Resultados

Capítulo No. 4

Discusión

Conclusiones

Capítulo No. 5

Bibliografía

CAPITULO 1

INTRODUCCION.

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública mundial y es la patología mas frecuente en nuestro instituto. El tratamiento del cáncer de mama operable se ha modificado en las ultimas décadas hacia procedimientos menos agresivos, como la cirugía conservadora de mama.(CCM)

La CCM se define como la resección completa de tumor con un margen concéntrico de tejido sano, realizado de una manera cosméticamente aceptable,(1,2,3) y que en pacientes adecuadamente seleccionados es equivalente a la mastectomía en términos de recurrencia y supervivencia.(4,5) Este tipo de procedimiento se realiza en pacientes con tumores menores de 3 cm, siempre y cuando la relación mama tumor sea respetada.(6,7) La evaluación quirúrgica de los ganglios axilares forma parte rutinaria de la CCM y esto puede realizar mediante una disección radical de axila (DRA) o la técnica de ganglio centinela (GC).(8,9,10) En México existen pocos reportes sobre la experiencia de este tipo de procedimiento.

RESUMEN

Objetivo: Revisar la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología en CCM

Diseño: Estudio retrospectivo, periodo 1981 a 2006, Se revisaron 230 expedientes de pacientes que se les realizo CCM.

Resultados: pre-menopausicas 49.5%, pos-menopausicas 50.4%, la histología más frecuente fue el CCI 80.4%, recurrencias 12.1%, y solo un 5.4% del 2000 a 2006, los factores histológicos más importantes que contribuyeron a las recurrencias fueron la comedonecrosis y la PVL, las edades más afectadas fueron 41 a 50^a. 33% y 51 a 60^a. 27%, y las que se relacionaron con mayor porcentaje de recurrencia fueron las pacientes menores de 30 años. los EC que se llevaron a este procedimiento fue en un 35.2% el EC I, 28.6% EC IIA, 25.2% EC IIB, y los EC que recurrieron en un 50% fueron el EC IIIB y IIIC , T1 se presento en un 55.2%, y recurrió 11.8%, Tx recurrió en un 21%, N0 (p) se presento en un 61.3%, las pacientes con mas de 10gg recurrieron en un 33.3%, la axila se manejo con DRA en 63.4%, GC 18.6%, GC + DRA 17.8%, las paciente fueron RH pos. 51.7%, RH neg. 23.9%, desconocidos 24.3%. Las recurrencias se presentaron mayor frecuencia en aquellas que tenían RH neg. y también con RH desconocidos o positivos que no recibieron TMX en el posqx. los campos de radiación (tangenciales vs CMC) no tuvieron relevancia en las recurrencias.

Actualmente se encuentran vivas sin enfermedad un 77.8% de las pacientes y vivas con enfermedad un 2.1%, se perdieron durante el seguimiento el 14.7%, y han muerto solo el 5.1%

Conclusiones: La cirugía conservadora en el INCan es en la actualidad un tratamiento estándar para los estadios tempranos en cáncer de mama, con supervivencia similar a la mastectomía radical modificada y con porcentajes de recurrencia cada vez menores.

DEFINICION DEL PROBLEMA

La evidencia reciente demuestra que el cáncer de mama es hoy en día una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de todo el mundo. En forma paralela, la investigación ha producido nuevas opciones diagnósticas y terapéuticas; muchas de las cuales tienen un costo elevado, pero han demostrado en forma significativa reducir la mortalidad¹. Por consiguiente, la epidemia de cáncer de mama representa un nuevo desafío para el financiamiento y la protección económica del sistema de salud, en particular para los países en vías de desarrollo.

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea, que abarca entidades con características biológicas completamente distintas. El tratamiento dirigido en cáncer de mama se determina por las características clínicas e histopatológicas en conjunción con la expresión de receptores celulares.¹²

La cirugía conservadora de mama en estadios clínicos tempranos se a utilizado con excelentes terapéuticos y cosméticos, y con un porcentaje de recurrencia sistémica similar a las pacientes tratadas con tratamientos quirúrgicos radicales, comparándose así en supervivencia.

MARCO TEORICO

Epidemiología

En México, el cáncer de mama ocupa en la actualidad el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres, representa 11.34% de todos los casos de cáncer, hay un incremento global de aproximadamente 1.5% anual, sin embargo en los países de economía emergente este incremento es alrededor de 5%. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad (1). La mortalidad por cáncer mamario se ha incrementado en 10.9% relativo en los últimos años (de 13.06 en 1990 a 14.49 en el año 2000) (1).

Abrodaje Diagnóstico

El cáncer de mama en etapas iniciales se presenta de manera subclínica en la mayoría de los casos, es decir que solamente es detectable por estudios de imagen (mastografía, ultrasonido y resonancia magnética), en menor proporción por clínica (tumores palpables); sin embargo otra forma de presentación común es como un tumor no doloroso que hasta en 30% se asocia a adenopatías axilares.

Los tumores localmente avanzados en nuestro país representan 70% de las etapas clínicas al diagnóstico, pueden incluir cambios cutáneos como edema, ulceración, cutánides, así como afectación de ganglios como los supra e infraclaviculares homolaterales (2,3).

El carcinoma inflamatorio de la mama, un tipo de presentación poco común pero de mal pronóstico y que por lo general progresa rápidamente, se caracteriza por una induración difusa de la mama con eritema, edema y

aumento de la temperatura local en al menos un tercio de la glándula, en la mayoría de los casos no existe una tumoración franca palpable.

Todavía menos frecuente es el diagnóstico de cáncer de mama por los síntomas de la metástasis y no por el tumor primario.

Es de suma importancia tener en cuenta dentro del abordaje diagnóstico los factores de riesgo del paciente, sus condiciones generales y antecedentes heredo-familiares.

Estudios de imagen

La mastografía es hasta ahora el mejor método de detección, tiene una sensibilidad diagnóstica de 80 a 95%, aunque 10 a 15% de los tumores puede ser oculto sobre todo en mujeres con mamas densas (con el uso de mastografía digital mejora la sensibilidad diagnóstica en este grupo de pacientes). El ultrasonido es en algunos casos una herramienta complementaria para diferenciar masas quísticas de sólidas, para caracterizar lesiones benignas y malignas y como guía para la realización de biopsias de lesiones no palpables.

La imagen por resonancia magnética (IRM) con gadolinio tiene sensibilidad diagnóstica de 94 a 100%, pero baja especificidad (37 a 97%) y valor predictivo positivo de 44 a 96%.

Las indicaciones actuales de este estudio son: a) como estudio de detección en mujeres con alto riesgo (como aquellas portadoras de mutaciones BRCA 1 y 2), b) búsqueda de tumores ocultos mamarios de presentación axilar, c) mujeres portadoras de implantes o prótesis mamarias, d) evaluación de la respuesta al tratamiento sistémico neoadyuvante, e) evaluación complementaria para determinar multicentricidad y bilateralidad (4-6).

Biopsia

El fundamento del diagnóstico del cáncer de mama es la confirmación histológica del mismo, para esto se prefiere la realización de biopsias de mínima invasión con la obtención de material tisular que permite determinar factores pronósticos y predictivos de suma importancia en el manejo integral de las pacientes, por ejemplo la determinación de receptores hormonales y de Her2/neu.

El procedimiento de elección es la toma de biopsias con aguja de corte (trucut) tanto en lesiones palpables como en las no palpables; esta forma diagnóstica se asocia con una exactitud del 98.5% (7). En lesiones no palpables, la biopsia debe ser realizada bajo la guía de algún método de imagen (ultrasonido, mastografía, resonancia, etc) (7). Las biopsias qui-

rúrgicas previo marcaje (arpón, radiocoloide, etc.) están indicadas cuando no es factible el diagnóstico mediante un procedimiento menos invasivo.

En la actualidad la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) generalmente está reservada para la confirmación de metástasis en adenopatías loco-regionales y tiene poca utilidad como método diagnóstico en la lesión primaria.

Tratamiento

El tratamiento integral del cáncer de mama es multidisciplinario, los manejos locorregionales son cirugía y radioterapia en cualquiera de sus tres modalidades (neoadyuvante, adyuvante y paliativa) y el tratamiento sistémico incluye la quimioterapia, la terapia endocrina y la terapia dirigida a blancos moleculares.

Cirugía

El tratamiento quirúrgico del tumor primario en el cáncer de mama ha pasado por múltiples modificaciones, en la actualidad se divide en cirugía conservadora y mastectomía con sus múltiples variedades.

El objetivo es lograr el mejor control oncológico, para esto deben tenerse en consideración factores propios del paciente (edad, género, comorbilidades, relación mama-tumor, antecedentes de radioterapia), o factores biológicos del tumor (componente intraductal extenso >25%, multicentricidad, tamaño tumoral), así como factores externos como por ejemplo la disponibilidad de equipos de radioterapia. Parte fundamental en la toma de decisiones es indiscutiblemente la preferencia del paciente con el fin de ofrecer la mejor opción terapéutica en conjunto.

Se ha demostrado en varios ensayos clínicos (13,14) con seguimiento a 20 años, que la cirugía conservadora de mama combinada con radioterapia en comparación con la mastectomía, ofrecen los mismos porcentajes de

supervivencia global. Las indicaciones para mastectomía incluyen: 1) contraindicación para recibir radioterapia; 2) enfermedad multicéntrica e 3) dificultad para obtener márgenes adecuados y resultado cosmético favorable después de un intento de cirugía conservadora.

Existen varios tipos de mastectomía, la mastectomía total extirpa la totalidad del tejido mamario incluyendo el complejo areola-pezones (CAP), en la mastectomía total preservadora de piel se realiza una incisión circundante a la areola y se remueve solo el CAP, la ventaja de esta modalidad es favorecer los

resultados cosméticos de la reconstrucción inmediata, además, es posible en casos adecuadamente seleccionados, la preservación del CAP con mínimo riesgo de recurrencia local en la piel preservada.

La mastectomía radical modificada es un procedimiento realizado en nuestro país debido a los estadios localmente avanzados en los que realizamos el diagnóstico en nuestras pacientes e incluye la resección de la totalidad del tejido y piel mamaria así como la disección de los niveles ganglionares I y II, procedimientos más extensos como la mastectomía Halsted están reservados solo en casos seleccionados.

Otro aspecto fundamental en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama es el manejo de los ganglios axilares, esto tiene fines pronósticos para la estadificación y terapéuticos con el fin de disminuir la recurrencia local. Por muchos años, la disección de la axila ha sido el estándar de tratamiento, sin embargo, el beneficio de este procedimiento en pacientes con ganglios clínicamente negativos es muy bajo y sus complicaciones son relativamente frecuentes.

En la actualidad la disección del ganglio centinela es el abordaje quirúrgico de elección en los casos en que la axila es clínicamente negativa (15). La técnica ideal para su búsqueda consiste en la técnica combinada de inyección de un colorante (azul patente) y un material radiactivo (tecnecio 99mTc) de forma subdérmica periareolar y en el borde del tumor, y en condiciones ideales la complementación con un es-

tudio de linfocentelleografía, aunque puede ser rea- lizado con una sola técnica mientras se obtenga una baja tasa de fallas en la identificación (<5%).

La disección ganglionar axilar en nuestros días está justificada cuando no sea identificado el GC; pre- sencia de metástasis en el ganglio centinela y en aquellos casos en los que existen adenopatías clínica o citológicamente confirmadas con metástasis, di- cho procedimiento incluye la extirpación de los gan- glios de los niveles axilares I y II. El manejo óptimo de micrometástasis y células aisladas requiere mayor información de los estudios que se están realizados.

El carcinoma ductal in situ puede tratarse con ci- rugía conservadora (16,17) mientras se obtengan márgenes adecuados (>2 mm), la radioterapia adyuvante disminuye la recaída local, la mastecto- mía total es una opción de tratamiento en pacien- tes seleccionados que tengan un riesgo mayor para recaída local (alto grado, <40 años, multicéntrico, >2 cm); es controvertida la utilidad del ganglio centinela (GC) sin embargo este grupo de pacien- tes es el que tiene la mayor posibilidad de enferme- dad con invasión por lo que recomendamos su uso.

Reconstrucción

La reconstrucción puede ser inmediata o tardía de- pendiendo de las condiciones o preferencias del pa- ciente o por razones oncológicas como radioterapia adyuvante o previa a la cirugía que puede interferir en el resultado cosmético o incrementar el índice complicaciones. Las opciones de reconstrucción son: con material protésico y con tejido autólogo pediculado o libre.

La elección debe estar basada en las características de la paciente (edad, peso, forma, volumen) y el tratamiento oncológico (cantidad de piel preservada, radioterapia, etc) La reconstrucción no interfiere con el pronóstico o con el seguimiento efectivo para las pacientes (18).

Cirugía Profiláctica

La cirugía profiláctica debe tener un abordaje multidisciplinario considerando que es una cirugía reductora

de riesgo de cáncer de mama contralateral. Los pacientes con antecedente de radioterapia (enfermedad de Hodgkin en mediastino), susceptibilidad genética, e historia de cáncer de mama familiar son los grupo más recomendados para este tratamiento (19).

CAPITULO 2

OBJETIVO GENERAL.

Revisar la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología en CCM

HIPOTESIS

La cirugía conservadora de mama mas radioterapia adyuvante ofrece los mismos porcentajes de recurrencia a distancia y supervivencia que las cirugías radicales

JUSTIFICACION

La evidencia reciente demuestra que el cáncer de mama es hoy en día una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de todo el mundo. En forma paralela, la investigación ha producido nuevas opciones diagnósticas y terapéuticas; muchas de las cuales tienen un costo elevado, pero han demostrado en forma significativa reducir la mortalidad¹. Por consiguiente, la epidemia de cáncer de mama representa un nuevo desafío para el financiamiento y la protección económica del sistema de salud, en particular para los países en vías de desarrollo.

El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea, que abarca entidades con características biológicas completamente distintas. El tratamiento dirigido en cáncer de mama se determina por las características clínicas, e histopatológicas

El tratamiento quirúrgico conservador mas radioterapia a demostrado ser un tratamiento eficaz en supervivencia, recurrencia y resultado cosmético para las pacientes que presentan esta enfermedad

MATERIALES Y METODOS

ESTRATEGIAS O METODOLOGÍAS DE LA INVESTIGACIÓN

Se integró una cohorte retrospectiva de expedientes de pacientes con cáncer de mama cuyo tratamiento realizado en el Instituto Nacional de Cancerología haya sido con cirugía conservadora de mama.

a)Tamaño de la muestra: Se revisaron los expedientes de los pacientes con cáncer de mama con cirugía conservadora en el Instituto Nacional de Cancerología del 1 de enero 1981 al 31 de diciembre del 2006, de los cuales se obtuvo un total de 230 expedientes de pacientes, se eliminaron los pacientes que no contaban con toda la información en el expediente debido a que inicialmente fueron tratados fuera de instituto.

Criterios de inclusión.

Pacientes de cualquier edad

Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama todos los EC

Pacientes que su tratamiento quirúrgico fue en el Instituto Nacional de Cancerología.

Criterios de exclusion

Pacientes a las cuales se les realice cirugía conservadora de mama con quimioterapia neoadyuvante en protocolo de investigación

Criterios de eliminación

Pacientes con datos incompletos en el expedientes

Pacientes que no hayan sido operadas dentro del instituto

Variables principales

Cirugía conservadora de mama como Tratamiento inicial

Variables secundarias:

Edad: edad en años

Sexo: género

Etapa clínica

Estatus menopausico

Histología del tumor

Recurrencia local

Recurrencia sistémica

Campos de radiación

Medición de las variables:

Estadística descriptiva para variables cuantitativas discretas y
continuas

Estadística analítica para variables cuantitativas continuas. Usando:

Asociaciones para sugerir hipótesis de trabajo

CAPITULO 3

RESULTADOS

Se estudiaron 230 expedientes de pacientes con cáncer de mama que fueron tratadas con cirugía conservadora de mama (CCM) cuadrantectomía o segmentectomía con DRA , GC o ambos procedimientos, y tratadas con RT posterior a la Cirugía conservadora, de las cuales 23 pacientes fueron tratadas en los años 80`s, 10 en los años 90`s y 197 del año 2000 al 2006.

Los resultados fueron los siguientes: se estudiaron 114 (49.5%) expedientes de mujeres premenopáusicas y 116 (50.4%) expedientes de mujeres posmenopáusicas.

Patología: El carcinoma canalicular infiltrante fue el mas frecuente , se presento en 185 pacientes (80.4%), seguido del mixto en 21 pacientes (9.1%) , el carcinoma lobulillar infiltrante se presento en 12 pacientes (5.2%) y otras 12 pacientes (5.2%) presentaron otro tipo histológico dentro de los cuales el mas frecuente fue el mucinoso puro, las recurrencias se presentaron en un total de 28 pacientes representando el 12.1%, las recurrencias locales fueron 6 (21.4%) y las recurrencias sistémicas 14 (50%) a diferencia de la literatura que es mas frecuente las recurrencias locales que sistémicas en el seguimiento de las pacientes tratadas con CCM, las recurrencias mixtas tanto locales como sistemicas se presentaron en 8 paciente (28.5%).

De las recurrencias mencionadas 8 fueron en pacientes tratadas en los años 80`s , 3 en los 90`s y 17 en los años 2000 al 2006, siendo el porcentaje mas bajo en los últimos años con solo un 4.0%. probablemente se deba a la

selección de pacientes para este procedimiento y a la mejoría en la técnica quirúrgica.

44 pacientes que represento el 14.7% fueron tratadas previamente a su ingreso al instituto con tumorectomía de las cuales tuvimos 10 recurrencias que representaron el 35% de nuestras recurrencias registradas durante el seguimiento, encontramos 7 pacientes menores de 30 años (3.0%) sin embargo con el mas alto porcentaje de recurrencias el 14.2%, 76 pacientes entre los 41 y 50 años (33%) con recurrencias del 1.3% , entre 51 y 60 años 64 pacientes (27%), sin ninguna recurrencia registrada entre los 61 y 70 años (12.6%) sin ninguna recurrencia registrada y pacientes de mas de 70 años solo 13 (5.6%) con 7.6% de recurrencias .los factores histológicos que se relacionaron con las recurrencias fueron la extensión extracapsular en un 25%, la comedonecrosis en un 16.1% y la PVL en un 14.6%.

De acuerdo a los estadios clínicos, las pacientes estudiadas se dividieron de la siguiente manera. EC I 81 pacientes (35.2%) con 8 recurrencias (9.8%), EC IIA 66 pacientes (28.6%) con 7 recurrencias (10.6%), EC IIB 58 pacientes (25.2%) con 7 recurrencias (12.0%), EC IIIA 21 pacientes (9.1%) con 3 recurrencias (14.2%), EC IIIB 2 pacientes de las cuales 1 recurrió (50%), EC IIIC 2 pacientes de las cuales 1 recurrió (50%).

De acuerdo al T patológico encontramos 14 pacientes con T(x) 6.0%, con 3 recurrencias (21%), T1 127 pacientes el 55.2%, con 15 recurrencias (11.8%), T2 75 pacientes 32.6% con 9 recurrencias (12%), T3 13 pacientes el 5.6%, con 1 recurrencia (7.6%), T4 1 pacientes que represento el 0.4% sin recurrencia. De acuerdo al N patológico las pacientes N0 fueron 141 61.3% con

15 recurrencias (10.6%), 1-3 ganglios positivos 66 pacientes el 28.6%, con 7 recurrencias (10.6%), de 4-10 ganglios positivos 17 pacientes 7.3% con 4 recurrencias (23.5%), más de 10 ganglios positivos 6 pacientes con 2 recurrencias (33.3%).

La axila se manejo de la siguiente manera con disección radical de axila (DRA) 146 pacientes (63.4%) con 27 recurrencias (18.4%), con ganglio centinela (GC) 43 pacientes (18.6%) con ninguna recurrencia y se manejaron con GC + DRA 41 pacientes (17.8%) presentando en este grupo solo una recurrencia.

Las pacientes que presentaron receptores hormonales positivos (RH+) fueron 119 (51.7%) de las cuales en su gran mayoría recibieron tamoxifeno adyuvante y presentando 3 recurrencias (2.7%), y de las pacientes que presentaron receptores hormonales negativos (RH-) fueron 104 (45.2%) las cuales no recibieron tratamiento hormonal adyuvante, con 5 recurrencias (4.8%) 56 pacientes tuvieron RH desconocidos (24.3%) en la gran mayoría recibieron tratamiento hormonal adyuvante no presentando ninguna recurrencia durante el seguimiento.

El tratamiento hormonal con tamoxifeno fue administrado a 111 pacientes (48.2%) con 3 recurrencias (2.5%) y a 104 no se les administro tratamiento adyuvante con tamoxifeno de las cuales recurrieron 5 el 4.8%. 15 pacientes han recibido Inhibidores de la aromatasa a partir del 2004 al 2006 (6.5%) no presentando ninguna recurrencia hasta el momento.

Finalmente 179 pacientes se encuentran vivas sin enfermedad que represento el 77.8%, de las cuales 3 recurrieron y actualmente no tienen enfermedad, 5 pacientes se encuentran vivas con enfermedad (2.1%), 25

pacientes (10.8%) no continuaron su seguimiento, sin presentar recurrencia hasta la última cita, en la gran mayoría porque cambiaron de sistema de salud (IMSS/ISSSTE), 9 pacientes se ausentaron con enfermedad (3.9%) por la razón antes mencionada en la gran mayoría. 1 (0.4%) paciente falleció por causa no oncológica y 11 pacientes (4.7%) fallecieron durante la recurrencia sistémica.

CAPITULO 4

DISCUSION: La cirugía conservadora en cáncer de mama es empleada en nuestro instituto como primera opción en los estadios clínicos tempranos ya que en los últimos años las recurrencias han disminuido a solo el 4.0%, nuestra casuística coincide con la literatura mundial,(11,12) la histología más frecuente es el CCI, contamos con un bajo porcentaje en recurrencias locales, las edades más afectadas son entre los 41-50 años, la PVL y la comedonecrosis son factores histológicos que se deben de tomar en cuenta ya que presentan un alto porcentaje de recurrencias, los EC tempranos son los ideales para realizarles CCM, y la axila se debe manejar con GC y con DRA si el GC es positivo, las pacientes con RH negativos tienen más posibilidades de recurrir y finalmente concluimos que la CCM no disminuye la supervivencia como se a observado en otros estudios.

CONCLUSIONES:

1.- La cirugía conservadora en nuestro estudio la consideramos como exitosa y como la técnica a utilizar en el cáncer de mama cuando se cumplan los requisitos exigidos para la realización de la misma. A mayor tamaño del tumor y más cantidad de ganglios metastáticos mayor incidencia de recurrencia en la cirugía conservadora , acortamiento del intervalo libre de enfermedad y acortamiento de la supervivencia.

2- La cirugía conservadora debe ser realizada habiendo una buena relación de tamaño entre el tumor y la mama, con mamografía previa y con la garantía de técnicas especiales de

radioterapia.

3-La cirugía conservadora de la mama es un procedimiento estético adecuado en la mujer con cáncer de mama.

4.- No debe realizarse en los tumores retroareolares.

5.- No debe realizarse en los estadíos III y IV.

CAPITULO 5

BIBLIOGRAFIA

1. Dirección General de Epidemiología, Secretaria de Salud. RHNM 2003■
2. McDonald Sh, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: A review of the literature. CA Cancer J Clin. 2004; 54. 345-361■
3. Mahoney L, Csima A. Efficiency of palpation in clinical detection of breast cancer. Can Med Assoc J 1982; 127: 729-730■
4. Berg WA, Gutierrez L, NessAiver MS, et al. Diagnostic accuracy of mammography, clinical examination, US, and MR imaging in preoperative assessment of breast cancer. Radiology. 2004;233:830-849■
5. Gutiérrez RL, DeMartini WB, Silbergeld JJ, et al. High cancer yield and positive predictive value: outcomes at a center routinely using preoperative breast MRI for staging. Am J Roentgenol. 2011;196(1): W93-99■
6. Pediconi F, Padula S, Dominelli V, et al. Role of breast MR imaging for predicting malignancy of histologically borderline lesions diagnosed at core needle biopsy: prospective evaluation. Radiology. 2010; 257(3): 653-661■
7. Agarwai T, Paterl B, Rajan P, et al. Core biopsy versus FNAC for palpable breast cancers. Is image guidance necessary? Eur J Cancer 2003;39:52-56■
8. AJCC Cancer Staging Manual. Seventh ed. 2009;419-460■
9. Pérez-Sánchez VM, Vela-Chávez TA, Mora-Tiscareño A. Diagnóstico histopatológico y factores pronósticos en cancer infiltrante de la glándula mamaria. Cancerología 3 (2008): 7-17■

10. Sorlie T, Perou Ch, Ribshiranie R, et al. Gene expression patterns of breast carcinomas distinguish tumor subclasses with clinical implications. PNAS. 2001;98: 10869-10874■

11. Slodkowska EA, Ross JS. MammaPrint 70-gene signature: another milestone in personalized medical care for breast cancer patients. Expert Rev Mol Diagn. 2009;9:417-422■

12. Albain KS, Paik S, van't Veer L. Prediction of adjuvant chemotherapy benefit in endocrine responsive, early breast cancer using multigene assays. Breast. 2009; Suppl 3:S141-S145■

13. Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N Engl J Med. 2002; 347:1233■

14. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. N Engl J Med. 2002; 347:1227■

15. Veronesi U, Paganelli G, Giuseppe V, et al. A randomized comparison of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. N Engl J Med. 2003;349:546-553■

16. Cutuli B, Lemanski C, Fourquet A, et al. Breast-conserving surgery with or without radiotherapy vs

mastectomy for ductal carcinoma in situ: French survey experience. Br J Cancer. 2009;100;1048-1054■ **17.** Luini A, Rososchansky J, Gatti G, et al.

The surgical margin status after breast-conserving surgery: discussion of an open issue. *Breast Cancer Res Treat.* 2009; 113: 397-402■

18. D'souza N, Darmanin G, Fedorowicz Z. Immediate versus delayed reconstruction following surgery for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;6: CD008674■

19. Zendejas V, Moriarty J P, O'Byrne J, et al. Cost-effectiveness of contralateral prophylactic mastectomy vs routine surveillance in patients with unilateral breast cancer. *J Clin Oncol.* 2011;29:2993-3000■