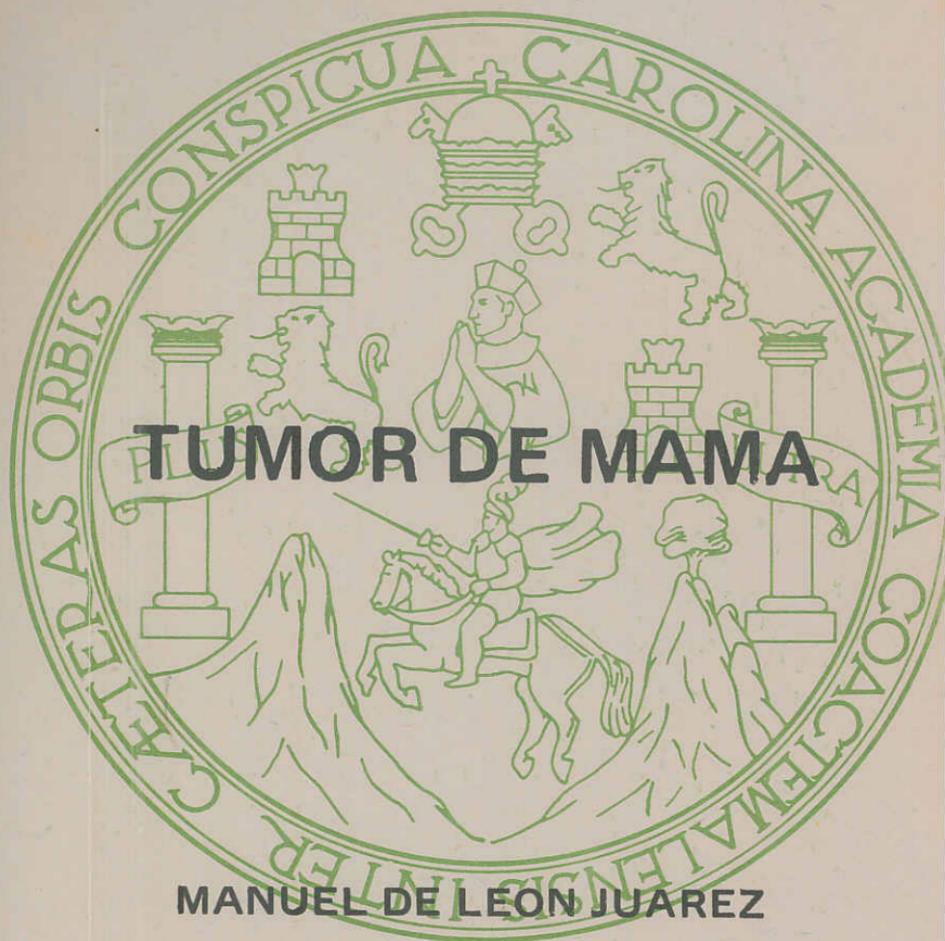


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Guatemala, febrero de 1975

## **PLAN DE TESIS**

1. INTRODUCCION
2. MATERIAL Y METODOS
3. DATOS GENERALES
4. FRECUENCIA DEL TUMOR DE MAMA
5. LOCALIZACION DEL TUMOR DE MAMA
6. CLASIFICACION DEL TUMOR DE MAMA
7. ETAPAS CLINICAS DEL CARCINOMA MAMARIO
8. TRATAMIENTO DEL TUMOR DE MAMA
9. ESTADO DEL PACIENTE A SU EGRESO
10. CONCLUSIONES
11. RECOMENDACIONES
12. BIBLIOGRAFIA

Siendo el Hospital Roosevelt un hospital general, me pareció conveniente realizar en él este estudio, para saber la incidencia del tumor benigno y maligno de mama dentro de la población guatemalteca.

Investigando las estadísticas del INCAN, encuentro que el Ca. de mama ocupa el tercer lugar dentro de la población general que consulta a ese centro, con un 7.5 o/o; después del Ca. de útero que constituye el 47 o/o, y el Ca de piel, que es el 11 o/o.

Si analizamos el Ca. de mama sólo dentro de la población femenina que consulta al INCAN, la situación es más alarmante: el Ca. de mama ocupa el segundo lugar con el 9.8 o/o; el primer lugar lo ocupa el Ca. de útero con el 62 o/o.

Según se ha investigado el carcinoma de la mama es el cáncer más frecuente que aparece en una mujer de 40 años. Ya en 1942 se calculaban 5 pacientes vivos con cáncer de la mama por cada muerte a consecuencia de cáncer de la mama. (1)

La incidencia de tumor de mama ha ido creciendo cada día más, aumentando las tasas, tanto de morbilidad como de mortalidad, por lo que considero de suma importancia el estudio de este problema. (1)

## MATERIAL Y METODOS

Para efectuar el presente trabajo se consultó en el archivo del Hospital Roosevelt, todas las historias clínicas de los pacientes que ingresaron con la impresión clínica de tumor de mama de 1963 a 1972.

Se encontraron un total de 304 historias clínicas, de las cuales 121 correspondían a tumor maligno y 183 a tumor benigno. Al investigar las historias clínicas, nos encontramos que muchas estaban repetidas a consecuencia de reingresos, y otras papeletas se suspendieron porque no se comprobó la enfermedad, tumor benigno o maligno de mama; de esta forma investigamos sólo 248 casos de los cuales el 64 o/o, o sea 158 pacientes presentaron tumor benigno de mama, y el resto, o sea 90 pacientes, que constituían el 36 o/o tenían tumor maligno de mama. Además estudiamos 44 reingresos, de éstos, el 39 o/o o sea 17 fueron reingresos por tumor benigno, y el 61 o/o, o sea los restantes 27 reingresos fueron por causa de tumor maligno de mama. Concluyendo: En total se estudiaron 292 hospitalizaciones, de las cuales el 60 o/o, o sea 175 hospitalizaciones fueron por causa de tumor benigno de mama y 40 o/o, o sea 117 hospitalizaciones fueron por tumor maligno de mama.

Se consultó también algunas tesis de graduación de algunos médicos guatemaltecos, relacionadas con tumor de mama.

Consultamos así mismo, algunos artículos de la literatura mundial relacionados con tumor de mama, para comparar la incidencia en otros países y compararla con la nuestra.

De los pacientes investigados se estudió incidencia por edad, sexo, historia ginecoobstétrica, raza, localización del tumor, estadio en que se presentan los pacientes a consultar, tratamiento, etc. Establecimos comparaciones y sacamos conclusiones.

## DATOS GENERALES

Analizaremos a continuación algunos aspectos que tienen relación con nuestro estudio:

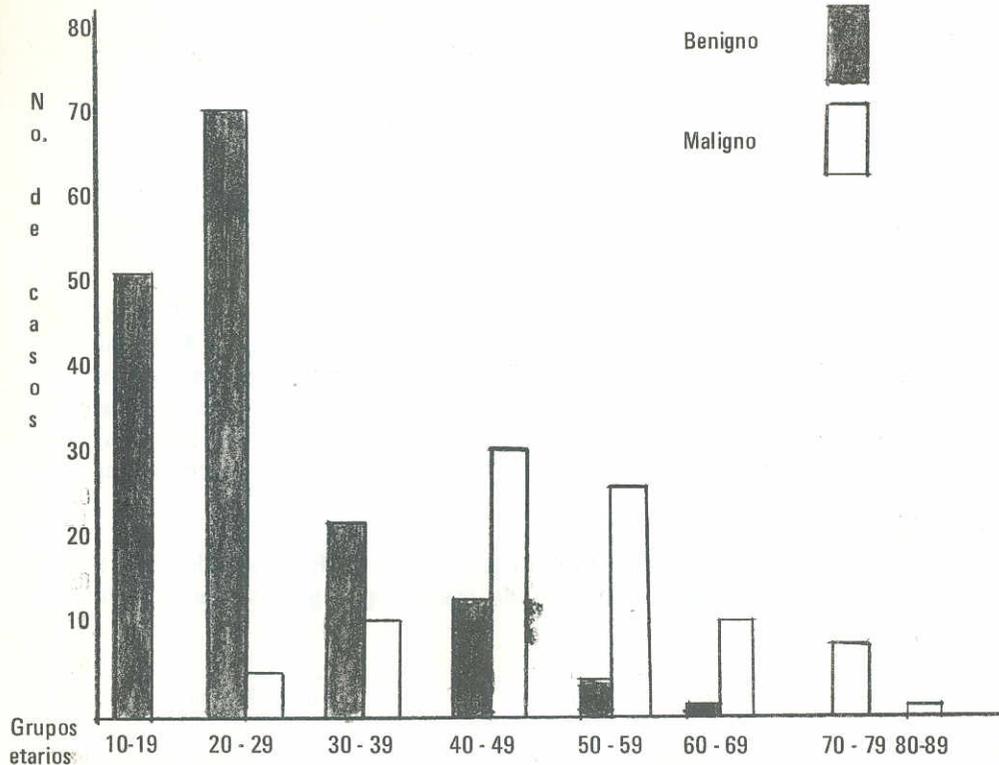
### 1. EDAD

El tumor benigno es enfermedad de gente joven, dentro de nuestro estudio encontramos que el 32 o/o de los casos totales de tumor benigno de mama se presentan de los 10 a los 19 años de vida y aumenta aún al 43 o/o en la siguiente década, es decir que de los 10 a los 29 años encontramos el 75 o/o del total de los casos; en las siguientes décadas va disminuyendo poco a poco y así, de los 60 a los 69 años encontramos un caso solamente.

El tumor maligno es distinto, su incidencia principia a los 20 años, aunque en poca cantidad, de los 20 a los 29 años encontramos el 4 o/o; su incidencia mayor la alcanza de los 40 a los 49 años, encontramos en esta década el 33 o/o; en la siguiente década disminuye aunque todavía se mantiene alta, si unimos estas dos décadas, de los 30 a los 59 años, encontramos el 75 o/o; finalmente de los 80 a los 89 años sólo encontramos un caso. (Ver cuadro No. 1).

La cantidad de pacientes tratados en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972, por tumor benigno y maligno de mama según grupos etarios es la siguiente:

Edad	Tumor Benigno		Tumor Maligno	
	Pacientes	%	Pacientes	%
De 10 a 19 años	51	32.3 o/o	0	0
De 20 a 29 años	69	43.7 o/o	4	4.5 o/o
De 30 a 39 años	21	13.3 o/o	11	12.2 o/o
De 40 a 49 años	13	8.2 o/o	30	33.3 o/o
De 50 a 59 años	3	1.9 o/o	27	30.0 o/o
De 60 a 69 años	1	0.6 o/o	10	11.1 o/o
De 70 a 79 años	0	0	7	7.8 o/o
De 80 a 89 años	0	0	1	1.1 o/o
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100o/o</b>	<b>90</b>	<b>100o/o</b>



Cuadro No. 1.- Pacientes con tumor benigno y maligno de mama tratados en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972, según grupos etarios.

## 2. SEXO

El tumor de mama es enfermedad de pacientes del sexo femenino; de 158 pacientes con tumor benigno de mama, 154, o sea el 97.5 o/o fueron mujeres; y de 90 pacientes con tumor maligno, 89, o sea el 98.9 o/o fueron también mujeres. (Ver cuadro No. 2).

Sexo	Tumor Benigno		Tumor Maligno	
Femenino	154 ptes.	97.5 o/o	89 ptes.	98.9 o/o
Masculino	4 ptes.	2.5 o/o	1 ptes.	1.1 o/o
Total	158 Ptes.	100 o/o	90 Ptes.	100 o/o

Cuadro No. 2.- Pacientes con tumor benigno y maligno de mama tratados en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972, según sexo.

## 3. RAZA

De los pacientes estudiados casi la totalidad fue ladina, con tumor benigno 98.1 o/o y con tumor maligno 95.6 o/o; la razón creo es la clase de pacientes que asisten al Hospital Roosevelt, en su mayoría son provenientes de la capital. Examinando las estadísticas del INCAN, encontramos que la procedencia es: De la capital el 69 o/o, de los departamentos el 28 o/o y de otros países el 3 o/o. Según raza 92 o/o eran mestizos, 6.1 o/o indígenas y de otras razas el resto. Creo que la razón de este porcentaje tan bajo dentro de los indígenas se debe a la idiosincrasia de nuestro pueblo, están enfermos y no consultan sino hasta que las enfermedades están muy avanzadas, muchas veces ya no llegan a consultar; es decir, creo que la incidencia de tumor de mama dentro de la raza indígena es más elevada pero estos pacientes evolucionan sin consultar a los hospitales. (Ver cuadro No. 3).

Raza	Tumor Benigno		Tumor Maligno	
Ladino	155 Ptes	98.1 o/o	86 Ptes.	95.6 o/o
Indígena	2 Ptes.	1.3 o/o	2 Ptes.	2.2 o/o
Otro	0 Ptes.	0	1 Ptes.	1.1 o/o
No menciona	1 Ptes.	0.6 o/o	1 Ptes.	1.1 o/o
Total	158 Ptes.	100 o/o	90 Ptes.	100 o/o

Cuadro No. 3.- Pacientes con tumor benigno y maligno de mama tratados en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972, según raza.

#### 4. HISTORIA GINECOOBSTETRICA

a) Embarazos: El 55.9 o/o de las pacientes que han padecido de tumor benigno de mama no han estado embarazadas, mientras que sólo el 12.4 o/o de las pacientes con tumor maligno no han estado embarazadas, para explicar ésto creo existe una razón muy importante: la edad; casi todas las pacientes con tumor benigno son jóvenes, mientras que las pacientes con tumor maligno ya son de edad, ésto explica porqué muchas mujeres aún no han tenido embarazos, pues la mayoría no son casadas.

Encontramos algunas pacientes multigestas: una paciente gestas 14 en cada grupo, otras gestas 6, 7, 8, 9, 10, 13, sobre todo en las pacientes que padecen de tumor maligno; sin embargo creo que ésto no demostró tener mucha relación con esta enfermedad, sino sólo por causa de la edad, ya que dentro de las pacientes que han tenido de cero a tres embarazos se encuentra el 79.9 o/o del total de las pacientes con tumor benigno y el 39.3 o/o del total de las pacientes con tumor maligno.

Lo mismo creo sucedió con los partos y abortos, tenemos un 56.4 o/o de pacientes nulíparas con tumor benigno de la mama y un 12.4 o/o de las pacientes con tumor maligno; si sumamos el total de las pacientes con tumor maligno que han tenido de cero a tres partos nos da el 46.2 o/o y el 83.3 o/o de las pacientes con tumor benigno. En cuanto a abortos la situación es bastante similar no han tenido abortos el 85.1 o/o de las pacientes con tumor benigno y el 55.1 o/o de las pacientes con tumor maligno, y de cero a tres abortos encontramos el 76.9 o/o de las pacientes con tumor maligno y el 100 o/o de las pacientes con tumor benigno de mama.

Considerando todo lo anterior creo que la historia obstétrica no tiene relación con el tumor benigno o maligno de mama, ya que como podemos observar el porcentaje de las pacientes que han tenido tres embarazos es bastante alto y si tomamos en cuenta la diferencia que existe entre pacientes con tumor benigno y maligno, creo ésto se debe a la diferencia de edades a las que ocurre la enfermedad. Lo mismo ocurre con los abortos y partos.

#### FRECUENCIA DE TUMOR DE MAMA

##### 1. INCIDENCIA DE TUMOR DE MAMA POR AÑO

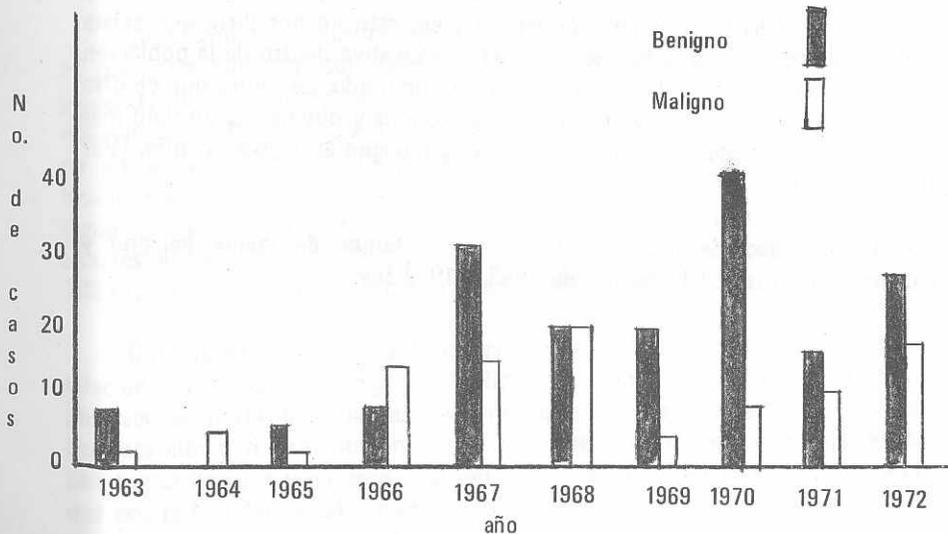
La incidencia ha sido bastante irregular: En pacientes con tumor benigno de mama, la incidencia fue baja durante los primeros años 4 o/o, 0 o/o, 3 o/o, 5 o/o. Posteriormente se elevó bastante, el cuarto año fue el segundo más alto 17 o/o y a continuación descendió aunque no descendió tanto como al principio; el último año encontramos el 15 o/o; creo que ésto no nos dice nada, posiblemente al efectuar un estudio tomando en cuenta más años sí encontraríamos alguna relación.

La incidencia de tumor maligno de mama por año es bastante similar a la que encontramos con el tumor benigno, los tres primeros años baja, los tres siguientes alta, vuelve a descender los dos siguientes y los últimos dos años nuevamente la incidencia se eleva. Da la impresión que en los últimos años la incidencia principiara a aumentar progresivamente, y sería muy interesante estudiar la incidencia que hay de tumor benigno y maligno de mama en estos años y en los años futuros para observar si en efecto ha aumentado la cantidad de pacientes tratados; de ser así creo, ésto no nos diría que existe más enfermedad sino que se hace más labor educativa dentro de la población para que asistan a consultar al hospital y de este modo, pacientes que de otra forma hubieran pasado inadvertidos, los conocemos y obtenemos un dato más fidedigno de la incidencia de tumor benigno y maligno en nuestro medio. (Ver cuadro No. 4).

La cantidad de pacientes tratados por tumor de mama benigno y maligno en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972 fue:



Año	Tumor Benigno		Tumor Maligno	
	Ptes.	o/o	Ptes.	o/o
1963	7	4.4	2	2.2
1964	0	0	4	4.4
1965	5	3.2	2	2.2
1966	8	5.0	12	13.4
1967	27	17.1	14	15.6
1968	18	11.4	18	20.0
1969	18	11.4	4	4.4
1970	36	22.8	8	8.9
1971	15	9.5	10	11.1
1972	24	15.2	16	17.8
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>



Cuadro No. 4.— Pacientes con tumor benigno y maligno de mama tratados en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972, por año.

## 2. INCIDENCIA DE PACIENTES CON TUMOR DE MAMA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT

Considerando que el Hospital Roosevelt recibe casi toda clase de pacientes hemos obtenido los datos acerca del número de pacientes hospitalizados en los departamentos de medicina y cirugía de este hospital de 1963 a 1972, para saber el porcentaje de pacientes con tumor de mama que se han tratado.

En el Depto. de cirugía se atendieron durante esos años un total de 28.556 pacientes de los cuales 17,180 eran hombres y 11,376 del sexo femenino, o sea que el 0.006 o/o de los pacientes hombres fueron tratados por tumor maligno de mama, y el 0.023 o/o por tumor benigno. En las mujeres el porcentaje fue más alto, el 0.8 o/o consultaron por tumor maligno de mama y el 1.4 o/o por tumor benigno.

De todos los pacientes que ingresaron al Depto. de cirugía durante esos 10 años el 0.87 o/o fue por tumor de mama, 0.32 o/o por tumor maligno y 0.55 o/o por tumor benigno; si sumamos los pacientes hospitalizados en el Depto. de medicina; que son 23,062, de los cuales 13,556 son hombres y 9,504 mujeres, nos da un total de 51,618 pacientes hospitalizados en dichos departamentos, o sea un promedio de 0.47 o/o de pacientes con tumor de mama, 0.30 o/o con tumor benigno y 0.17 o/o con tumor maligno. (Ver cuadro No. 5).

Creo que la incidencia de pacientes que consultan por tumor de mama al Hospital Roosevelt es alta; ya que de 100 pacientes que consultan al Depto. de cirugía, uno consulta por tumor de mama, y de cada tres pacientes que consultan por tumor de mama, uno es maligno. Si se agregan los pacientes tratados en el Depto. de Medicina, la situación se reduce a la mitad, que también creo es alta, pues de casi cada 200 pacientes, uno consulta por tumor de mama; y de cada tres pacientes que consultan por tumor de mama, uno será maligno.

## LOCALIZACION DEL TUMOR

### 1. LOCALIZACION DEL TUMOR BENIGNO DE MAMA

De los 158 tumores de mama benignos encontramos:

- 60 Ptes. con tumor en la mama derecha, o sea el 38 o/o
- 71 Ptes. con tumor en la mama izquierda, o sea el 44.9 o/o
- 23 Ptes. con tumor en ambas mamas, o sea el 14.6 o/o, y
- 4 Ptes. en los que no se menciona la localización, o sea el 2.5 o/o.

Acerca de la localización del tumor dentro de la masa encontramos:  
(Cuadro No. 6).

Lugar	Mama Der.		Mama Izq.	
Cuadrante Sup. Int.	7	11.7 o/o	17	24.0 o/o
Cuadrante Supl. Ext.	26	43.3 o/o	24	33.8 o/o
Cuadrante Inf. Ext.	7	11.7 o/o	11	15.5 o/o
Cuadrante Inf. Int.	6	10.0 o/o	8	11.3 o/o
Región Subareolar	9	15.0 o/o	5	7.0 o/o
No Menciona localización	5	8.3 o/o	6	8.4 o/o
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100 o/o</b>	<b>71</b>	<b>100 o/o</b>

Cuadro No. 6.— Localización del tumor benigno dentro de la mama.

Como podemos apreciar el porcentaje más alto lo encontramos tanto en la mama derecha como en la izquierda en el cuadrante superior externo.

### 2. LOCALIZACION DEL TUMOR MALIGNO DE MAMA

En total encontramos 90 tumores de mama, de ellos: 41 pacientes, el 45.6 o/o tenían el tumor en la mama derecha; en 43 pacientes, o sea el 47.8 o/o, la mama izquierda fue la afectada; en ambas mamas se les encontró enfermedad a 5 pacientes, o sea el 5.5 o/o; y en una paciente, 1.1 o/o no se mencionó la localización.

Investigando la localización dentro de la mama, encontramos: (Cuadro No. 7).

Lugar	Mama Der.		Mama Izq.	
Cuadrante Sup. Interno	6	14.6 o/o	9	20.9 o/o
Cuadrante Sup. Ext.	11	26.8 o/o	11	25.6 o/o
Cuadrante Inf. Ext.	4	9.8 o/o	3	7.0 o/o
Cuadrante Inf. Int.	3	7.3 o/o	1	2.3 o/o
Región Subaureolar	7	17.1 o/o	5	11.6 o/o
No menciona localización	10	24.4 o/o	14	32.6 o/o
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100 o/o</b>	<b>43</b>	<b>100 o/o</b>

Cuadro No. 7.— Localización del tumor maligno dentro de la mama.

Como podemos apreciar también este tumor se localiza más frecuentemente en el cuadrante superior externo.

Aunque el cuadrante superior externo se encontró más afectado por el carcinoma de mama, esta frecuencia no fue muy alta; ya que en el cuadrante superior externo se ha encontrado una frecuencia hasta del 41 o/o; la frecuencia con que se encontró en los otros cuadrantes sí fue más o menos la misma que se ha reportado; en el cuadrante superior interno han encontrado el 14 o/o, nosotros encontramos en la mama derecha el 14.6 o/o y en la izquierda el 20.9 o/o; en la región subaureolar el 8 o/o nosotros encontramos en la mama derecha el 17.1 o/o y en la izquierda el 11.6 o/o; en el cuadrante inferior externo el 6 o/o; y en nuestra investigación encontramos en la mama derecha el 9.8 o/o y en la izquierda el 7 o/o; finalmente el cuadrante con menos incidencia es el cuadrante inferior interno, reportan el 5 o/o, nosotros encontramos en la mama derecha el 7.3 o/o y en la mama izquierda 2.3 o/o. Creo que en general las estadísticas son bastante similares, únicamente el cuadrante de más incidencia, el cuadrante superior externo, según nuestra investigación es bastante menos frecuente, aunque esto se podría explicar porque en nuestra investigación encontramos que en la mama derecha no se menciona la localización del 24.4 o/o y en la izquierda del 32.6 o/o; si a lo que encontramos en el cuadrante superior externo le agregamos la mitad del porcentaje de tumores que no mencionan su localización, llega a 40 o/o más o menos que es la frecuencia con que se ha reportado el tumor maligno de mama en ese cuadrante. (5)

## CLASIFICACION DEL TUMOR DE MAMA

### 1. TUMOR BENIGNO DE MAMA

El tumor benigno de mama más frecuentemente encontrado fue el Fibroadenoma; dentro de un total de 158 tumores, 120 fueron fibroadenomas, o sea el 76 o/o.

Según se ha reportado, el fibroadenoma es el tumor benigno de mama más común, con una frecuencia del 75 o/o. por lo que considero que nuestras estadísticas son bastante similares. (5)

También encontramos el 19.6 o/o de enfermedad fibroquística de la mama; el 1.9 o/o de displasias; el 1.9 o/o de lipomas; y el 0.6 o/o de necrosis grasa. (Ver cuadro No. 8).

Tumor Benigno	No.	o/o
Fibroadenoma	120	76.0 o/o
Enf. Fibroquist.	31	19.6 o/o
Displasias	3	1.9 o/o
Lipomas	3	1.9 o/o
Necrosis Grasa	1	0.6 o/o
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100 o/o</b>

Cuadro No. 8.— Clases de tumores benignos encontrados en Hospital Roosevelt. 1963-1972.

### 2. TUMOR MALIGNO DE MAMA

De los 90 tumores malignos de mama tratados durante esos 10 años, el que se encontró con más frecuencia fue el carcinoma, en total encontramos 84 carcinomas, o sea el 93.3 o/o de los tumores malignos de mama; de los restantes el 5.6 o/o fue de Cistosarcoma Phillodes y el 1.1 o/o de mixoliposarcoma. (Cuadro No. 9).

Tumor Maligno	No.	o/o
Carcinoma	84	93.3 o/o
Cistosarcoma Phillodes	5	5.6 o/o
Mixoliposarcoma	1	1.1 o/o
Total	90	100 o/o

Cuadro No. 9.- Clases de tumores malignos de mama encontrados en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972.

Como podemos apreciar, también aquí nuestras estadísticas fueron bastante similares a las reportadas. Ellos reportan el 93 o/o de carcinomas, nosotros encontramos el 93.3 o/o. (5)

## ETAPAS CLINICAS DEL CARCINOMA MAMARIO

Para efectuar esta clasificación se tomaron en cuenta los criterios anatómicos y biológicos, retrospectivamente, es decir, tomando en cuenta los datos que encontramos en las fichas clínicas de los pacientes que fueron tratados en el Hospital Roosevelt por Ca. de mama de 1963 a 1972, procurando tomar en cuenta el dato que juzgamos era más fidedigno, por ejemplo: si en la ficha de una paciente aparecía que en la emergencia le habían encontrado una masa de 8 cm., pero en un examen posterior efectuado con más calma, o por personal más especializado se le encontró un diámetro de 4 cm., se tomaba en cuenta este último dato para nuestra investigación; en algunas papeletas no encontramos ningún dato; en otras la clasificación ya estaba hecha.

Para investigar las etapas clínicas en que consultaron los pacientes con carcinoma mamario, tomamos en cuenta la clasificación de la Sociedad Americana del Cáncer, que es la misma que se usa en el Hospital Roosevelt, que es la TNM (T-Tumor primario de la mama. N- Ganglios axilares regionales. M- Metástasis a distancia). T se califica 1, 2, 3, o 4, según su extensión y otras características (Fijación al músculo pectoral, a la pared torácica, a la piel, piel de naranja, etc.). Tx es cuando no se puede determinar la extensión o se ignora.

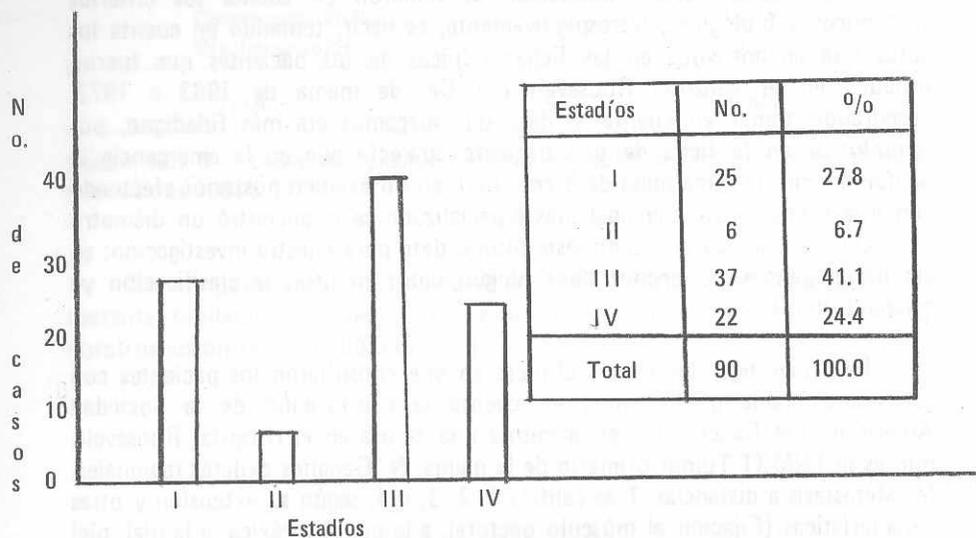
La N se califica de 0 a 3, según haya o no adenopatía axilar supra o retroclavicular y según ésta sea fija o móvil. Nx es también cuando no se puede determinar.

La M se clasificó: 0; no hay metástasis; 1: Hay metástasis a distancia y Mx cuando no se pudo determinar.

El tumor de mama se dividió en cuatro etapas clínicas:

- Etapas I T1 o T2 con NO y MO.
- Etapas II T1 o T2 con N1 y MO.
- Etapas III T1 o T2 con N2 o N3; o T3 con NO, N1, N2, N3, todos con MO.
- Etapas IV Cualquier combinación de símbolos T y N pero que al mismo tiempo contenga a M. (2), (5).

Según esta clasificación encontramos que a este hospital se presentaron a consultar el 27.8 o/o en Estadío I; en Estadío II el 6.7 o/o; en Estadío III el 41.1 o/o y finalmente en Estadío IV el 24.4 o/o. (Cuadro No. 10).



Cuadro No. 10.— Estadíos del tumor maligno de mama en Ptes. tratados en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972.

Como se puede apreciar la mayoría de los pacientes acuden al hospital cuando su enfermedad está bastante avanzada, pues si unimos los estadíos III y IV nos da el 65.5 o/o del total de pacientes con carcinoma de mama tratados en el Hospital Roosevelt durante el tiempo que estamos investigando. Según estudios reportados de otros países el estadío en que más consultan es el II, 53 o/o; después el estadío III, el 28 o/o; a continuación el I, el 17 o/o; y finalmente el estadío IV con sólo el 2 o/o; o sea que estas son estadísticas completamente distintas a las nuestras. Considerando que entre más avanzada es la enfermedad menos es la probabilidad de curación. Creo se debería intensificar más el estudio de este problema; para diagnosticarlo más precozmente y de esta forma aplicar un tratamiento precoz que sería mejor y más efectivo. (2).

La forma en que se presentaron estos pacientes fue:

### Estadío I

$T_1 N_0 M_0$	9
$T_2 N_0 M_0$	16

### Estadío II

$T_1 N_1 M_{01}$	1
$T_2 N_1 M_0$	5

### Estadío III

$T_2 N_2 M_0$	9
$T_2 N_3 M_0$	1
$T_3 N_0 M_0$	6
$T_3 N_1 M_0$	4
$T_3 N_2 M_0$	4
$T_3 N_3 M_0$	4
$T_4 N_0 M_0$	2
$T_4 N_1 M_0$	1
$T_4 N_2 M_0$	2
$T_4 N_3 M_0$	1
$T_4 N_4 M_x$	3

### Estadío IV

$T_x N_x M_1$	9
$T_1 N_1 M_1$	1
$T_2 N_0 M_1$	2
$T_2 N_2 M_1$	2
$T_3 N_2 M_1$	5
$T_3 N_3 M_1$	1
$T_4 N_x M_1$	1
$T_4 N_2 M_1$	1

## TRATAMIENTO DE TUMOR DE MAMA

### 1. TRATAMIENTO DEL TUMOR BENIGNO DE MAMA

Al 89.3 o/o de los pacientes se les efectuó resección del tumor; al 0.6 o/o se le efectuó mastectomía parcial; al 2.6 o/o Mastectomía simple; al 0.6 o/o mamoplastía; también al 0.6 o/o Mastectomía radical; y al 6.3 o/o sólo se le efectuó tratamiento médico. (Cuadro No. 11).

Tratamiento	No.	o/o
Resección del tumor	141	89.3 o/o
Mastec. Parcial	1	0.6 o/o
Mastec. Simple	4	2.6 o/o
Mastec. Radical	1	0.6 o/o
Mamoplastía	1	0.6 o/o
Tratamiento Med.	10	6.3 o/o
Total	158	100 o/o

Cuadro No. 11.— Tratamiento del tumor benigno de mama en pacientes tratados en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972.

De los pacientes a quienes se les efectuó resección del tumor, que eran 141, algunos recibieron otros tratamientos: a 2 pacientes, se les efectuó safenectomía, a uno se le practicó amigdalectomía y a otro se le hizo hernioplastía. Uno de los pacientes tenía tratamiento médico con epamín por gran mal.

De los 10 pacientes que sólo tuvieron tratamiento médico: uno fue tratado con aralén, padecía de paludismo; uno con ampicilina por infección urinaria, a uno se le dieron anovulatorios y a los restantes 7 sólo se les dio algún analgésico y no se les hizo ningún otro tratamiento.

### 2. TRATAMIENTO DEL TUMOR MALIGNO DE MAMA

Al 42.2 o/o se les practicó mastectomía radical; al 22.2 o/o mastectomía simple; al 4.5 o/o mastectomía simple modificada; al 2.2 o/o sólo resección del

tumor; al 12.2 o/o se les hizo biopsia; al 4.5 o/o sólo se les trató con radioterapia; al 2.2 o/o sólo recibieron tratamiento médico (endoxán, mostaza nitrogenada); y al 10 o/o sólo se les dio analgésicos. (Cuadro No. 12).

Tratamiento	No.	o/o
Mastec. Radical	38	42.2 o/o
Mastec. Simple	20	22.2 o/o
Mastec. Simple Modif.	4	4.5 o/o
Resección de tumor	2	2.2 o/o
Biopsia	11	12.2 o/o
Radioterapia	4	4.5 o/o
Trat. médico, Quimiot.	2	2.2 o/o
Analgésicos	9	10.0 o/o
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100 o/o</b>

Cuadro No. 12.- Tratamiento de pacientes con tumor maligno de mama tratados en el Hospital Roosevelt de 1963 a 1972.

De los 90 pacientes, 28, o sea el 31.1 o/o recibieron tratamiento con radioterapia sólo o combinado con otro procedimiento; y 4 pacientes, o sea el 4.4 o/o recibieron quimioterapia, 2 pacientes recibieron sólo la quimioterapia y los otros 2 la recibieron combinada con radioterapia.

#### -Tratamiento según etapa en que se presentaron los pacientes

Pacientes en Estadío I: Encontramos 25 pacientes, de los cuales, a 19 se les hizo mastectomía radical; (tres de ellos recibieron también radioterapia); a 3 se les hizo mastectomía simple; a 1 se le hizo mastectomía simple modificada y a 2 sólo se les reseco el tumor. Como se aprecia, sólo a 3 pacientes se les dio radioterapia y a ellos se les había efectuado mastectomía radical. (Cuadro No. 13).

#### Etapa I

Mastec. Radical (Con Radioter. 3)	19
Mastec. Simple	3
Mastec. Simple Modif.	1
Resecc. Tumor	2

Cuadro No. 13.- Tratamiento de la Etapa I, Hosp. Roosevelt 63-72. Tumor Maligno.

#### Etapa II

Mastec. Radical (Con Radioter. 1) (Con Radiot. y Ocfor. 1)	3
Mastec. Sim. y Radiote.	2
Biop. Ooforect. Radiot.	1

Cuadro No. 14.- Tratamiento de la Etapa II, Hosp. Roosevelt 63-72. Tumor Maligno.

Pacientes en etapa II: Encontramos 6 pacientes: A 3 se les hizo mastectomía radical, a 2 de ellos se les dio también radioterapia; a 2 se les hizo mastectomía simple y se les dio radioterapia; y a uno se le hizo biopsia, posteriormente Ooforectomía bilateral y también se le dio radioterapia. De los 6 pacientes que consultaron en Etapa II, 4 recibieron radioterapia. (Cuadro No. 14).

Pacientes en Etapa III: En nuestra investigación encontramos 37 pacientes. A 13 pacientes se les practicó Mastectomía radical, de ellos a 6 se les dio tratamiento con radioterapia, y a uno se le practicó Ooforectomía.

A 12 pacientes se les hizo mastectomía simple, a uno se le dio tratamiento con radioterapia, a otro se le practicó también Ooforectomía, y a otro además de ooforectomía se le dio tratamiento con radioterapia.

A 2 pacientes se les practicó mastectomía simple modificada, a uno de los cuales se le dio tratamiento con radioterapia.

A 4 pacientes sólo se les hizo biopsia.

A 4 pacientes se les dio tratamiento con radioterapia, a uno de ellos también se le dio quimioterapia.

A un paciente se le efectuó biopsia, ooforectomía y también se le dio radioterapia.

A un paciente sólo se le administraron analgésicos.

De los 37 pacientes que consultaron en la etapa III, 14 recibieron tratamiento con radioterapia; y sólo a uno se le dio quimioterapia. (Cuadro No. 15).

Etapa III		Etapa IV	
Mastec. Radical (Con Radiot. 6) (Con Ooforec. 1)	13	Mastec. Radical (Con Radiot. 1) (Con Ooforec. 1)	3
Mastec. Simple (Con Radiot. 1) (Con Ooforec. 1) (Con Rad. y Oof. 1)	12	Mastec. Simple (Con Radiot. 1)	3
Mastec. Simple Modif. (Con Radiot. 1)	2	Mastec. Simple Modif. y Radiot.	1
Biopsia (Con Oof. y Rad. 1)	5	Biopsia (Con Radiot. 2) (Con Radiot. Oof. y Quimioter. 1)	5
Radioterapia (Con Quimiot. 1)	4	Quimioterapia	1
Tratamiento Paliativo	1	Tratamiento Paliativo	9

Cuadro No. 15.— Tratamiento de la Etapa III, Hosp. Roosevelt 63-72. Tumor Maligno.

Cuadro No. 16.— Tratamiento de la Etapa IV, Hosp. Roosevelt 63-72. Tumor Maligno.

Pacientes en Etapa IV: Durante estos 10 años, 1963-1972, se trataron 22 pacientes:

A 3 pacientes se les practicó mastectomía radical, a uno de ellos se le dio también tratamiento con radioterapia y a otro se le practicó ooforectomía, a esta paciente también se le hizo cesárea segmentaria transperitoneal.

A 3 pacientes se les practicó mastectomía simple, a uno de ellos también se le dio radioterapia.

A un paciente se le practicó mastectomía simple modificada y también recibió tratamiento con radioterapia.

A 5 pacientes se les efectuó biopsia, aunque una de estas biopsias fue de pleura para investigar metástasis a pleura, las otras 4 sí fueron de tejido mamario, 2 de ellas recibieron también tratamiento con radioterapia, y a otra, además se le efectuó ooforectomía, y también se le dio posteriormente quimioterapia, endoxán.

Una paciente sólo recibió tratamiento con quimioterapia, endoxán.

A 9 pacientes sólo se les dio tratamiento médico paliativo.

De los 22 pacientes que consultaron en la etapa IV, 6 recibieron tratamiento con radioterapia, sólo o acompañado de otros procedimientos; y sólo 2 pacientes tuvieron quimioterapia. (Cuadro No. 16).

De los 22 pacientes, 6 fallecieron dentro del hospital, durante su primera hospitalización, y otro falleció en un reingreso que tuvo.

### 3. TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE REINGRESARON POR TUMOR MALIGNO DE MAMA

De los 90 pacientes que consultaron al Hospital Roosevelt por tumor maligno de mama tuvimos 27 reingresos; El tratamiento que recibieron fue:

A 5 pacientes se les efectuó mastectomía radical, dentro de éstos, está una paciente de quien patología dio un resultado equivocado: el resultado de la biopsia por congelación fue un tumor benigno, pero al dar el resultado definitivo informó un carcinoma de mama, por lo que ayudándose del servicio social se localizó a la paciente y se le reingresó para su reintervención.

A 3 pacientes se les efectuó mastectomía simple.

A 2 pacientes se les efectuó ooforectomía bilateral.

A 8 pacientes se les dio tratamiento con radioterapia.

A 6 pacientes se les dio quimioterapia; a 5 se les dio endoxán y a uno mostaza nitrogenada.

A 3 pacientes solo se les dio tratamiento paliativo.

## ESTADO DEL PACIENTE A SU EGRESO

Para investigar el estado en que egresaron los pacientes tratados en el Hospital Roosevelt durante el Período de tiempo que comprende esta investigación, se tomó en cuenta la clasificación que se usa en las fichas del Hospital Roosevelt para clasificar el estado de los pacientes a su egreso: Mejorado, No Mejorado, Curado, Fallecido, etc..

### 1. PACIENTES CON TUMOR BENIGNO DE MAMA

De los 158 pacientes tratados en Hospital Roosevelt por tumor benigno de mama: El 89.2 o/o egresaron curados; el 6.3 o/o mejorados; y el 3.8 o/o No Mejorados.

De estos pacientes 17 volvieron a ingresar, egresando esta vez, 15 curados y 2 No Mejorados.

De un total de 175 ingresos por tumor benigno de mama: 157 pacientes egresaron Curados; 10 Mejorados y 8 No Mejorados. (Cuadro No. 17).

Condición de Egreso	1o. Hospit.		Rehospitalización		Total	
Curado	142	89.9o/o	15	88.2o/o	157	89.7 o/o
Mejorado	10	6.3o/o	0	0	10	5.7 o/o
No Mejorado	6	3.8o/o	2	11.8o/o	8	4.6o/o
Total	158	100 o/o	17	100 o/o	175	100 o/o

Cuadro No. 17.— Condición a su egreso de los pacientes con tumor benigno de mama hospitalizados en el Hospital Roosevelt. 1963-72.

### 2. PACIENTES CON TUMOR MALIGNO DE MAMA

De los 90 pacientes tratados en el Hospital Roosevelt por tumor maligno de mama: 14 egresaron curados; 57 mejorados; 6 no mejorados; 6 fallecieron; 4 egresaron contra indicación médica; 2 egresaron sin diagnóstico; y una paciente egresó no mejorada y sin diagnóstico.

De estos pacientes 27 reingresaron, egresando: 3 curados; 16 mejorados; 6 no mejorados; uno falleció; y uno sin diagnóstico.

De los 117 ingresos al hospital por tumor maligno de mama; en 17 egresos el paciente se encontraba curado; en 73, mejorado; en 12, no mejorado; en 7, el paciente falleció; en 4, el paciente egresó contra indicación médica; en 3 sin diagnóstico y en uno, el paciente egresó sin diagnóstico y no mejorado. (Cuadro No. 18).

Condición de Egreso	1o. Hosp.		Rehospit.		Total	
Curado	14	15.6 o/o	3	11.1 o/o	17	14.5o/o
Mejorado	57	63.3 o/o	16	59.3 o/o	73	62.4 o/o
No Mejorado	6	6.7 o/o	6	22.2 o/o	12	10.3 o/o
Fallecido	6	6.7 o/o	1	3.7 o/o	7	6.0 o/o
Egresó contra indicación	4	4.4 o/o	0	0	4	3.4 o/o
Sin Diagnóstico	2	2.2 o/o	1	3.7 o/o	3	2.6 o/o
No Mejorado Sin Diagnóstico	1	1.1 o/o	0	0	1	0.8 o/o
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100 o/o</b>	<b>27</b>	<b>100 o/o</b>	<b>117</b>	<b>100o/o</b>

Cuadro No. 18.— Condición a su egreso de los pacientes con tumor maligno de mama hospitalizados en el Hospital Roosevelt. 1963-1972.

El porcentaje más alto es de los pacientes que egresaron en estado mejorado 62.4 o/o a estos pacientes se les principiaba a efectuar su tratamiento y egresaban con la recomendación de continuar su tratamiento por consulta externa; se les efectuaba mastectomía simple o radical y se les egresaba con la recomendación de volver a consulta externa para recibir tratamiento con radioterapia; muchos pacientes no regresaban y de esta forma el pronóstico de la enfermedad era peor.

## CONCLUSIONES

El tumor de mama es una enfermedad de gran incidencia dentro de la población guatemalteca.

La malignidad dentro de ellos es elevada: de cada tres tumores de mama, uno es maligno.

Muchas de las personas que padecen de tumor de mama no consultan al hospital su padecimiento por ignorancia respecto a la gravedad de su mal, algunos al final se deciden a consultar y cuando lo hacen ya el mal está muy avanzado, conclusión de esto, el caso se vuelve muchas veces incurable y mueren en el hospital o al egresar de él, con tratamiento paliativo. Prueba de esto es la gran incidencia de pacientes que consultan al hospital en la etapa III o IV del Carcinoma mamario.

El tratamiento que se les da a los pacientes bajo la tutela del hospital es el indicado pero no en forma completa, de esta forma muchas veces se les cita a los pacientes a consulta externa para completar el tratamiento y los pacientes por decidía o porque no se les instruye convenientemente sobre la gravedad de su mal, abandonan el tratamiento; conclusión después volverán peor que al principio.

Es sorprendente que en una cantidad de pacientes como la que estudiamos, 90 pacientes, y considerando que la mayoría de ellos consultaron en estadio III o IV, 65.5 o/o; sea tan poca la quimioterapia empleada, en total 10 veces, a 4 pacientes en su primer ingresos y a 6 durante su reingreso; esto sin duda se debe a la falta de recursos con que cuenta el hospital.

Al observar una masa en la mama de una persona considerar la edad antes de pensar en la clase del mal, si es joven seguramente es benigno, si la persona pasa de la tercera década de la vida pensar en que puede tratarse de un tumor maligno.

## RECOMENDACIONES

Una de las principales recomendaciones creo, sería el instruir debidamente al paciente sobre la realidad de su mal, y sobre todo, de su evolución, según la clase de tratamiento que él se propicie; muchos pacientes por no recibir radioterapia en el momento debido, reingresan con un Ca. incurable.

Fomentar en todas las mujeres sobre todo en las de edad avanzada el autoexamen de mama, de esta forma se diagnosticaría precozmente la enfermedad.

Hacer las historias clínicas completas: interrogatorio y examen, a todas las pacientes para diagnosticar precozmente tumores asintomáticos o que de otra forma pasarían inadvertidos.

Hacer más campaña al respecto para que toda mujer que se palpe una masa en la mama consulte para investigar la etiología de dicha masa.

Procurar por que las relaciones hospital-paciente sean cordiales para que las pacientes, sobre todo las del área rural, que tengan esta enfermedad se acerquen al hospital a consultar su padecimiento.

Incrementar un poco más los fondos del Hospital, para que el tratamiento de los pacientes se acerque más al tratamiento ideal, y no al mejor según muestras circunstancias, aunque éste no sea el más recomendado.

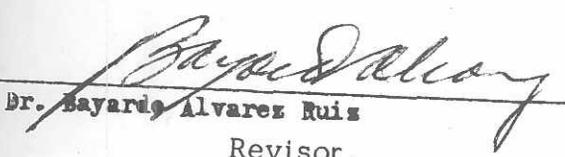
## BIBLIOGRAFIA

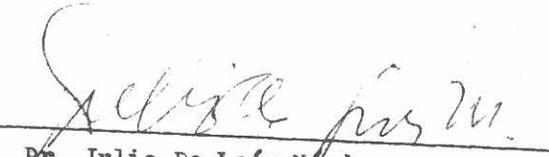
1. Ackerman, Lauren V. and Juan A. del Regato. Cancer, diagnosis, treatment, and prognosis. 2a. Ed. St. Louis, C.V. Mosby, 1954. pp. 996-1024.
2. American Joint Committee for cancer staging and end results. Clinical Staging System for Carcinoma of the Breast. Reporting September, 1973. pp. 23.
3. Barillas Noriega, Alfredo Enrique. Fibroadenoma de la mama. Tesis. (Médico y cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1965. pp. 32.
4. Caballeros, Irma Lilia. Tumefacción de la glándula mamaria (análisis de 80 casos en una sala de cirugía general). Tesis. (Médico y cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1968. pp. 36.
5. Davis, Loyal, eds. Tratado de patología quirúrgica de Christopher. Trad. por Dr. Alberto Folch y Pi y Dr. José Rafael Blengio Pinto. 9a. ed. México, Interamericana, 1970. pp. 361-411.
6. Girón B., Juan J. El cáncer y la mama. Tesis. (Médico y cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1944. pp. 32.
7. González Campo, Carlos. Mamografía importancia en el diagnóstico de enfermedad neoplásica. Tesis. (Médico y cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1964. pp. 79.
8. Montenegro Barrientos, Raúl. Carcinoma de la mama en el Hospital Roosevelt. Tesis. (Médico y cirujano) Guatemala, Universidad de de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1971. pp. 42.
9. Ordóñez Marcucci, Adolfo. Neoplasias benignas de la mama: 75 casos de fibroadenoma en el Hospital Roosevelt. Tesis. (Médico y cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1970. pp. 17.
10. Paz Cojulún, Angel Alberto. Mastectomía subareolar en ginomastia por estrogenoterapia. Tesis. (Médico y cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1966. pp. 27.

Vo. Bo. Estela Singer G.

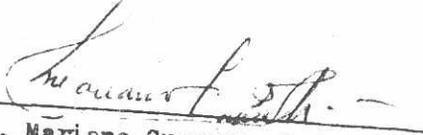
  
Br. **Manuel De León Juárez**

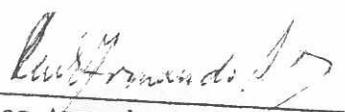
  
Dr. **Susarte Hernández**  
Asesor.

  
Dr. **Bayardo Alvarez Ruiz**  
Revisor.

  
Dr. **Julio De León Mendes**  
Director de la Fase

Vo. Bo.

  
Dr. **Mariano Guerrero Rojas**  
Secretario.

  
Dr. **Carlos Armando Seto**  
Decano.