

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARCINOMA DE LA MAMA

Revisión de 50 casos tratados en el Instituto de Cancerología de
Guatemala durante el año 1976

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

WALTHER ANTULIO MALDONADO BRAN

En el acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. MATERIAL Y METODOS

III. ANALISIS ESTADISTICO

IV. CONCLUSIONES

V. RECOMENDACIONES

VI. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Siendo el Instituto de Cancerología un Hospital General me pareció conveniente realizar en él este estudio, para saber la incidencia de Carcinoma de la Mama en la población guatemalteca.

Investigando las estadísticas del INCAN, se observa que el Carcinoma de la Mama ocupa el tercer lugar en la población general que consulta a este centro, con 7.5% después del Carcinoma del Utero que constituye el 47%, y el Carcinoma de la piel que es el 11%.

Considerando que el Carcinoma de la Glándula Mamaria es uno de los tumores más frecuentes de la mujer y provoca importante Mortalidad en pacientes de los 34 a 54 años, el objetivo del presente trabajo, fue obtener en cifras estadísticas la forma en que es tratado el Carcinoma de la Mama en nuestro medio (INCAN).

La incidencia del Carcinoma de la 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).

II. MATERIAL Y METODOS

Para efectuar el presente trabajo se consultaron los archi
vos del Instituto de Cancerología, todas las Historias Clínicas
de los pacientes que ingresaron con Impresión Clínica de Carcinoma
de la Mama durante al año 1976.

Se encontraron un total de 50 Historias Clínicas de las
cuales, 48 correspondían a Carcinoma de la Mama, por diagnóstico
Histológico.

Al revisar las Historias Clínicas hallamos que muchas no
contaban con los datos suficientes para la investigación del presente
trabajo, otros pacientes no completaron su tratamiento de
tal manera que sólo en el 98% se hizo diagnóstico Histopatológico,
recibiendo el 94% de estos pacientes diversos tratamientos.

Se consultaron también algunas Tesis de graduación de médicos
guatemaltecos, relacionadas con Cáncer de la Mama.

Consultamos también, varios artículos de literatura Mundial
relacionados con Carcinoma de la Mama, para comparar -
los datos de otros países con los obtenidos en el presente trabajo.

En los pacientes investigados se estudió: incidencia por
edad, lugar de procedencia, paridad, diagnóstico del tumor, antecedente
de traumatismo, localización del tumor, etc. Establecimos
comparaciones y se obtuvieron las conclusiones.

III. ANALISIS ESTADISTICO

Se tomó como procedencia el lugar donde habitaban los
pacientes al momento de consultar por primera vez al INCAN
(Instituto de Cancerología).

CUADRO No. 1

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES

PROCEDENCIA	CASOS	PORCENTAJE
Guatemala	21	42
Huehuetenango	6	12
San Marcos	2	4
Retalhuleu	1	2
Chimaltenango	2	4
Escuintla	2	4
San Antonio Suchi.	1	2
Antigua	2	4
Jutiapa	2	4
Quiché	1	2
Petén	1	2
Zacapa	1	2
Progreso	1	2
Santa Rosa	3	6
Sololá	1	2
Fuera de República	3	6
TOTAL	50 Casos	100%

Como podemos observar el mayor porcentaje de pacien-

tes, 42%, proceden de las diferentes partes del departamento de Guatemala y el resto de los demás departamentos de la República. Estos sumados nos dan un total de 26 casos que nos aportan el 52% del total de los casos, representando la mayor incidencia de Carcinoma de la Mama en la República.

Siendo solamente el 6% de casos de otros países, fuera de la República de Guatemala, (México, Honduras, Salvador), no averiguándose la causa de la migración hacia este centro hospitalario.

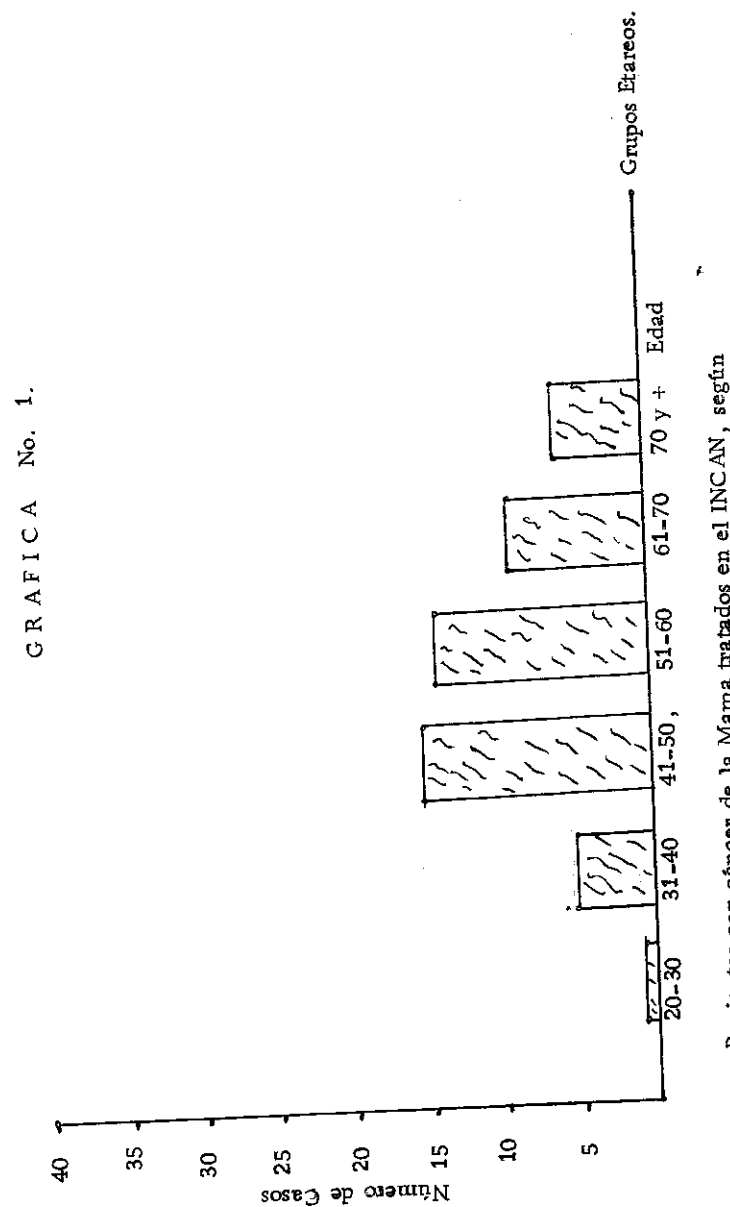
DATOS GENERALES

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

DISTRIBUCION POR EDADES

La edad de distribución del Carcinoma, fue obtenido basándose en la morbilidad y la fecha en que el paciente consultó por primera vez al centro hospitalario.

La edad de distribución en el INCAN está representada en forma gráfica en el cuadro siguiente:



CUADRO No. 2

EDAD DE DISTRIBUCION DE 50 PACIENTES CON CARCINOMA DE LA MAMA EN EL INSTITUTO DE CANCEROLOGIA DURANTE EL AÑO 1976

EDAD EN AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
20 - 30 años	1	2
31 - 40 años	5	10
41 - 50 años	15	30
51 - 60 años	14	28
61 - 70 años	9	18
71 años y más	6	12
TOTAL	50 casos	100 %

Como es sabido la mayor incidencia del Cáncer de la Mama se observa entre los 40 y 50 años (7), siendo en Norteamérica la forma más frecuente de Cáncer y principal causa de muerte entre las mujeres de 40-44 años (8). Hallamos una regla que dice: "TODO NODULO MAMARIO DESPUES DE LOS 40 AÑOS ES MALIGNO MIENTRAS NO SE DEMUESTRE LO CONTRARIO".

Obtuvimos en nuestro análisis la mayor incidencia con Cáncer mamario comprendido entre los 41-50 años con el 30% del total de los casos, siguiéndole en frecuencia, los pacientes comprendidos entre los 51-60 años con el 28% de los casos.

Comparando la incidencia en otros países (E.E.U.U.); - con la del presente trabajo, ésta no varía, siendo la mayor incidencia entre los 40 y 50 años.

Se observó también que la paciente de menor edad con Carcinoma de la Mama contaba con 30 años de edad y la mayor tenía al momento de ingresar 77 años.

SEXO

El total de los casos analizados fue de sexo femenino. Siendo probablemente la causa de no encontrar ningún caso de sexo masculino el bajo porcentaje de incidencia (0.7%) en Norte-América y desconocido en nuestro medio.

MENOPAUSIA:

MENOR EDAD:	40 años
MAYOR EDAD:	55 años
PROMEDIO:	47 años

Desde el punto de vista clínico esto sugiere dos cosas:

1. El tumor de Mama que aparece después de la menopausia es muy probable que sea Cáncer, ya que las lesiones benignas, tales como quistes, disminuyen en frecuencia y se presentan en pacientes jóvenes entre 20-30 años. (7,9)

2. La paciente de edad tiene mayor propensión a desarrollar Cáncer en la Mama.

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

Consideré este punto importante para el estudio, observando la incidencia de que los tumores de crecimiento rápido, tienden a volverse malignos.

El mayor tiempo de evolución obtenido fue comprendido entre 1 y 2 meses y el comprendido entre 6 y 11 meses, obteniendo un 16% cada lapso de tiempo, que conjuntamente abarcan un 32% del total de los casos. Comprobándose además que sólo el 2% (1 caso) tenía menos de 1 mes de evolución de la enfermedad.

Encontrando además que el 34% de los casos tenía menos de 1 año de evolución de la enfermedad y el 22% mayor de 1 año de evolución. Con un promedio de 8 días para el menor tiempo de evolución y 8 años para el mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

CUADRO No. 3

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

T. DE EVOL. ENF.	CASOS	PORCENTAJE
Menos de 1 mes	1	2
1 m - 2 meses	8	16
3 m - 5 meses	5	10
6 m - 11 meses	8	16
12 m - 22 meses	7	14
23 m. o más	4	8
* No Referido	17	34
TOTAL	50 casos	100 %

*En este punto abarcamos a los registros de pacientes que por diversas causas no contaban con los datos investigados para análisis estadístico.

ANALISIS DE MAYOR Y MENOR TIEMPO

T. DE EVOL. ENF.	PROMEDIO
Menor tiempo	8 días
Mayor tiempo	8 años

DIAGNOSTICO DEL TUMOR

En su mayor porcentaje el Dx de tumores de la mama en todo el continente, es hecho por la propia paciente (7).

En nuestro estudio en el 84% de los casos el diagnóstico del tumor en la mama fue hecho por la propia paciente, siendo la mayor parte de veces cuando se bañaba; y el 16% de los casos fue hecho por el médico en forma ocasional cuando efectuaba un examen de reconocimiento general.

CUADRO No. 4

DIAGNOSTICO DEL TUMOR

DIAGNOSTICO	CASOS	PORCENTAJE
Por la Paciente	42	84 %
Por el Médico	8	16 %
TOTAL	50 casos	100 %

PARIDAD EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE LA MAMA:

Como sabemos las mujeres que no han tenido hijos están en peligro algo mayor de desarrollar Ca. de la Mama, como las mujeres que no tuvieron su primer embarazo antes de los 25 años (8).

En estudio realizado en Hospital Roosevelt en 1975 hallaron que casi todas las pacientes con tumor benigno son jóvenes, mientras que las pacientes con tumor maligno ya son de edad, esto explica porqué muchas mujeres aún no han tenido embarazos, pues la mayoría no son casadas (2).

En nuestro análisis encontramos que el mayor porcentaje de pacientes con Ca. de Mama han tenido entre 2 y 3 embarazos (hijos) abarcando el 32% del total de las pacientes, siguiéndole con el 16% pacientes que han dado a luz entre 8 y más hijos, luego con 14% las que han tenido entre 4 y 5 hijos.

Observamos también que pacientes con "cero" de paridad comprenden el 16% de casos totales no estando de acuerdo con la incidencia en otros lugares (8).

CUADRO No. 5

PARIDAD EN LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
CARCINOMA DE LA MAMA

PARIDAD	CASOS	PORCENTAJE
0	8	16 %
1	2	4 %
2 - 3	16	32 %
4 - 5	7	14 %
6 - 7	6	12 %
8 ó más	8	16 %
No Referido	3	6 %
TOTAL	50	100 %

Considerando todo lo anterior creo que el número de hijos (Paridad) no tiene relación con el Ca. de la mama, ya que como podemos observar el porcentaje de las pacientes que han tenido 3 hijos es bastante elevado, como también lo es el de pacientes que no han tenido hijos, pero hay que tener en cuenta que estas no están casadas en su mayoría, siendo además la mayor parte pacientes de edad avanzada.

ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO:

ANTECEDENTE TX.	CASOS	PORCENTAJE
SI	3	6
NO	47	94
TOTAL	50 casos	100 %

Visto nuestro cuadro anterior y de acuerdo a lo que dice Haagensen, es dudoso que el traumatismo sea factor etiológico del Ca. de la Mama. ()

SINTOMAS ENCONTRADOS EN PACIENTES CON CANCER
DE LA MAMA

El síntoma que en mayor representación encontramos fue referido por la mayoría de los casos, 42%, fue de una masa tumoral indolora, siguiéndole en frecuencia, el de masa tumoral, más dolor con 14% del total de los casos.

Otros síntomas tales como: anorexia, disminución del peso corporal, debilidad, etc., lo presentaron solamente el 4% de los pacientes.

CUADRO No. 6

SINTOMAS	CASOS	PORCENTAJE
Masa Tumoral	26	42
Dolor	1	2
Masa + Dolor	9	14
Ulceración	3	5
Dolor en Brazo	4	6
Disnea	1	2
Edema de M.S.	3	5
Sec. Sanguinolenta	2	3
Otros	2	3
No Referidos	11	18
TOTAL	62 casos	100 %

Siendo el síntoma inicial de Masa Tumoral tanto en nuestro estudio como en anteriores, considero necesario efectuar por medio de panfletos o propaganda para que las mujeres puedan efectuar un autoexamen de las mamas, y así descubrir el Cáncer en su inicio, y en mayor número de pacientes.

EXAMEN FISICO DEL PEZON:

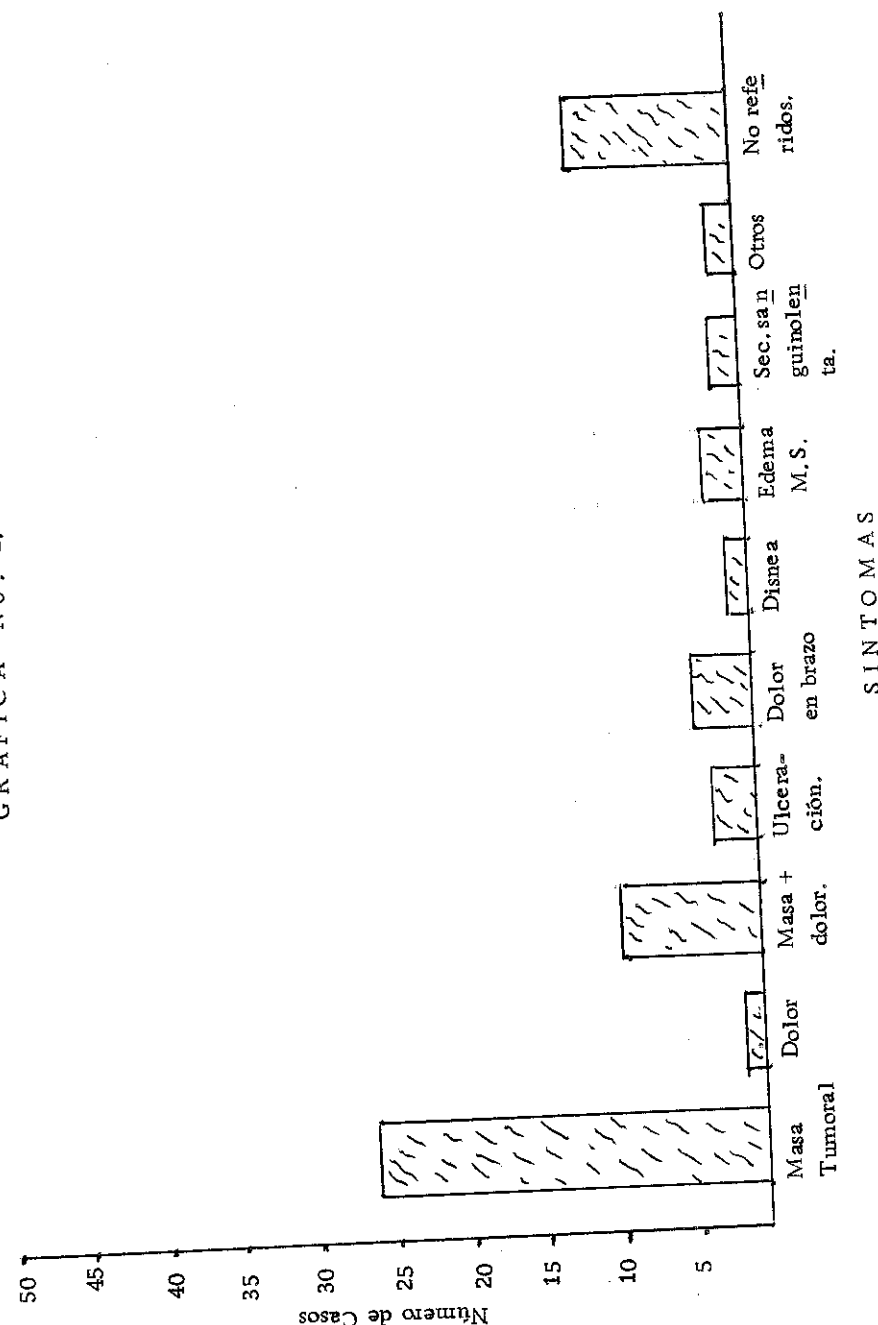
CUADRO No. 7

EX. F. DEL PEZON	CASOS	PORCENTAJE
Normal	18	36
Retracción	10	20
Adherencia a piel	1	2
Sec. Sanguínea	1	2
No Referido	20	40
TOTAL	50	100%

Considerando que el síntoma que en la mayoría de los casos se presentó fue de masa tumoral, nos hacía suponer de antemano que el examen físico del pezón sería en su mayoría normal. Efectuado el estudio nos aportó que en 18 pacientes o sea el 36% era de apariencia normal, existiendo retracción en 10 pacientes que es el 20%.

Aunque estos datos no son del todo confiables, ya que por causa desconocida en 20 pacientes, sus registros médicos no aportaban ningún dato relacionado con el examen físico del pezón de la mama cancerosa, a su ingreso, o primer consulta.

GRAFICA No. 2.



LOCALIZACION DEL TUMOR POR CUADRANTES:

Se efectuó una clasificación del tumor, de acuerdo a la localización por cuadrantes, la cual se detalla en el siguiente cuadro.

CUADRO No. 8

LOCALIZACION DEL TUMOR POR CUADRANTES

LOCALIZACION	MAMA DERECHA		MAMA IZQUIERDA	
	C.	%	C.	%
Sup. Externo	12	23	16	31
Sup. Interno	5	10	6	12
Subareolar	-	-	1	2
Inf. Externo	1	2	1	2
Inf. Interno	1	2	2	4
Total (4 C.)	3	6	3	6
<hr/>				
TOTAL	22	43%	29	57%

Se tomó como el total de casos 51 ya que una paciente - presentó cáncer bilateral.

Como podemos apreciar, el Carcinoma de la Mama se lo calizó con más frecuencia en el cuadrante superior externo que concuerda con lo expuesto en otros trabajos. (2,7,8,9).

Aunque el Cáncer de la Mama más frecuente fue localizado en el Cuadrante superior Externo, con el 23% en la mama derecha y el 31% en la mama izquierda, esta elevación en nuestro estudio permanece a mismo nivel de otros trabajos estadísti-

cos de diferentes países.

La incidencia en el Cuadrante Superior Interno en el presente estudio coincide a lo encontrado en otros estudios que es del 14% (2,8), obteniendo nosotros 10% de los casos para la mama derecha y 12% para la del lado izquierdo.

Siendo la menor incidencia, aportada por la región Central (subaereolar), y ambos cuadrantes inferiores.

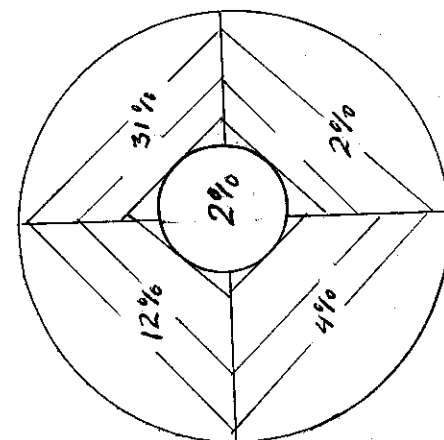
Llamando la atención el 6% bilateral de Cáncer que abarca los 4 cuadrantes pero que se mantiene en igual porcentaje a lo reportado en diversas literaturas.

Consideramos que hubo mayor incidencia de Cáncer de la mama en el lado izquierdo con 57% de los casos, siendo esto por causa desconocida, aunque varios autores han observado repetidamente cierto ligero aumento de frecuencia del Cáncer en el lado izquierdo. (8,2,7)

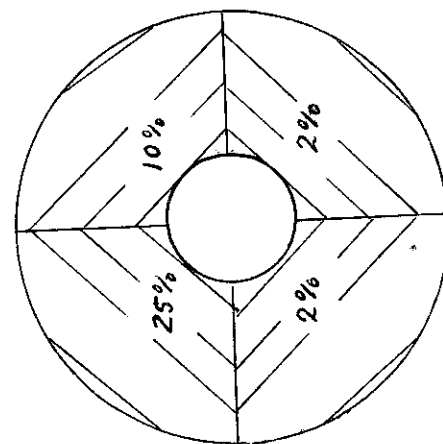
ADENOPATIA:

Anteriormente los nódulos Linfáticos palpables eran generalmente aceptados como un signo de pronóstico desfavorable. Puede interpretarse como una respuesta defensiva del huesped, aunque esto no significa que los pacientes sin nódulos palpables no posean mecanismos de defensa, (7).

GRAFICA No. 3.



MAMA IZQUIERDA



MAMA DERECHA

CUADRO No. 9

PRESENCIA ADENOPATIA	C.	%	METASTASIS MICROSCOP.	%
Axilar	14	28	12	24
Supraclavicular	-	-	1	2
Mixto	5	10	1	2
Negativo	11	22	-	-
No Referido	6	12	-	-
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	36	72%	14	28%

Podemos observar que el 38% de los pacientes presentaban adenopatía sin metástasis predominando la de tipo axilar con 28% y mixto con 10% abarcando los de tipo axilar, cervical, supraclavicular.

Siendo el 22% sin adenopatía, este porcentaje tan bajo podría explicarse por los casos que ocuparon el 12% que no mencionaban ninguna clase de adenopatía.

Se observa que el 24% de las adenopatías presentaban metástasis microscópicas, las cuales totalizaron el 28% de los casos, también comprobadas por Patología, siendo su incidencia baja, igual a otros trabajos reportados.

RELACION TAMAÑO DEL TUMOR CON ADENOPATIA Y METASTASIS:

Encontramos que el mayor número de casos según el tamaño del Tumor estaban comprendidos entre 2 y 3 centímetros, ha-

biendo además 6 casos de Tumor entre 2 y 6 centímetros que presentaron solamente adenopatía.

Cinco casos presentaron adenopatía con metástasis comprendido el tamaño del tumor entre 2 y 6 centímetros, hallando además 2 casos con metástasis a distancia, siendo el Tumor con un tamaño mayor de 6 centímetros.

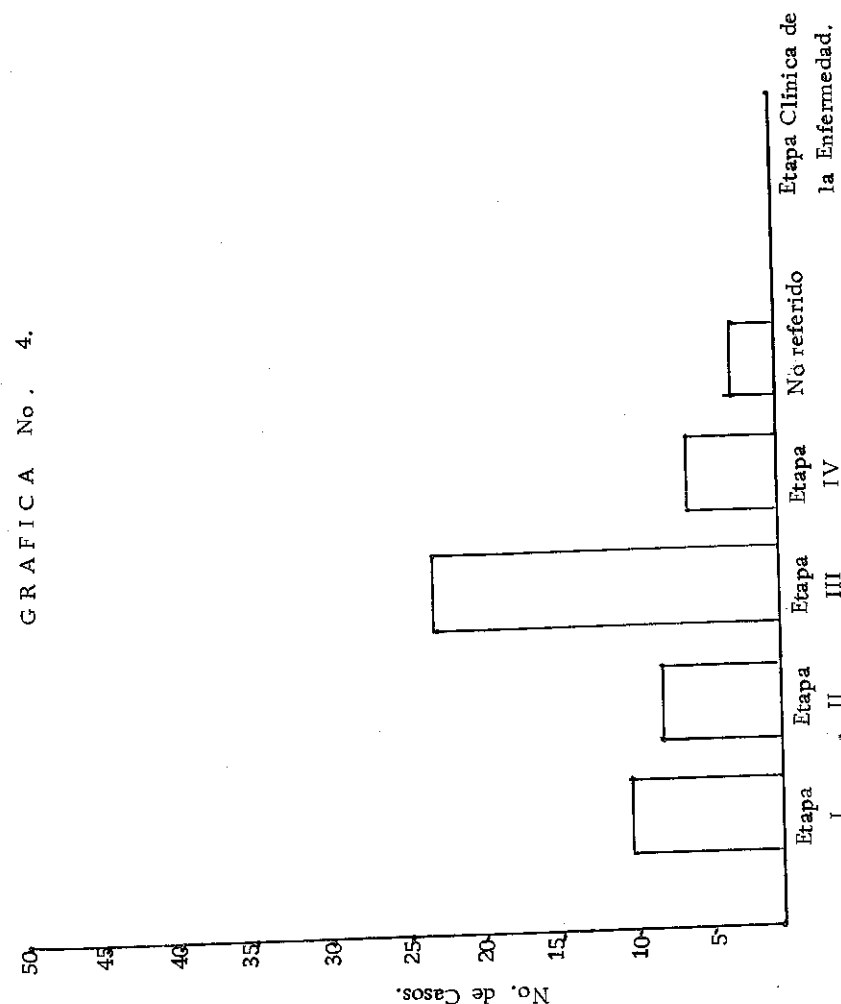
Considero importante mencionarlo ya que nos es de gran valor para ver la etapa clínica en que consultaron los pacientes con Cáncer de Mama, y clase de tratamiento que se les aplicó.

CUADRO No. 10

RELACION TAMAÑO DEL TUMOR CON ADENOPATIA Y METASTASIS EN 50 PACIENTES CON CARCINOMA DE LA MAMA DURANTE EL AÑO 1976

TAMAÑO TUMOR	C.	C. CON ADENOPATIA	C. CON METASTASIS GANGLIOS	C. AUMENTADOS METASTASIS A DISTANCIA
Hasta 1 cm.	-	1	-	-
2-3 cms	6	2	3	1
4-5 cms	2	2	3	1
5-6 cms	3	2	1	-
Arriba 6 cms	2	-	3	2
No Referido	5	6	3	2
TOTAL	18	13	12	6

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 Incan TNM (T-Tumor primario de la mama, N-ganglios axilares regionales, M-metástasis a distancia).

- T1 -Tumor de 2 cm. o menor en su eje mayor.
No hay fijación a la piel salvo casos de enfermedad de Paget limitada al pezón.
-No hay fijación al músculo pectoral.
-No hay fijación a la pared Torácica.
- T2 -Tumor más de 2 cm. pero menor de 5 cm. o fijación de la piel incompleta (depresión cutánea espontánea o provocada), o retracción del pezón (en casos de tumores submamelonares), o enfermedad de Paget que se extiende más allá del pezón.
-No hay fijación al músculo pectoral.
-No hay fijación a la pared torácica.
- T3 -Tumor mayor de 5 cm. pero menor de 10 cm. o fijación completa a la Piel (Infiltrada o ulcerada), o presencia de Piel de Naranja sobre la Extensión del Tumor, o fijación al músculo pectoral (completa o incompleta)
-No hay fijación a la pared torácica.
- T4 -Tumor de 10 cm. en su eje mayor o invasión a la Piel o piel de Naranja más allá del tumor, pero sin sobrepasar la región mamaria o fijación a la pared torácica.

ADENOPATIA REGIONAL

- N0 -No hay adenopatía asilar palpable Homolateral.
- N1 -Adenopatía axilar homolateral palpable pero móvil.
- N2 -Adenopatía axilar homolateral fijada en bloque o a otros órganos.
- N3 -Adenopatía Supra o retroclavicular homolateral móvil o

fija o edema del brazo (este edema puede ser provocado por una obstrucción de los conductos linfáticos: en este caso los ganglios pueden no ser palpables).

M-METASTASIS A DISTANCIA

- M0** -No hay signos de metástasis a distancia.
M -Metástasis a distancia que comprende la invasión cutánea a distancia de la mama, la invasión de los ganglios linfáticos opuestos o de la mama opuesta, y todos los casos donde existen signos clínicos o radiológicos de metástasis pulmonares pleurales, óseas, hepáticas, etc.

El Cáncer de la mama se divide en 4 etapas Clínicas así:

- ETAPA I -T1 N0 M0 -T2 N0 M0
 ETAPA II -T1 N1 M0 -T2 N1 M0
 ETAPA III -T1 N2 ó N3 M0
 -T2 N2 ó N3 M0
 -T3 N0 ó N1 ó N2 ó N3 ó M0
 -T4 N0 ó N1 ó N2 ó N3 M0
 ETAPA IV -Cualquier combinación de los símbolos T y N pero que al mismo tiempo contenga M.

CUADRO No. 11

NUMERO DE CASOS ENCONTRADOS DE ACUERDO A ETAPA CLINICA DEL CA. DE LA MAMA

ETAPA CLINICA	CASOS	PORCENTAJE
Etapa I	10	20
Etapa II	8	16
Etapa III	23	46
Etapa IV	6	12
No Referido *	3	6
TOTAL	50	100%

Obtuvimos que el 46% de los casos se encontraron en la - Etapa III, y el 12% en el estadio IV, por lo que deducimos que los pacientes acuden al Hospital cuando su enfermedad está bastante avanzada, pues si unimos los casos hallados en los estadios III y IV nos dan el 58% del total de los casos.

Según estudios reportados de otros países el estadio en que más consultan es el II, 53%; después el estadio III, el 28%; a continuación el I, 17%; y finalmente el IV con solo el 2%; o sea que estas varían con las muestras analizadas en el presente estudio. Considerando que entre más avanzada es la enfermedad menos la probabilidad de curación.

Creo adecuado intensificar más el estudio de este problema, para diagnosticarlo más y precozmente, y de esta forma aplicar un tratamiento rápido que sería mejor y más efectivo (11)

*Es de hacer notar que los casos aquí analizados, se refieren exclusivamente a pacientes que fueron operados en otro centro

hospitalario, por esta razón no se halló en que Etapa clínica fue encontrado el tumor.

CLASIFICACION HISTOLOGICA DE LOS TUMORES ENCON- TRADOS:

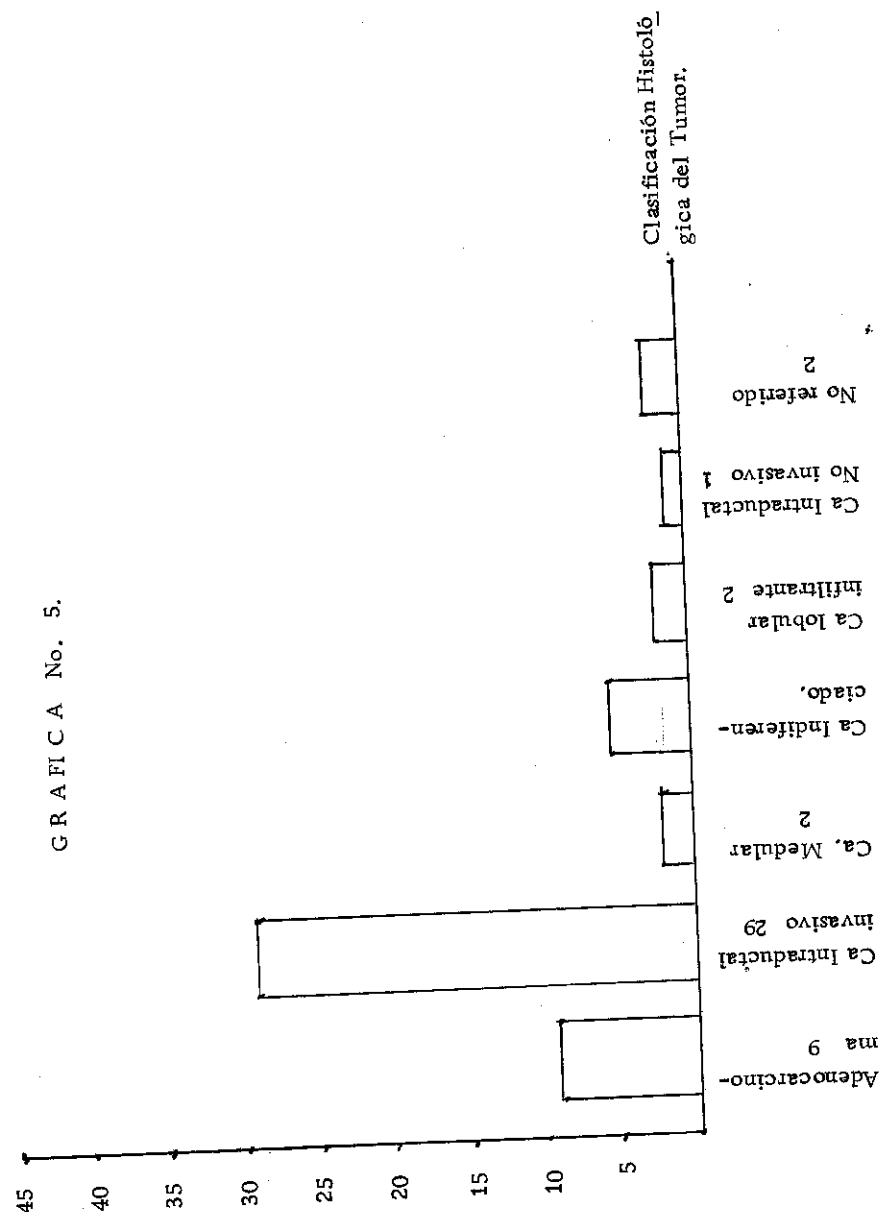
Los pacientes en estudio poseen diagnóstico histopatológico, el cual se presentará en el cuadro siguiente, no correspondiendo a este trabajo tratar sobre el cuadro histológico de cada uno, el cual puede ser leído en los libros de texto de Patología.

CUADRO No. 12

Dx. HISTOLOGICO	CASOS	PORCENTAJE
Adenocarcinoma	9	18
Ca. Intraductal Invasivo.	29	58
Carcinoma Medular	2	4
Ca. Indiferenciado	5	10
Ca. Lobular Infiltrante	2	4
Ca. Intraductal no invasivo	1	2
No Referido	2	4
TOTAL	50	100%

Según observamos el mayor porcentaje, 58%, corresponde a Carcinoma Intraductal Invasivo, y al Adenocarcinoma con el 18% de los casos.

Lo cual puede estar relacionado por el grado tan avanzado de enfermedad en que los pacientes consultan a este centro hospitalario.



Siendo diferentes las estadísticas extranjeras en que muestran el 93% de Carcinoma, mientras que nosotros detectamos un 58% en nuestro estudio (8).

TRATAMIENTO QUIRURGICO INSTITUIDO A LOS DIFERENTES PACIENTES:

CUADRO No. 13

TRATAMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
1. Mastectomia Radical	8	16
2. Mastectomia Simple	6	12
3. Biopsia	15	30
4. Biopsia excisión	5	10
5. 1 + 3	10	20
6. 2 + 3	3	6
7. No Referido	3	6
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

Como vemos el mayor porcentaje de pacientes solamente recibió tratamiento quirúrgico de Biopsia diagnóstica, 30%, la causa puede ser por múltiples causas, tales como: Tiempo en que consultó el paciente, edad, ulceración de mama, etc.

Siguiéndole el tratamiento combinado de Mastectomía Radical y Biopsia.

La Biopsia de extirpación suele efectuarse para lesiones pequeñas de menos de 2 cms de diámetro y las que tienen Aspecto Benigno.

La Biopsia de Incisión suele ser adecuada para diagnóstico de Cáncer mamario.

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS, CASOS DE OPERACION MASTECTOMIA:

Solamente 47 casos recibieron diversos tratamientos quirúrgicos, presentando únicamente el 8.51% infección de herida operatoria, ignorándose el agente etiológico ya que ninguno de los casos se le efectuó cultivo del tejido infectado. En igual porcentaje hubo dehiscencia de herida operatoria.

Es importante hacer ver que el 6.38% de los pacientes presentó Bronconeumonía, siendo ésta en nuestro medio una de las causas o complicaciones más importantes en pacientes sometidos a cualquier acto quirúrgico por falta de movilización de los pacientes. Aunque también la edad en este caso influye, como también el grado nutricional del paciente operado.

CUADRO No. 14

COMPLICACION	CASOS	PORCENTAJE
Inf. herida Op.	4	8.51
Dehiscencia	4	8.51
Mixto	3	6.38
Bronconeumonía	3	6.38
TOTAL	14	23.78%

TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA POST OPERATORIA:

Ha sido recomendada la combinación de Mastectomía y Radioterapia como tratamiento para el Cáncer de la Mama operable (3).

En nuestro análisis todos los pacientes que recibieron diversos tratamientos quirúrgicos, tuvieron a la vez tratamiento post operatorio con Radioterapia, existiendo también un 10% que no recibió tratamiento con Radioterapia lo cual se debió al abandono del mismo.

CUADRO No. 17

TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA POST OPERATORIA

TX. QUIRURGICO	CASOS RECIBIERON RADIOTERAPIA	PORCENTAJE
Mastectomía Radical	9	18
Mastectomía Simple	5	10
Biopsia	15	30
Biopsia Excisión	4	8
M.R. + Biopsia	10	20
M.S. + Biopsia	2	4
No recibió Tx.	5	10
TOTAL	50	100%

El fin que persigue la Radioterapia Post Operatoria para los Ganglios Linfáticos no extirpados de la pared torácica es principalmente reducir las recidivas locales. No está demostrado que la supervivencia se haya modificado con las diversas técnicas.

nicas operatorias aunque las metástasis en Ganglios Linfáticos puedan suprimirse (4).

CASOS CON METASTASIS A OTROS ORGANOS DIAGNOSTICADOS POR DIVERSOS METODOS

Se observó que el 24% del total de los casos tenían metástasis a Ganglios Linfáticos. El resto en menor porcentaje presentó metástasis a Esqueleto, piel, cráneo, pulmones y Mediastino, siendo en su mayoría diagnosticados por Rayos X.

CUADRO No. 18

METASTASIS	CASOS	PORCENTAJE
Cráneo	1	2
Pulmones	2	4
Mediastino	1	2
Piel	1	2
Ganglios Linfáticos	12	24
Esqueleto	3	6
TOTAL	20	50%

Se tomaron como un total, el número de papeletas de pacientes con Ca. de Mama durante el año 1976. El total es de 50 pacientes analizados. El porcentaje obtenido va en relación al número total de pacientes.

IV. CONCLUSIONES

- El mayor número de personas con padecimiento de Cáncer de la mama proceden del departamento de Guatemala.
- La edad más frecuente del padecimiento fue de 41 a 50 años.
- El Carcinoma de la Mama es más frecuente en pacientes de sexo femenino en nuestro medio.
- El tumor de la mama que aparece después de la Menopausia es frecuente que sea maligno.
- El tiempo promedio de la evolución de la enfermedad en nuestro medio va de 1 a 12 meses.
- El 85% de los pacientes que consultan, descubrieron la masa tumoral de la mama.
- Consideramos que el número de hijos (Paridad) no tiene relación con el Cáncer de la Mama.
- El antecedente de traumatismo no forma parte de la etiología del Cáncer en la Mama.
- El síntoma principal presentado en la mayoría de los pacientes fue de una masa localizada en la Mama.
- El pezón de la mama enferma en la mayor parte de pacientes (36%) es de aspecto normal.
- La localización más frecuente del Tumor en la mama es en e

cuadrante Superior Externo.

- Hay mayor incidencia de Cáncer en la Mama del lado izquierdo.
- El estadio III fue el de mayor porcentaje encontrado en pacientes con Cáncer de Mama.
- El Tumor más frecuente es el de Carcinoma Intraductal Infiltrante o Invasivo.
- El tratamiento quirúrgico más utilizado fue de Biopsia Simple.
- La complicación más frecuente post operatoria fue la infección y dehiscencia de herida operatoria.
- El 90% de los pacientes recibieron tratamiento con Radioterapia post operatoria.
- La metástasis más frecuente fueron dada a ganglios Linfáticos.

V. RECOMENDACIONES

- *Hacer propaganda con folletos que indiquen la manera de efectuar un autoexamen de la Mama en forma periódica, por la razón de que el síntoma más frecuente en nuestro medio, y en nuestro estudio es el de masa en mama indolora.
- *Fomentar en las mujeres de edad avanzada el autoexamen de mama, de esta forma se diagnosticaría precozmente la enfermedad.
- *Hacer historias clínicas completas, Interrogatorio y examen a todas las pacientes para diagnosticar precozmente tumores asintomáticos, que de otra forma pasarían inadvertidos.
- *Instruir debidamente al paciente y su familia, sobre la realidad de su mal, y sobre todo de su evolución, según la clase de tratamiento que se le propicie. Muchos pacientes por no recibir radioterapia en el momento debido, reingresan con un Cáncer incurable.
- *Citar a las pacientes tratadas quirúrgicamente, en forma periódica para obtener parámetros de supervivencia ya que estos nos ayudarían a obtener datos de acuerdo a nuestro medio.
- *Incrementar un poco más los fondos del Hospital, para que el tratamiento de los pacientes se acerque más al ideal, y no al mejor según nuestras circunstancias, aunque este no sea el más recomendado.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, Lauren V. and Juan del Regato. Cáncer Diagnosis, Treatment, and prognosis "2a. Ed. Sto. Louis, C. V. Mosby 1954 pp. 996-1024.
2. Manuel de León Juares. Tumor de la Mama. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala Universidad de San Carlos, - Facultad de Ciencias Médicas 1975, pp. 11
3. Mc. Whirter. R. The Evalue of Simple Mastectomy and Radioterapy in the treatment of Cáncer Of The Breast. Brit Obstet. R.1 1221 1952.
4. Williams, L. G. and Stone I, Total Mastectomy with Axillary disecction and Irradiation for Mammary Carcino ma Ann Surg 170-892. 1970.
5. Ricardo Schwartz Obstetricia, 3a. Edición en español - 1970 pp. 480.
6. Williams, Obstetricia, 2a. Edición en Español, 1976 pp. 313-314-960.
7. J. Surós, "Semilogía Médica y Técnica Exploratoria" 5a. Edición 1973. pp. 673-674.
8. Davis, Loyal, eds, tratado de Patología Quirúrgica de Christopher, Trad. por Dr. Alberto Folch y Pi, y Dr. José Rafael Blengio Pinto. 9a. Ed. 1968. pp. 526,527, - 528.

9. Montenegro Barrientos, Raúl. Carcinoma de la mama en el Hospital Roosevelt. Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas 1971 pp. 42.
10. American Joint Committee for Cancer Staging and end results. Clinical Staging. System for Carcinoma of the Breast Reporting September 1973. pp 23.

Br. Walther Antulio Maldonado Bran

Dr. Carlos Ovalle
Asesor

Dra. Gloria Valde
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Roj
Secretario General

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto
Decano