

Carcinoma de Mama

Análisis Retrospectivo
1971 - 1978

Dra. Luisa T. Silva *
Dr. Serafin Sánchez **
Dr. Nino Ferri N. ***
Dr. Diógenes Cordero ***
Dr. Gustavo Benitez P. ****

INTRODUCCION

Se han ideado muchos programas encaminados a educar al público respecto a las neoplasias de la glándula mamaria y sobre todo a diagnosticar tumores de pequeño volumen, en una etapa muy temprana de su desarrollo. Generalmente suele ser incurable en el momento de su identificación, sin embargo teóricamente existe un período cuando este, es todavía pequeño, en donde pudiera tratarse antes de su diseminación. (1)

A pesar de la educación intensa que recibe el público, por los diferentes medios de comunicación. La etapa del tumor en el momento del diagnóstico y la supervivencia de las pacientes se han modificado muy poco durante los últimos treinta años. (2)

Noventa por ciento (90 por ciento) de los cánceres son descubiertos por las mismas pacientes. Sin embargo sabemos que la inmensa mayoría de las mujeres, no han aprendido la técnica del autoexamen, por lo que el descubrimiento de la enfermedad suele ser accidental y tardío. Reflejo de lo antes dicho, tenemos la cantidad de casos a quienes solo se les puede practicar una mastectomía simple de carácter paliativo.

Por tal motivo nos hemos estimulado en presentar las últimas estadísticas del cáncer mamario en el Hospital Universitario de Caracas.

MATERIAL Y METODOS;

Se analizan 106 pacientes con cancer de la glándula mamaria intervenidos quirúrgicamente entre los años de 1971 y 1978 en el Hospital Universitario de Caracas.

*Prof. Asociado UCV. Cátedra de Cirugía C. Serv. Cirugía III

**Prof. Instructor UCV. Cátedra de Cirugía C. Serv. Cirugía III

***Médicos Residentes de Post-grado. Servicio de Cirugía III.

****Médico Interno de Post-grado. HUC.

Se utilizó un protocolo que cubría los elementos a ser evaluados, el cual fué diseñado tomando como referencia la información aportada por la bibliografía existente sobre el tema. El protocolo hizo incapié en los siguientes parámetros:

- 1.- Edad.
- 2.- Raza.
- 3.- Antecedentes frecuentes.
- 4.- Sintomas.
- 5.- Tiempo de evolución de los síntomas.
- 6.- Tamaño y localización de la tumoración.
- 7.- Clasificación TNM y Estadio.
- 8.- Tipo de intervención quirúrgica practicada.
- 9.- Clasificación anatómo-patológica.
- 10.- Análisis de los ganglios axilares.

Vale la pena señalar, que se siguió la clasificación por Estadio, según los parámetros fijados por The American Joint Committee:

Estadio I: tumores menores de 2 cm. Ganglios sin metástasis

Estadio II: tumores menores de 5 cm. de diámetro Ganglios palpables, no adheridos.

Estadio III: + de 5cm, invasión a piel y ganglios linfáticos.

Estadio IV. todo lo anterior + metástasis a distancia.

RESULTADOS:

El grupo etario más afectado, fué el comprendido entre 51 y 60 años; Llama la atención que el 83 por ciento d

las pacientes tenían más de 41 años de edad, detalla en el cuadro No. 1.

El 58,2 por ciento eran pertenecientes a la raza blanca, gráfico No. 1. Es interesante señalar que el síntoma más frecuente reportado por las pacientes, fué el tumor palpable, con 85 por ciento seguido de retracción del pezón (26,4 por ciento), y adenomegalias (24,5) el resto de los síntomas son revisados en el cuadro No. 2. Paradójico a lo anterior, tenemos que solo el 30,1 por ciento acudió al Médico en los primeros tres meses de haber presentado un estigma significativo, y 69,9 por ciento lo hizo después de presentar una sintomatología de más de cuatro meses de evolución (gráfico No. 2). En cuanto a los antecedentes, el más frecuente fué la enfermedad fibroquística en 12 casos (11,3 por ciento); la relación de historia familiar (abuela, madre o hermana con cáncer mamario) en un 10,3 por ciento del grupo. 7,5 por ciento de las mismas eran nulíparas, ver cuadro No. 3.

CUADRO N° 1

Distribución etaria de las pacientes portadoras de Cáncer de la glándula mamaria H.U.C. 1971 - 1978.

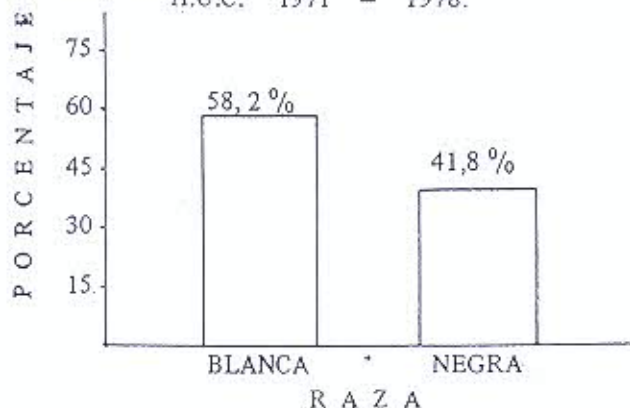
GRUPOS ETARIOS (años)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21 - 30	6	5,6
31 - 40	12	11,4
41 - 50	26	24,6
51 - 60	31	29,2
61 - 70	18	17,0
71 y más.	13	12,2
Totales	106	100,0

Fuente: Archivos del H.U.C.

GRAFICO N° 1

Distribución de la raza, en las pacientes con cáncer de la glándula mamaria.

H.U.C. 1971 - 1978.



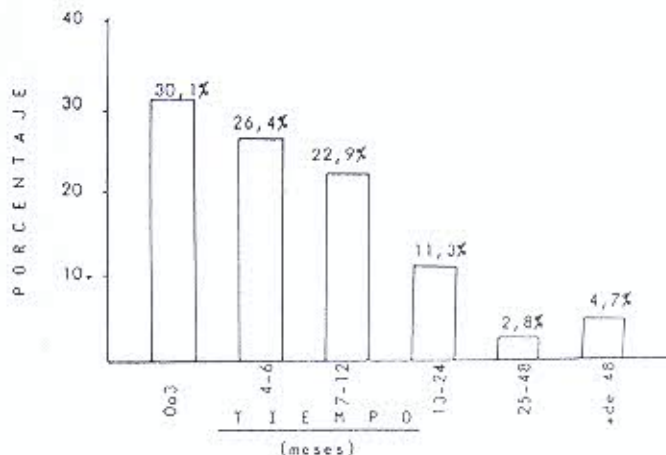
Síntomas frecuentes en las pacientes con cáncer de la glándula mamaria. H.U.C. 1971 - 1978.

SINTOMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tumor palpable	90	85
Retrac. del pezón	28	26,4
Adenomegalias axilares	26	24,5
Dolor	21	19,8
Retracción de piel	16	15
Piel de naranja	11	10,3
Secreción por el pezón	11	10,3
Ulceración del pezón	6	5,6
Ulceración de la piel	5	4,7
Hallazgo casual	3	2,8
Otros	4	3,7

Fuente: Archivos del HUC.

GRAFICO N° 2

Tiempo de evolución de los síntomas en las pacientes con cáncer de la glándula mamaria. HUC. 1971 - 1978.



CUADRO N° 3

Antecedentes de importancia encontrados en pacientes con cáncer mamario. HUC. 1971 - 1978.

ANTECEDENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enf. Fibroquística *	12	11,3
Ant. familiares positivos	11	10,3
Pacientes nulíparas	8	7,5
Traumatismo mamario	7	6,6
Totales	38	35,7

* Ascendientes con cáncer mamario (madre o abuela)

Fuente: archivos del HUC.

Clasificación TNM encontrados en las pacientes con cancer mamario, HUC. 1971 - 1978.

Clasificación TNM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
T ₃ N ₁ M ₀	25	23,6
T ₂ N ₀ M ₀	23	21,6
T ₂ N ₁ M ₀	19	18,0
T ₄ N ₁ M ₀	11	10,4
T ₁ N ₀ M ₀	8	7,6
T ₁ N ₁ M ₀	7	6,6
Otros	13	12,2

Fuente: archivos del HUC.

El tamaño de las tumoraciones encontradas practicamente estuvo en relación con la tardanza en acudir al facultativo, ya que 66 por ciento de las tumoraciones medían entre 2 y 5 cms, incluso 28,4 por ciento presentó neoplasias mayores de 5 cms. (gráfico No. 3)

Analizando la clasificación TNM, se evidenció un discreto predominio del tipo T₃N₁M₀ en un 23,6 por ciento, seguido del T₂N₀M₀ con 21,6 por ciento. Tenemos que el

Analizando la clasificación TNM, se evidenció un discreto predominio del tipo T₃N₁M₀ en un 23,6 por ciento, seguido del T₂N₀M₀ con 21,6 por ciento. Tenemos que el T₁N₀M₀ que representa la clasificación a la cual se le puede ofrecer una mejor perspectiva con el tratamiento quirúrgico, fué encontrado solamente en 7,6 por ciento de las pacientes. (cuadro No. 4).

La consecuencia de lo anterior la encontramos, al comprobar el Estadio de las pacientes. 76,4 por ciento se ubicaron como Estadio II y III; solamente 7,6 por ciento pertenecían al Estadio I (gráfico No. 4).

Ambas glándulas mamarias fueron afectadas casi por igual. El cuadrante supero-externo, sigue siendo el más afectado, con una incidencia de 39,6 por ciento, seguido de la región periareolar con 19,9 por ciento y del cuadrante infero-externo (detalles en el gráfico No. 5).

GRAFICO N° 3

Tamaño de las tumoraciones encontradas en las pacientes portadoras de Cancer de la glándulas mamaria. HUC. 1971 - 1978.

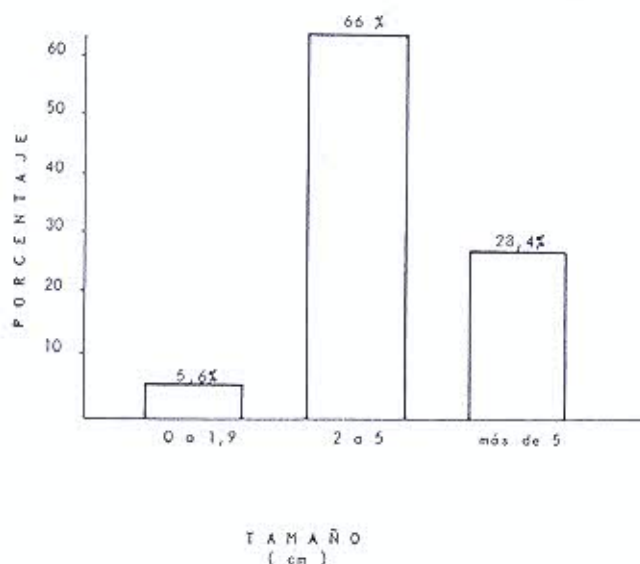
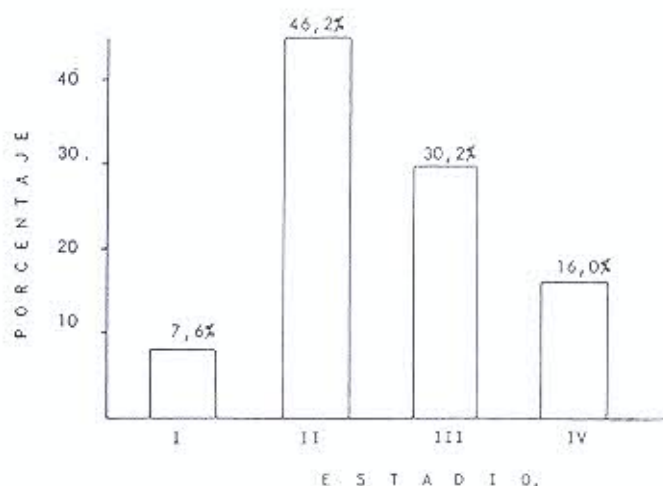


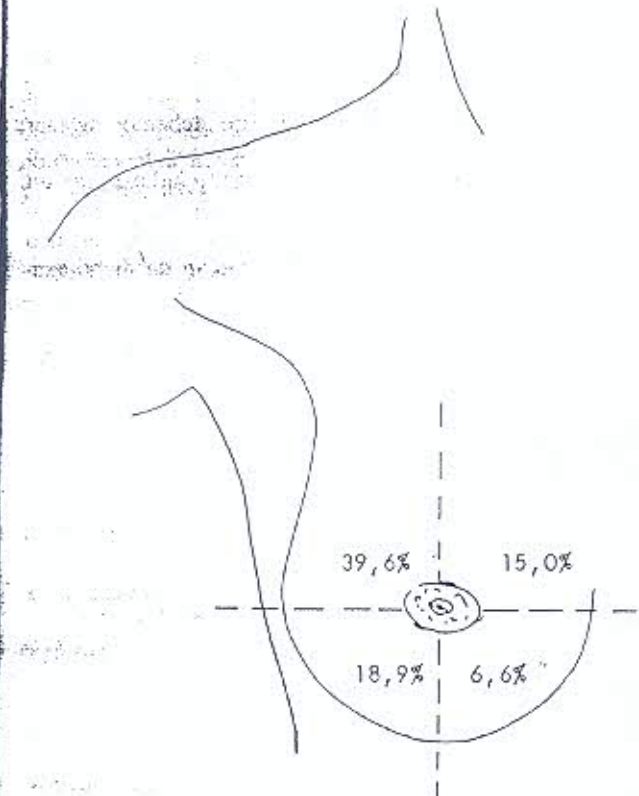
GRAFICO N° 4

Estadios encontrados en las pacientes con cancer de la glándula mamaria. H.U.C. 1971 - 1978.



Fuente: Archivos del HUC

Localizaciones frecuentes del cancer mamario. HUC. 1971 - 1978



C. sup. ext.	42 pac.	39,6 %
C. inf. ext.	20 "	18,9 %
C. sup. int.	16 "	15,0 %
C. inf. int.	7 "	6,6 %
R. periareolar.	21 "	19,9 %

Glándula derecha:	56	52,9 %
Glándula izquierda:	50	47,1 %

Fuente: archivos del HUC.

El procedimiento quirúrgico más efectuado fué, la mastectomía simple*

El procedimiento quirúrgico más efectuado fué, la mastectomía simple* vaciamiento bajo, seguido de la mastectomía radical modificada (tipo Pattey), ubicándose en tercer lugar de frecuencia, la mastectomía radical tipo Halsted. (Cuadro No. 5).

Analizando los especímenes, se evidenció un franco predominio del carcinoma ductal infiltrante con 95,3 por ciento (gráfico No. 6).

En cuanto a los ganglios axilares, tenemos que estos estaban infiltrados por tumor en 62,2 por ciento de los casos, lo cual indudablemente va a repercutir seriamente en el pronóstico de estas pacientes. (Gráfico No. 7).

DISCUSION:

La mayoría de las pacientes tenían más de 41 años coincidiendo este resultado con estadísticas locales e internacionales (3), (4). Resulta lamentable pensar que, a pesar de ser el palpable, el síntoma más frecuente, apenas un 30 por ciento de las pacientes acudió al Médico en los primeros tres meses de la enfermedad; coincidiendo este detalle con los resultados obtenidos por Hernández y colaboradores, en un estudio similar realizado entre 1964 y 1970 (3). Lo cual demuestra que en los últimos 15 años, no ha existido un cambio de conducta en nuestra población.

Ya estan muy bien establecidos los factores de riesgo en el cancer de mama. En nuestro grupo se consiguieron antecedentes de importancia en 29,1 por ciento; este detalle nos obliga a recordar que cuando estamos ante pacientes con antecedentes de Historia familiar de la enfermedad, nulíparas, o bien antecedentes de enfermedad fibroquistica; estamos en la obligación de una vigilancia periódica. (5).

CUADRO Nº 5

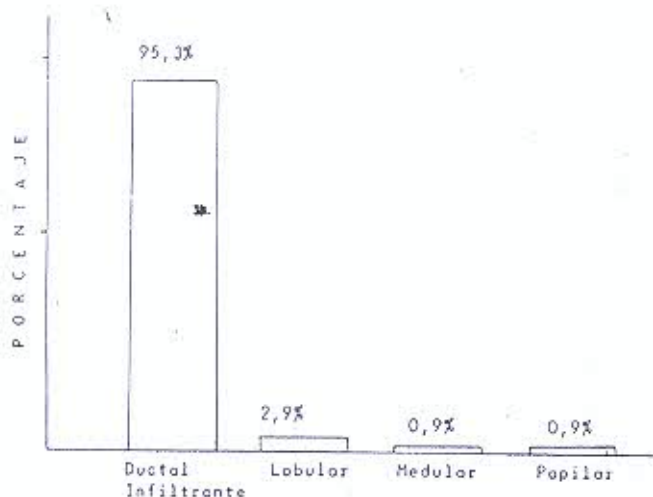
Tipo de intervención practicada en las pacientes con cancer de la glándula mamaria. H.U.C. 1971 - 1978.

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mastectomía simple* vaciamiento axilar bajo	46	43,4
Mastectomía radical mod. tipo Pattey	30	28,3
Mastectomía radical tipo Halsted	22	20,8
Mastectomía radical mod. tipo Madden	8	7,5
Totales	106	100,0

Fuente: archivos del HUC.

GRAFICO Nº 6

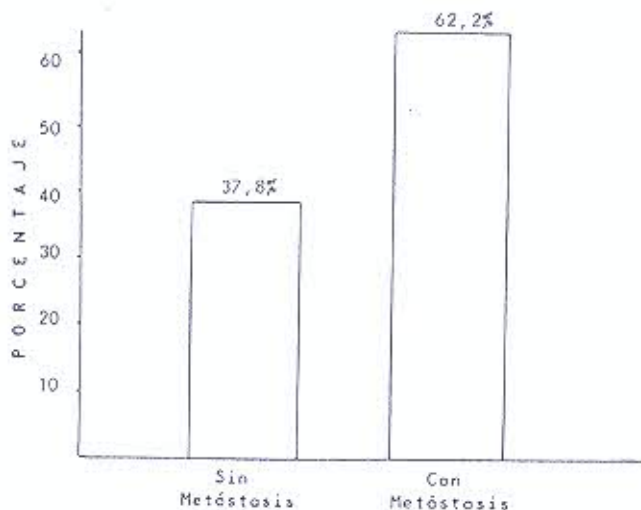
Clasificación anatomopatológica de los carcinomas mamarios. H.U.C. 1971 - 1978.



ADENOCARCINOMAS

GRAFICO Nº 7

Análisis anatomopatológico, de los ganglios en pacientes portadoras de cáncer en la glándula mamaria. H.U.C. 1971 - 1978



G A N G L I O S

Cuando analizamos el tamaño de las tumoraciones, el Estadio, y la clasificación TNM, nos encontramos con cifras muy desalentadoras, se entiende este hecho, por lo tardío que consulta la paciente; a esto debemos agregar las pocas medidas de diagnóstico precoz que se practican en nuestro medio. Las encuestas de Gallup indican que un alto porcentaje de mujeres a quienes se adiestró en el autoexamen de las mamas por personal Médico o paramédico bien calificado, responden con la ejecución de dicho examen en forma regular y a largo plazo. Es sin duda necesario difundir entre la clase Médica que no resulta suficiente para cubrir semejante objetivo la publicación de un folleto, o el uso de una película. Es preciso enseñar el autoexamen a la mujer mediante el uso de su propia mano sobre sus mamas bajo la guía directa de un profesional. (2)

El número de fracasos de tratamiento suele ser menor en ausencia de metástasis ganglionares y mayor en presencia de uno a tres ganglios, y todavía mayor cuando se encontraron cuatro o más ganglios positivos (6). En nuestros

El número de fracasos de tratamiento suele ser menor en ausencia de metástasis ganglionares y mayor en presencia de uno a tres ganglios, y todavía mayor cuando se encontraron cuatro o más ganglios positivos (6). En nuestros

pacientes encontramos ganglios positivos en 62,2 por ciento, sin embargo debemos insistir en el reporte del número de ganglios invadidos así como también de los niveles axilares afectados. Sin embargo resulta paradójico pensar que la supervivencia no es muy superior en las pacientes con ganglios negativos; cabría preguntarse si un examen amplio y cuidadoso de la axila considerada negativa, revelara metástasis. (7). Se han efectuado algunas investigaciones limitadas a este problema mediante estudios de cortes en serie de ganglios axilares considerados negativos por examen sistemático (estudio de un corte preparado a partir de un bloque de un ganglio seccionado). Saphir y Amromin (8) descubrieron metástasis "oscureas" en 10 a 30 por ciento de los casos examinados y por este método de investigación reiterada. La información a este respecto posee no solo importancia práctica desde el punto de vista patológico, sino también terapéutico, ya que la decisión para administrar radioterapia o agente quimioterapéuticos, depende cuando menos por el momento, de la presencia o ausencia metástasis ganglionares.

Motivado a lo antes analizado, tenemos que el procedimiento quirúrgico más efectuado fué la mastectomía simple + vaciamiento axilar bajo. Llama la atención la mayor práctica de Mastectomías radicales modificadas, lo cual coincide con la tendencia general de limitar la técnica de Halsted para estadios III o bien cuando esta la tumoración adherida al pectoral mayor. (9).

RESUMEN:

Se estudiaron 106 pacientes con cáncer de mama en el Hospital Universitario de Caracas entre los años de 1971

y 1978. Se hace un análisis de los grupos etareos afectados, raza, y factores predisponentes. Además se confirma con el analisis del tamaño, Estadío y clasificación TNM, lo tardío que acude la paciente a la consulta médica; así como también debido a las pocas medidas de prevención y de diagnóstico precoz que se estan empleando.

Se hace un análisis de los especímenes, su clasificación anatomopatológica y el estudio de los gánglios axilares.

SUMMARY:

106 patients were studied at the University Hospital in Caracas, between 1971 and 1978. Age, predisposing factors and race, were analyzed. It is confirmed due to the stage, size and T.N.M. classification, how late patient seek for medical advice. Mainly due to the poor preventive and diagnostic measures, we are taking.

Specimens are also studied including primary tumor and axillary nodes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Leis, H, P; Pilnik, S; Black, M.
Diagnóstico del carcinoma de seno.
Trib. Médica Tomo XLVII No. 564: 17-28 1977.
- 2.- Strax, P.
Valoración de programas selectivos para el diagnóstico temprano del cancer de mama.
Clin. Quir. N. Amer. 4: 667-679 1978.
- 3.- Hernández, G; Ravelo, J, A; Martínez, P; Rodríguez, C.
Sobrevida en 5 años del cáncer de mama.
Boletín. Vol. XIII: 57-63 Enero-agosto 1978.
- 4.- Wynder, E, L.
Identification of women at high risk for breast cancer.
Cancer, 24: 1235, 1969.
- 5.- Copeland, M, M.
The challenge of breast cancer.
Bull. Am. Coll. Surg. 63: 2 1978.
- 6.- Fisher, B; Slack, N, H.
Number of lymph nodes examined and the prognosis of breast cancer.
Surg. Gynecol. Obs. 131: 79-88, 1970.
- 7.- Fisher, E, R; Gregorio, R; Kim, W, S.
The pathology of invasive breast cancer.
Cancer. 36: 1-85, 1975.
- 8.- Saphir, O. and Amromin, G, D.
Obscure axillary lymph node metastases in carcinoma of the breast.
- 9.- Henderson, M, D; Canellos, G, P.
Cancer of the breast.
New E. J. Med. 302: 78-90 No. 2, 1980.