
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”
I S S S T E

**CÁNCER DE MAMA EN MUJERES
MENORES DE 40 AÑOS**

I S S S T E

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL
TITULO DE CIRUJANO ONCÓLOGO

DR. RICARDO CUAUHEMOC HERRERA ALANIS

AUTOR

DR. SEIR ALFONSO CORTES CARDENAS

ASESOR



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.

Fig



DR SIEGFRIED FIGUEROA BARKOW
Subdirector de Enseñanza e Investigación
Centro Médico Nacional " 20 de Noviembre "
ISSSTE

Jorge

DR JORGE RAMIREZ HEREDIA
Profesor Titular del curso de Cirugía Oncológica
Jefe de Servicio de Cirugía Oncológica
Centro Médico Nacional " 20 de Noviembre "
ISSSTE

Seir

DR SEIR ALFONSO CORTES CARDENAS
Asesor de Tesis
Cirujano Oncólogo
Centro Médico Nacional " 20 de Noviembre "
ISSSTE



Ricardo

DR RICARDO C. HERRERA ALANIS
Autor

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
ANTECEDENTES.....	
MATERIAL Y METODOS.....	vii
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	vii
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	vii
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	
CONCLUSIONES.....	11
BIBLIOGRAFÍA.....	xx

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la incidencia del cáncer de mama en las mujeres premenopáusicas principalmente en el grupo etario de menores de 40 años, establecer los parámetros que influyen en la historia natural del cáncer mamario así como conocer los factores de riesgo que influyen en la presentación del cáncer de mama, su tratamiento y pronóstico.

ANTECEDENTES: Las pacientes jóvenes con cáncer de mama tienen estadísticamente menores tasas de sobrevida y más alta incidencia de recaída comparadas con las pacientes de mayor edad. El cáncer de mama en mujeres jóvenes puede diferir por lo tanto con respecto a la etiología, hallazgos clínicos y resultados finales respecto a las mujeres de mayor edad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron los expedientes clínicos del archivo de las pacientes menores de 40 años en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE con diagnóstico de cáncer de mama en el período comprendido entre Febrero de 1995 a Diciembre del 2000. Se elaboró una hoja de recolección de datos teniendo en cuenta las variables motivo de análisis. Se realizó seguimiento de 12 a 60 meses con exploración física trimestral, ultrasonido mamario bilateral anual y mastografía anual.

RESULTADOS: De 714 pacientes se detectaron 73 pacientes con cáncer de mama en mujeres menores de 40 años con un rango de 21 a 40 años. 22 pacientes (29%) con antecedentes familiares de cáncer de mama. 64 pacientes (85%) tuvieron una masa palpable, 60 pacientes (79%) con una lesión mayor de 2 cm. Clínicamente la axila fué positiva en 45 pacientes (45%). El tratamiento quirúrgico consistió en Mastectomía Radical Modificada en 48 pacientes (64%) y Cirugía Conservadora en 28 pacientes (35%). Se aplicó tratamiento sistémico adyuvante en 41 pacientes (54%) y Radioterapia en 38 pacientes (51%). Se observó recurrencia local de 12 a 60 meses de seguimiento en el 35 % de los casos con un intervalo libre de enfermedad a 5 años en un 35% y una sobrevida global de 47%.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de cáncer de mama se hizo en tumores mayores de 2 cm al momento de su presentación lo cual sugiere la posibilidad de retraso en el diagnóstico siendo tumores más agresivos. La historia familiar de cáncer de mama es un factor relacionado para desarrollar cáncer de mama y compatible con estadísticas reportadas a nivel mundial. Nuestros datos también corroboran la sugerencia que la carga genética en este grupo es de tomar en consideración para un tratamiento más agresivo ipsilateral y contralateral. La tasa de recaída local es alta a pesar de la terapia adyuvante, pero no impacta en la sobrevida global.

SUMMARY

OBJETIVE: Determine the incidence, treatment and prognosis of the breast cancer in women younger than 40 years old, establishing the risk factors of presentation and the parameters that change the natural history of the breast cancer.

BACKGROUND: Statistically, the young women have higher incidence of relapsing and worst prognosis than the older women. Because of aggressiveness of the breast cancer in young women the natural history, the etiology, the clinical findings and the final results are different of the old women with breast cancer.

MATERIAL AND METHODS: From the data of patients with breast cancer of the service of Breast Tumors at then National Medical Center "20 de Noviembre" ISSSTE were checked the files of the women younger than 40 years old between 1995 and 2000, studying the variables between the young and old women. The follow up is 12 to 60 months with clinical exploration every 3 months, breast ultrasound and mastography every year.

RESULTS: 73 patients younger than 40 years between the range of 21 to 40 years were detected with breast cancer.

CONCLUSIONS: By the time of diagnosis the smallest tumor was of 2 cm, this suggest that this tumors are more aggressive and grows faster than the tumors presented in old women. The family history of breast cancer is one of the most important factors related with the development of breast cancer in young women and because of this genetic factor the treatment has to be more aggressive. The relapsing range is higher even with the adjuvant therapy, but the surviving range is not affected in young women with breast cancer.

INTRODUCCIÓN

La glándula mamaria es el único órgano de la economía que no está completamente desarrollado al momento del nacimiento y sufre cambios espectaculares en tamaño, forma y función durante el crecimiento, pubertad, embarazo y lactancia.

La frecuencia de las enfermedades mamarias preceden históricamente al tratamiento de las enfermedades de otros órganos sólidos. A pesar de siglos de desavenes teóricos y pesquisas científicas, el cáncer de mama sigue siendo una de las enfermedades humanas más temidas.

Existe un aumento constante en la incidencia del cáncer de mama a medida que las mujeres envejecen. La tasa de incidencia específica por edad es más alta en el grupo etario de 75 a 84 años; en las mujeres mayores de 55 años, esas tasas de incidencia representan un aumento en comparación con aquellas del período previo de 5 años.

El cáncer de mama rara vez ocurre en mujeres jóvenes. Al rededor de 2% de las pacientes con esta enfermedad son menores de 40 años al momento del diagnóstico y el reconocimiento de la presentación de la enfermedad, pronóstico y tratamiento, tienen que se extrapolados de otras series de datos de mujeres de mayor edad.

La expresión de receptores estrogénicos, receptores progestágenos, presencia de invasión vascular y sobreexpresión de HER2/neu, el estadio patológico de acuerdo al TNM y el estado ganglionar axilar son algunos de los parámetros comparados con los demás grupos etarios al momento de su presentación.

En comparación con otras pacientes premenopáusicas, se cree que las pacientes más jóvenes tienen una gran posibilidad de tener tumor con poca respuesta endócrina y son más factibles de presentarse con una histología de alto grado más expresión proliferativa e invasión vascular.

El tamaño tumoral patológico, el estatus nodal y el número de ganglios auxiliares positivos tienen una distribución similar en las mujeres jóvenes comparadas con los demás grupos.

La realización de un screening mamográfico anual debería reportar 2 casos nuevos de cáncer de mama por 1,000 mujeres; sin embargo, la tasa de incidencias

en mujeres jóvenes se incrementó considerablemente en aquellas cuyas madres recibieron un diagnóstico de un cáncer de mama antes de los 40 años.

El presente estudio revisa la incidencia, forma de presentación y factores de riesgo involucradas en el cáncer de mama en mujeres menores de 40 años así como su tratamiento quirúrgico y pronóstico ajustado a sus propios factores de recurrencia tanto local como sistémica.

Dicho trabajo realizado en la sección de tumores de mama del servicio de Oncología quirúrgica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE en el período comprendido de Febrero de 1995 a Diciembre del 2000.

ANTECEDENTES

El cáncer de mama es la neoplasia más común y la segunda causa de muerte después del cáncer pulmonar entre mujeres americanas. En 1999, se estimó que habría 176,300 mujeres con cáncer de mama y 43,700 que morirán de la enfermedad en Estados Unidos [1].

Al rededor de 15 a 20% de nuevos casos ocurren en mujeres de 40 a 49 años, 20% en mujeres de 50 a 59 años y 20 a 25% en mujeres de 60 a 69 años [2].

El cáncer de mama está a la cabeza en defunciones relacionadas con cáncer en mujeres de 40 a 49 años, con 5,000 defunciones anuales en este grupo de edad [2].

La edad de presentación es variable en los rangos de edad prepuberales y posmenopáusicas, con un pico de incidencia en los 40 a 50 años. La etiología del cáncer de mama sigue siendo enigmática [3].

Madigan y Col estimaron la fracción de casos de cáncer de mama en Estados Unidos atribuidos a algunos factores de riesgo bien conocidos. Estos incluyeron la edad tardía del primer parto, la nuliparidad, los ingresos familiares elevados y tener una familia de primer grado con cáncer de mama. El incremento del riesgo de cáncer de mama se asocia con la aparición de la menarca antes de los 12 años (riesgo relativo de 1.57), una paridad menor de 3 (riesgo relativo 2.04) y el año de nacimiento posterior a 1930 (riesgo relativo 2.72) [3].

Las mutaciones en el BRCA1 ocurre aproximadamente en el 6 a 16% de los casos de cáncer de mama antes de los 36 años ocurriendo mutaciones en el BRCA2 con un porcentaje igual o menor [4].

Hall y Cols describieron familias de inicio temprano de cáncer de mama que estaban ligadas al locus D17S74 sobre el brazo del cromosoma 17. Se calcula que el riesgo durante toda la vida de desarrollar cáncer de mama en los portadores de BRCA1 y de BRCA2 es de 85%. Cuando se consideró el hecho de que en estas mujeres sólo la glándula mamaria corre riesgo, la estimación correspondiente de penetrancia fue de 87%. El riesgo relativo de cáncer de mama basado sobre los datos de cáncer de mama contralateral declinaron significativamente con la edad, desde más de 200 veces por debajo de los 40 años de edad hasta 15 veces en el grupo de edad de 60 a 69 años [5].

En estudios multicéntricos de cáncer de mama en mujeres jóvenes, se han

encontrado mutaciones en esta población en más del 40% de todos los cánceres diagnosticados antes de los 40 años. Desde el punto de vista epidemiológico y genético, la edad de inicio más temprana del cáncer de mama tiene mayor posibilidad de predecir la susceptibilidad genética que la edad de inicio más tardía y, existen familias que se caracterizan por el cáncer de mama de inicio temprano mientras que otras muestran agregación familiar de edad de inicio más tardía. Cluas y Cols demostraron que un factor influyente importante en el riesgo de cáncer de mama en los familiares de primer grado era la edad a la cual el paciente era afectado por ese cáncer. Es interesante el hallazgo de que el desarrollo de cáncer de mama en un miembro de la familia inmediata a una edad más avanzada puede aumentar específicamente el riesgo para que la enfermedad se desarrolle en un individuo a edades más avanzadas; por el contrario, puede ser que sólo cuando el diagnóstico de cáncer de mama ocurre en un familiar íntimo a una edad joven plantee un riesgo en mujeres más jóvenes [6].

El tamaño tumoral y el estatus nodal axilar están establecidos como factores primarios para medir el riesgo de recurrencia y enfermedades metastásicas. La positividad de los ganglios linfáticos axilares constituyen el principal factor de riesgo de enfermedad sistémica ulterior y la mayoría de los oncólogos piensan que las mujeres con ganglios comprometidos deben recibir una terapéutica adyuvante.

Si bien la estadificación clínica de cáncer de mama representa una parte integral estándar de la evaluación inicial de una paciente, la estadificación histopatológica es obligatoria para la estadificación, el tratamiento y el pronóstico precisos.

Es probable que el tamaño tumoral sea el principal factor pronóstico secundario aislado para determinar el riesgo de recurrencia y el beneficio del tratamiento en pacientes con cáncer de mama y ganglios axilares negativos. El tamaño del tumor afecta también al compromiso de los ganglios linfáticos axilares en el 15% de las pacientes con tumores menores de 1.1 cm de diámetro y en el 60% de las pacientes con tumores de 5.5 cm o más de diámetro. Los tumores pequeños asociados con ganglios linfáticos positivos tienen mejor pronóstico que los tumores grandes con ganglios linfáticos positivos. La supervivencia declina en relación proporcional al tamaño del tumor en todas las categorías ganglionares linfáticas.

Un diámetro tumoral de 1 cm o menos se asocia con un pronóstico muy favorable y sólo deben recibir tratamiento adyuvante bajo protocolos de investigación. Las pacientes con tumores de más de 2 cm de diámetro se benefician significativamente con una terapéutica adyuvante y aquellas con tumores que

midan entre 1 y 2 cm de diámetro deben ser evaluadas para establecer la relación riesgo-beneficio mediante el examen cuidadoso de otros factores pronósticos [7].

Otros factores pronósticos que son usados para determinar éste o la historia natural del cáncer de mama son el estatus de los receptores estrogénico y progestágeno, al grado histológico y la histología de los tumores los cuales son usados como rutina y son medidos por citometría de flujo. El análisis histopatológico se basa sobre características individuales como el grado nuclear, la formación de glándulas (es decir, la gradación tumoral) o la agrupación de varias características citológicas e histológicas en tipos especiales de cáncer de mama.

Se han descrito varios sistemas de gradación histológica que posee valor pronóstico en la evaluación del cáncer de mama. Los dos sistemas que se utilizan con más frecuencia son en Scarff, Blume y Richardson y el de Fisher y Col [8]. Ambos sistemas evalúan la disposición estructural de las células o la formación de túbulos, el grado de diferenciación nuclear y el índice mitótico, aunque cada una se basa sobre diferentes criterios histológicos. Los sistemas de gradación histológica demostraron que son escasamente reproducibles y se asocian con variaciones importantes entre los distintos observadores.

La gradación nuclear también es subjetiva, pero existe mayor concordancia en el grado I de III y en el grado III de III. Independientemente del sistema de gradación nuclear que se utilice, el grado nuclear I o su equivalente identifica un pequeño subgrupo de pacientes con ganglios linfáticos axilares negativos con muy bajo riesgo de recurrencia y muerte por cáncer de mama. Además del grado nuclear, otro indicador pronóstico importante favorable es el tipo histológico del tumor.

El pronóstico más favorable se halla en pacientes con carcinoma mucinoso, tubular o medular. El cáncer de mama generalmente se origina en las dos unidades funcionales principales de la mama: los lobulillos y los conductos. Estas neoplasias se subclasifican en cáncer de mama *no invasor* o cáncer de mama *in situ* si las células malignas no atraviesan la membrana basal y en cánceres *infiltrantes* o *invasores* si las células malignas invaden la membrana basal.

Ciertos tipos histológicos de cáncer de mama, aunque sean invasores, se asocian con un pronóstico más favorables. Aproximadamente el 20 a 30% de todos los cánceres de mama se clasifican como *especiales*, y la frecuencia de estos tumores aumentó debido a la detección mamográfica de carcinomas de menor tamaño.

Los tres tipos histológicos especiales de cáncer de mama invasor son:

- a) tubular
- b) coloide (o minucioso) y
- c) medular

Sin embargo, cuando estas características están presentes en sólo el 75 a 90% del carcinoma, el pronóstico puede ser sólo un poco mejor [9].

La determinación de los receptores estrogénicos y progestágenos se convirtió en una práctica estándar en la evaluación de pacientes con cáncer de mama primario. Esta determinación se puede llevar a cabo con precisión en cortes de tejido mamario fijados en formol y embebidos en parafina para realizar el ensayo inmunohistoquímico y los resultados se correlacionan bien con los del ensayo bioquímico.

La diferencia en la supervivencia libre de enfermedad a los 5 años entre los tumores RE-positivos y RE-negativos es muy significativa, pero la magnitud de la diferencia es de sólo el 8 a 9%. Crowe y Col observaron que las estimaciones de las tablas de supervivencia indican un intervalo libre de enfermedad más prolongado entre las pacientes con tumores RE-positivos que entre las pacientes con tumores RE-negativos; sin embargo, esta prolongación inicial de la supervivencia libre de enfermedad no se mantiene después de transcurridos 5 años.

Las mujeres jóvenes probablemente tienen más posibilidad de tener el componente intraductal extenso el cual es un predictor de recurrencia y que la edad joven por sí misma es también un predictor primario para incrementar el riesgo de recurrencia local a distancia, sobre todo a nivel visceral [10].

MATERIAL Y METODOS

Se utiliza una base de datos que contiene las variables motivo del estudio recopilada de la revisión manual de expedientes clínicos del archivo de Febrero de 1995 a Diciembre del 2000 con un total de 76 pacientes del servicio de tumores de mama del servicio de Oncología Quirúrgica en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE, todas la pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y menores de 40 años de edad al momento del diagnóstico. El tipo de estudio realizado es retrospectivo, transversal y descriptivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron a todas las pacientes derechohabientes del ISSSTE con diagnóstico de: carcinoma infiltrante epitelial de mama menores de 40 años al momento de su diagnóstico en el periodo comprendido de Febrero de 1995 a Diciembre del 2000, sin tratamiento previo fuera de la unidad, que contará y con un expediente clínico completo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a todas las pacientes mayores de 40 años de edad al momento del diagnóstico, que no fueran derechohabientes del ISSSTE, aquellas que ya habían recibido tratamiento previo fuera de la unidad, que no contarán con un expediente clínico completo o que la histología del tumor fuera diferente a una extirpe epitelial.

RESULTADOS

De los 714 registros obtenidos de Febrero de 1995 a Diciembre del 2000 en el servicio de Tumores de mama de la División de Oncología Quirúrgica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” se obtuvieron un total de 73 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama infiltrante con edad menor de 40 años que representó al 10.22% de todos los registros (Figura 1). El rango de edad en que se presentaron los casos fué de 21 a 40 años.

Al momento del diagnóstico, clínicamente 64 pacientes (85%) presentaron una masa palpable, la cual histológicamente fué positiva para cáncer (Figura 2).

De las 73 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama 22 (29%) de ellas tuvieron antecedente familiar de cáncer de mama, definiéndolo como antecedente familiar cuando ocurre en uno o más pacientes de primero o segundo grado sin tomar en cuenta la edad de presentación, la bilateralidad o vínculo con otro cáncer (Figura 3).

Se detectaron 60 pacientes (79%) con un tumor mayor de 2 cm clínicamente palpable y que se aplicó al sistema de estadificación TNM para determinar la etapa clínica al momento del diagnóstico y tomar la decisión de la modalidad terapéutica oncológica a emplear (Figura 4).

En cuanto al estatus nodal axilar, 45 pacientes (60%) fueron positivas requiriendo terapia adyuvante con Quimioterapia o Radioterapia (Figura 5).

El tratamiento quirúrgico consistió en 2 modalidades dependiendo de la etapa clínica y forma de presentación, realizándose Mastectomía Radical Modificada en 48 pacientes (64%), y en pacientes seleccionadas, Cirugía conservadora en 28 pacientes (36%) (Figura 6).

La terapia adyuvante consistió en la aplicación de Quimioterapia en 41 pacientes (58%) y Radioterapia en 38 pacientes (51%). Con un seguimiento de 12 a 60 meses, se observó una recurrencia local en 39% de los casos los cuales fueron documentados histológicamente (Figura 7).

A 5 años de seguimiento, se observó un Intervalo Libre de Enfermedad de 30% con una Sobrevida Global del 47% (Figura 8).

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es una entidad que presenta variaciones en cuanto a su magnitud y naturaleza en las diferentes poblaciones mundiales. Es una entidad caracterizada por su presentación en mujeres mayores de 45 años, sin embargo, la tasa de incidencia en mujeres menores de 40 años ha ido en aumento, quedando los factores que influyen en esta incidencia aún no bien determinados.

La presentación en mujeres jóvenes aduce a una serie de factores entre los cuales se encuentran antecedentes familiares, mayor tiempo de exposición a estrógenos, obesidad, sobreexposición de HER2/NEU, etc.

Sin embargo, la incidencia en mujeres jóvenes denota la necesidad de conocer los factores que influyen en su incidencia así como las características de su presentación y factores de pronósticos.

El impacto que tiene en este grupo de pacientes premenopáusicas, los valores estrogénicos, así como su alta posibilidad de recaída, principalmente a nivel visceral justifican aún más la necesidad de determinar los parámetros a seguir en la búsqueda del paciente de alto riesgo de cáncer de mama.

Al elegir a las pacientes de alto riesgo para cáncer de mama para un seguimiento meticuloso, así como valorar los factores que aumentan dicho riesgo, se logrará disminuir la tasa de mortalidad debido al diagnóstico precoz en este grupo de pacientes.

Aproximadamente 2 a 5% de todos los cánceres de mama tienen un factor hereditario significando que la predisposición al cáncer es referido como un rasgo monogénico.

Las características clínico patológicas del cáncer de mama están asociadas con la susceptibilidad de genes como BRCA1 Y BRCA2.

Al momento de su presentación, la mayoría de las veces, se trata de un cáncer de mama en etapa clínica avanzada, lo que ensombrece el pronóstico y por supuesto mayor posibilidad de recurrencia tanto a nivel local como sistémico.

Muy a pesar del auge en cuanto a la conscientización de la mujer del problema publicándolo como programas de detección oportuna de cáncer, las neoplasias mamarias siguen siendo una de las causas principales de muerte relacionadas con cáncer y ocupan el primer lugar de muerte por cáncer en mujeres menores de 40

años.

Debido a ello consideramos necesario detectar a las mujeres que por sus antecedentes familiares, o bien, por factores de riesgo para padecer dicha entidad, son candidatas a tener un screening más meticuloso, así como poner mayor énfasis en adiestrarlas en su autodetección.

Una vez educando a la mujer en cuanto al problema mamario, seguramente se detectarán con mayor frecuencia los cánceres de mama in situ, o bien, etapas clínicas tempranas, y por ende poder abatir las tasas de mortalidad relacionadas con dicha patología.

CONCLUSIONES

A pesar de programas de detección oportunas de cáncer desarrolladas en los sistemas de salud de México, el cáncer de mama sigue siendo una entidad cuya incidencia sigue aumentando y detectándose en la gran mayoría de los casos en etapas clínicas avanzadas.

Con el advenimiento de la mastografía las tasas de incidencia de etapas clínicas I y II han aumentado, sin embargo, debido en ocasiones a falta de recursos o educación, las etapas III y IV siguen siendo la mayoría.

Sólo 0.09% de los cánceres de mama se presentan antes de los 20 años edad, 1.8% antes de los 30 años, mientras que 75% aparece después de los 40 años.

No obstante, la presentación antes de los 40 años parece ser un factor pronóstico importante que impacta en la supervivencia global.

Un porcentaje no despreciable de estos casos, tiene antecedentes familiares detectados en etapa pretratamiento lo cual debe tomarse en cuenta para considerarse un tratamiento más agresivo debido al pobre pronóstico que conlleva.

Existen otros factores pronósticos en mujeres jóvenes de igual importancia que el resto de los casos de cáncer de mama para los resultados finales.

Finalmente, la educación básica en salud, y la eficacia de los programas de salud y detección oportuna de cáncer, están directamente relacionados con la mortalidad del cáncer de mama.

La detección de etapas tempranas y un buen tratamiento multidisciplinario impactará en las curvas de incidencia y mortalidad del cáncer de mama.

CÁNCER DE MAMA

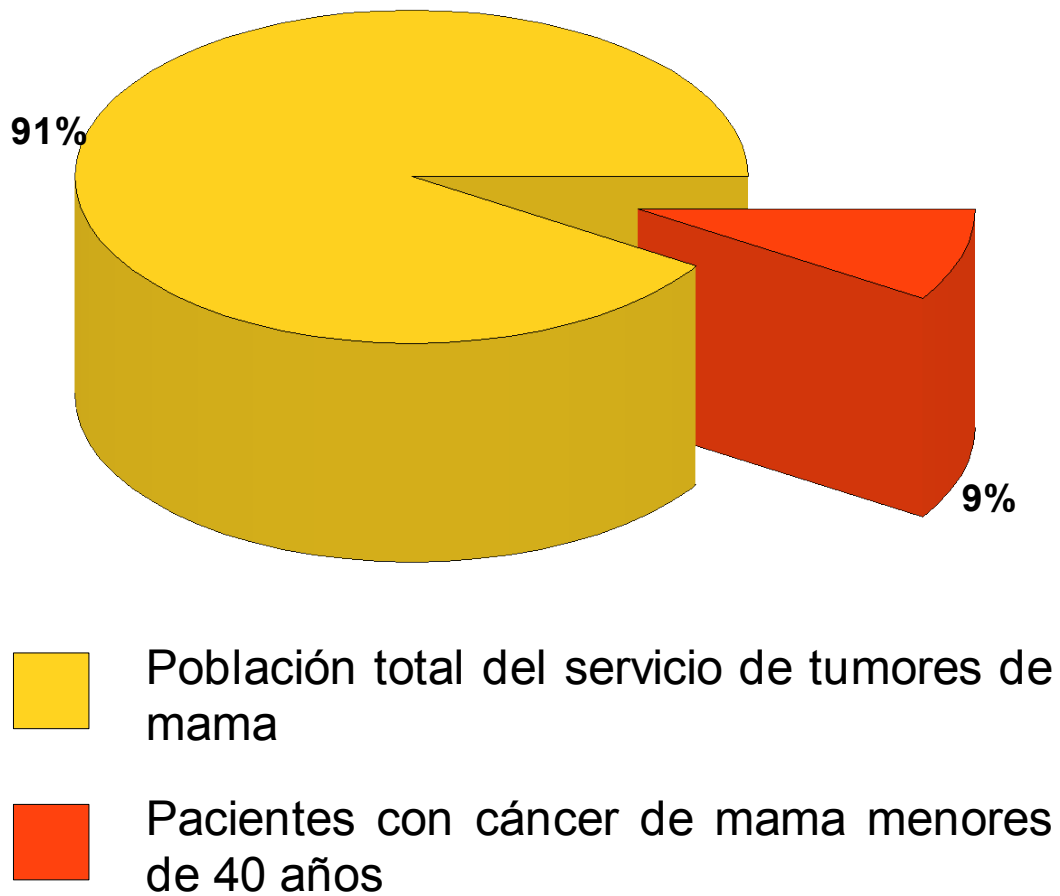


Figura 1

PRESENTACIÓN DE MASA PALPABLE

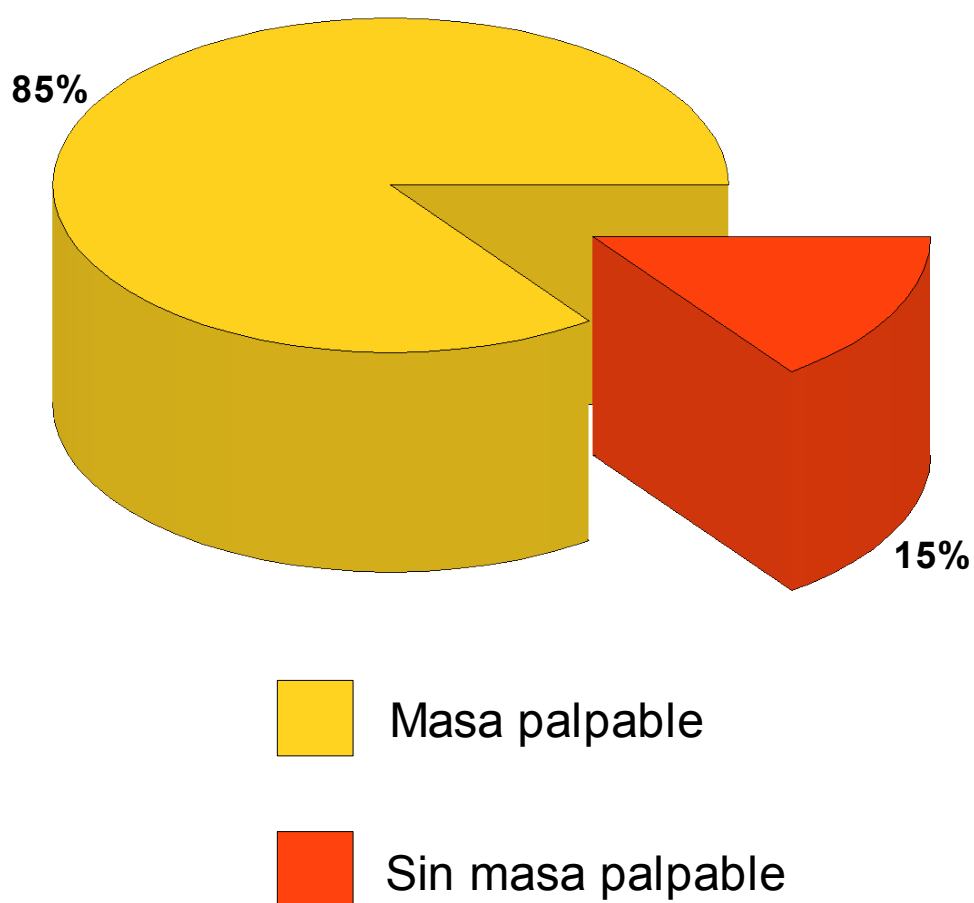


Figura 2

HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER DE MAMA

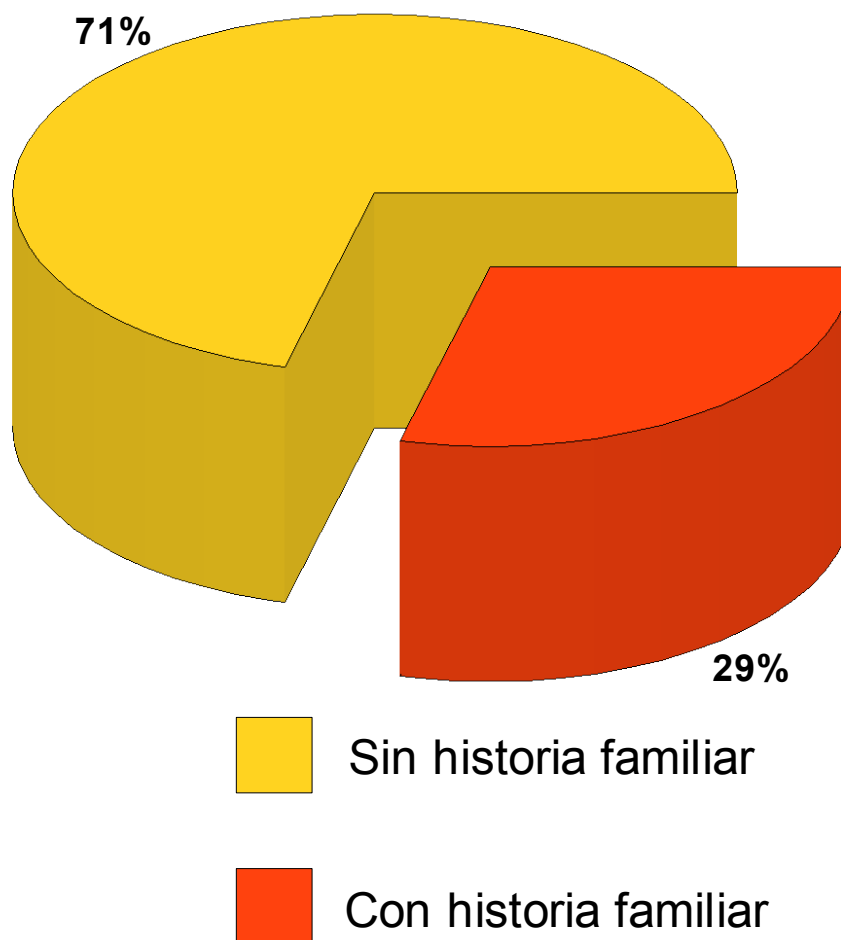


Figura 3

TAMAÑO TUMORAL

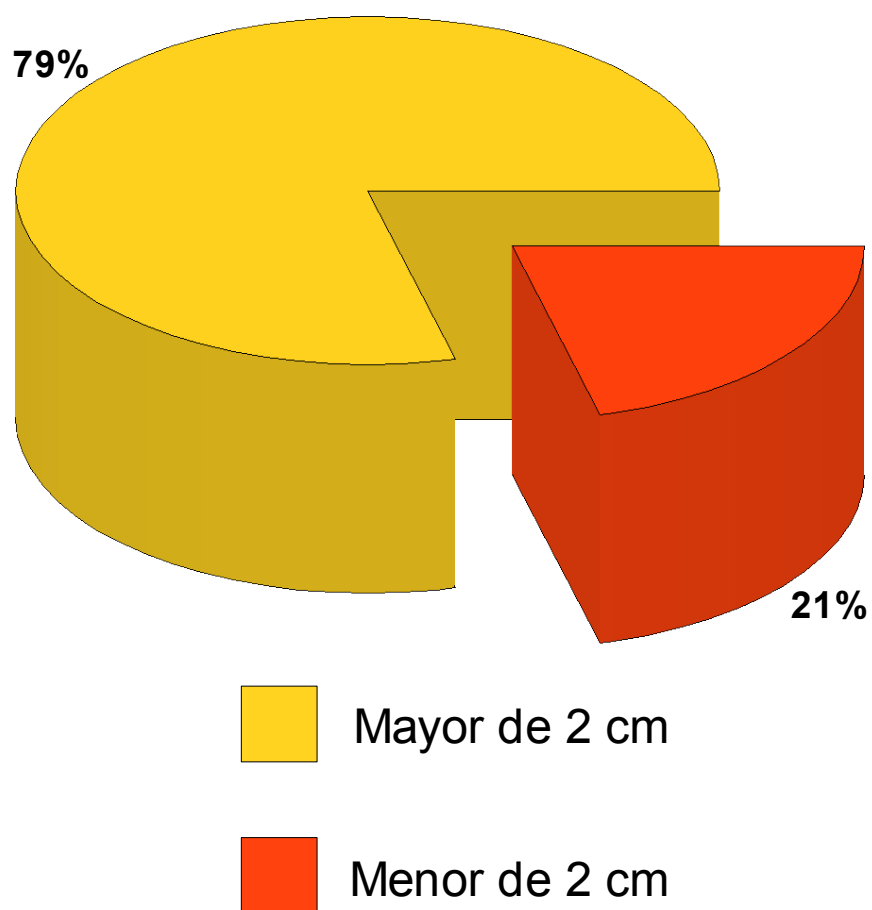


Figura 4

ESTATUS NODAL AXILAR

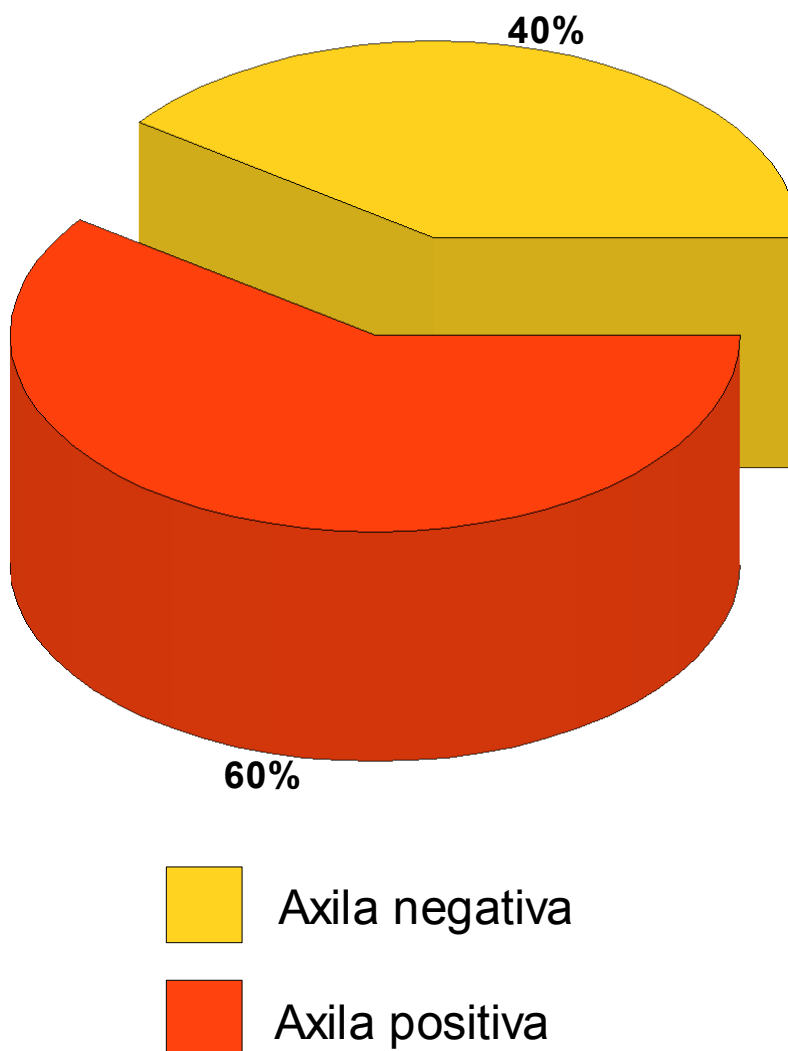


Figura 5

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

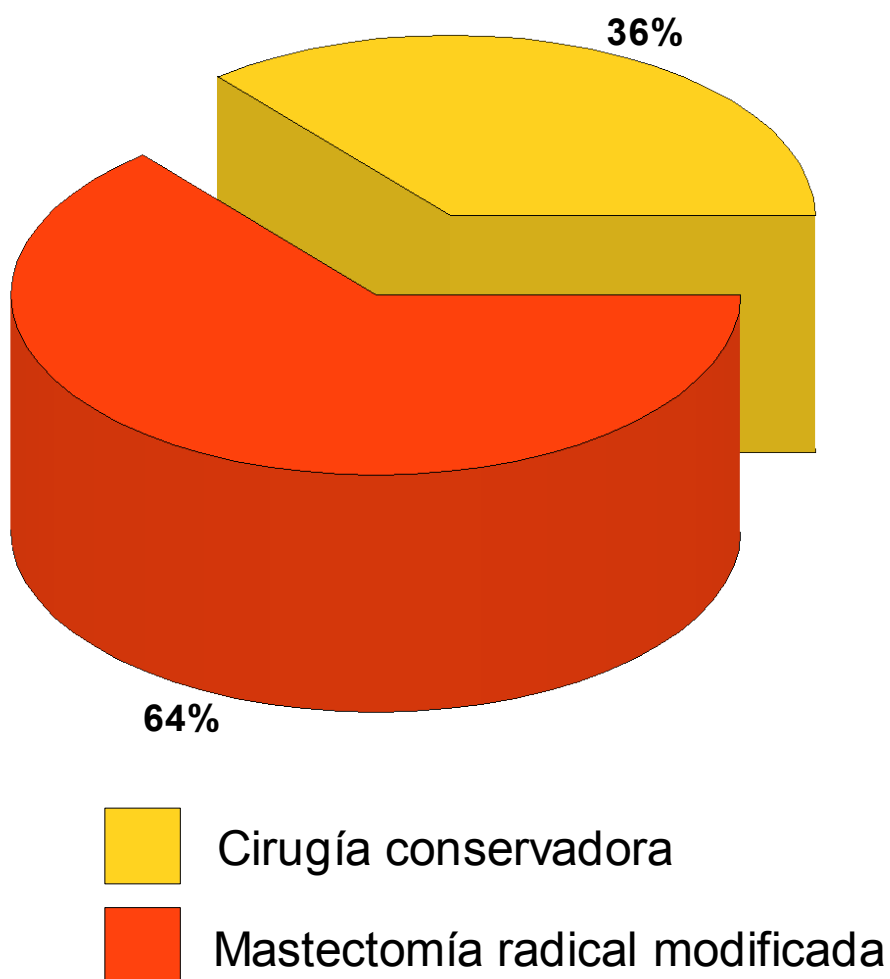


Figura 6

TERAPIA ADYUVANTE

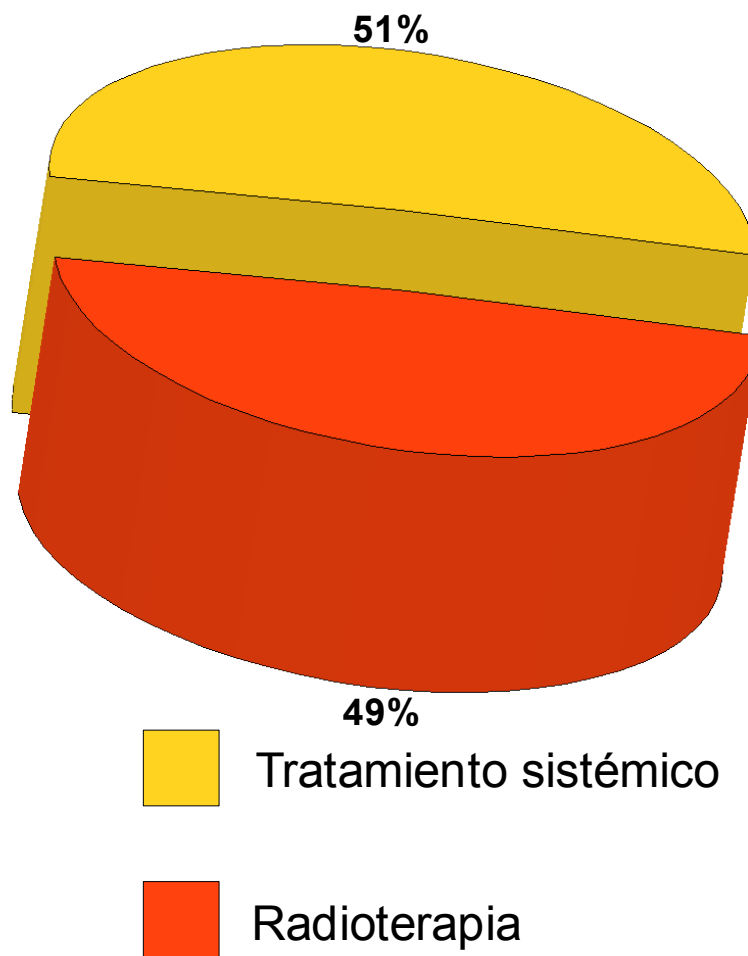


Figura 7

SOBREVIDA GLOBAL E INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD

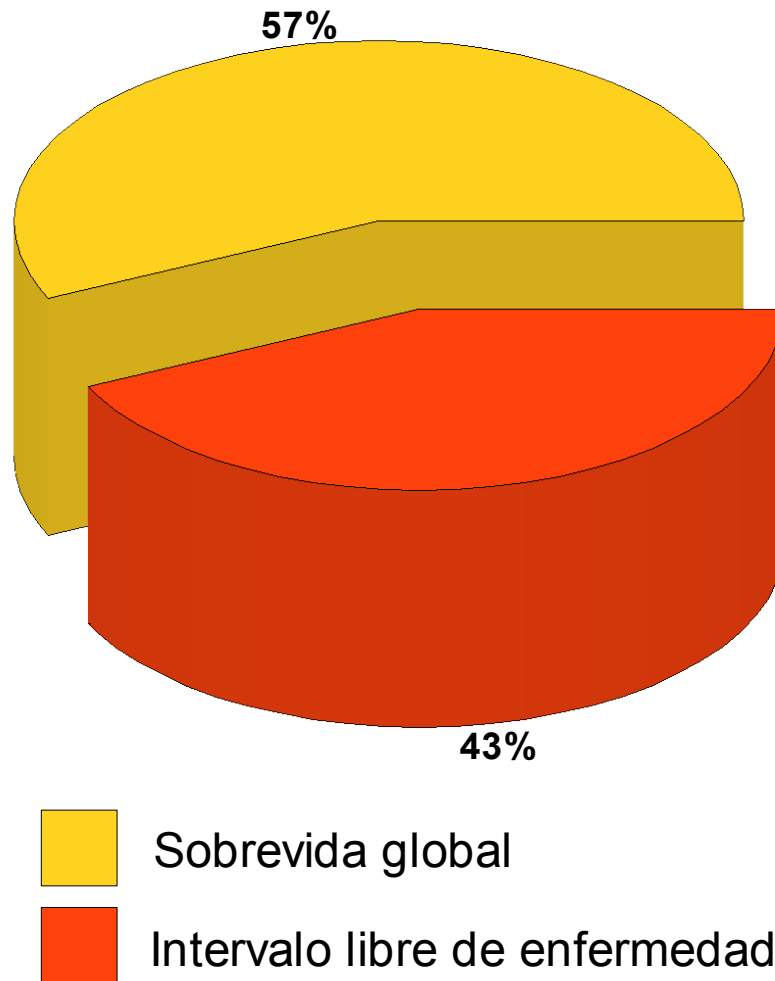


Figura 8

BIBLIOGRAFÍA

- 1: Rajkumar, S. Vincent M:D; Hartmann, Lynn C. M:D; Screening Mammography in womer aged 40 - 49 years, *Medicine* 78 (69): 410-416, 1999
- 2: Fletcher S. W., Breast cancer screening among women in their forties: An overview of the tissues, *Monogr Natl Cancer* 22: 5-9, 1997
- 3: Michael P. Morre MD, PhD David W. Kinne MD, Special problems in Breast Cancer Therapy, *Sirgical Clinics of North America* 76(2): , 1996
- 4: Pierre O Chappius MD, Victoria Nethercot MS, William D. Folukes MD, PhD, Clinico-Phatological Characteristics of BRCA1-and BCRC A2- related Breast Cancer, *Seminars in Surgical Oncology* 18: 287-295, 2000
- 5: Peto J. Collins N, Barfoot R, et al, Prevalence of BRCA1 and BRCA2 gene mutations in patiens with early-onset Breast cancer, *J Natl Cancer Inst* 91: 943-949, 1999
- 6: Gail MH, Brinton LA, Bayr DP, et al, Projeting individualized probabilities of developing Breast Cancer for white females who are being examined annually, *J Natl Cancer* 81: 1879-1886, 2000
- 7: Edward G. Mansour MD, Peter M Ravdin MD, Prognostic Factors in Early Breast, *Carcinoma* 74(1): 381-400, 1997
- 8: Fisher B, Redmond C, Ficher ER Relative worth of estrogen or progesterone receptor and pathologic characteristics of differentiation as indicator of prognosis in node-negative breast cancer patient. National surgical Adyuvant Breast and Bowel Project Protocol B-06, *J Clin Oncol* 6: 1076-1087, 1988
- 9: Hutchins L, et al, CMF versus CAF and Tamoxifen in high-risk node negative Breast cancer patients and natural history follow-up study in low risk node negative patients: first result of Intergroup trial, *Proc Amer Soc Clin Oncol* 17(1): , 1998
- 10: Richard G. Margolese MD,, FRCSC Breast Cancer Management. Surgical Considerations for invasive Breast cancer, *Surgical Clinics of North America* 79(5): , 1999