

**PRINCIPALES CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS
DE LOS PACIENTES MANEJADOS POR NODULOS MAMARIOS
EN QUIENES SE DIAGNOSTICO CANCER MAMARIO**

Estudio de tipo descriptivo en el cual se revisaron las historias clínicas de pacientes que consultaron al Hospital General San Juan de Dios durante el periodo de enero 1 del año 1987 a diciembre 31 del año 1996

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

HUGO LEONEL GONZALEZ ESTRADA

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

ÍNDICE.

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACIÓN	5
IV.	OBJETIVOS	7
V.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
VI.	METODOLOGÍA	25
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	32
VIII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
IX.	CONCLUSIONES	44
X.	RECOMENDACIONES	46
XI.	RESUMEN	47
XII.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	48

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un estudio descriptivo de 10 años en que se incluyen 302 pacientes que consultaron al hospital San Juan de Dios, siendo el objetivo principal determinar las características epidemiológicas diagnósticas y terapéuticas de las pacientes que consultaron por nódulos mamarios y que se diagnosticó cáncer mamario, para lo cual se obtuvieron y analizaron datos de las fichas clínicas y resultados de exámenes patológicos.

En la mama de la mujer pueden ocurrir diversos tumores o masas pudiendo ser de cualquier tipo benigno o maligno en Guatemala como en otros países el fibroadenoma ocupa el principal diagnóstico patológico en pacientes que consultan por nódulos en la mama.

En el presente estudio el mayor número de pacientes con diagnóstico de fibroadenoma con más incidencia en las segunda década de la vida y su disminución proporcionalmente con la edad de las pacientes este tumor aparece como resultado de aumento de la sensibilidad de un foco de la mama a estrógenos estos tumores suelen ocurrir en el cuadrante superior externo pudiendo medir hasta 10 cm pero se extraen cuando tienen 2 a 4 cm.

La enfermedad Quística suele ocurrir en la época de la menopausia o cerca ocurriendo entre los 45 y 55 años se considera que dependen de hiperplasia del epitelio canalicular y dilatación de los conductos con cada ciclo menstrual la mayoría de los quistes varían entre 4 a 5 cm.

El adenocarcinoma mamario se presenta con mayor frecuencia en la quinta y sexta década de la vida aumentando proporcionalmente con la edad de las pacientes es una neoplasia que puede ser descubierta por la propia paciente la mayoría de estas no consultan el problema a tiempo y con ello provocan complicaciones indeseables como lo son las metástasis aumentando la mortalidad temprana. Solo el control y la educación de la paciente puede prevenir y disminuir la mortalidad.

II. DEFINICIÓN DE PROBLEMA

El cáncer de la glándula mamaria es la neoplasia maligna que ocupa el segundo lugar en Guatemala y que produce muertes en la mujer especialmente las comprendidas entre la tercera, cuarta y quinta década.

La sintomatología de la enfermedad mamaria generalmente localizada a menudo con síntomas físicos evidentes dado que las mamas son órganos fácilmente accesibles a la inspección y a la palpación, si bien un cincuenta por ciento de las pacientes que se presentan con síntomas mamarios no presentan indicios de patología mamaria, un sesenta y cinco por ciento o más de todos los nódulos mamarios son descubiertos por las pacientes.

La presencia de un carcinoma de mama es detectado mediante la presentación nódulo mamario y a menudo, es un descubrimiento incidental otro signo menos frecuente que se puede presentar asociado a él es el dolor descrito como punzante o lancinante y que es localizado sin irradiación, signos de presencia del cáncer de mama mucho menos frecuentes incluyen el aumento de tamaño de la glándula mamaria. La pérdida espontánea del pezón o las alteraciones del contorno mamario, ulceración, eritema, la presencia de una masa axilar y, raramente dolores en la espalda o en los huesos.

La mentablemente, aunque las pacientes experimenten estos síntomas muchas veces tardan en consultar al médico. Esta demora puede afectar negativamente el pronóstico y en consecuencia el acortamiento del tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la consulta médica.

La magnitud del problema asociado con el cáncer de mama subraya la necesidad de determinar los mejores indicadores pronósticos a manera que se pueda planificar una terapéutica apropiada para cada paciente.

Ante esta situación, es de importancia el conocimiento de estos factores, para que su aplicación, no solo ayude al médico para el diagnóstico, sino que se beneficie el paciente en su control periódico, de manera que tenga mejores opciones de tratamiento mayor posibilidades de erradicar la enfermedad, evitando así su complicación más temida y frecuente como lo es la metástasis en cuyos sitios afectados son el sistema esquelético, el hígado y los pulmones. Es importante insistir en la conveniencia de analizar en cada caso los factores generales de riesgo ya que permiten por un lado concretar aquella población femenina en la cual el número de cáncer de mama puede ser elevado; y por otro diferenciar también a un grupo de mujeres en las que, por no aparecer dichos factores de riesgo la contingencia será inferior a la tasa media general de población.

III. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama en nuestro medio ha sido una causa importante de muerte en mujeres diagnosticadas en sus últimos estadios, por dos causas fundamentales: la primera es que la mujer guatemalteca no está preparada ni educada para poder detectar a tiempo, por medio de un auto examen en el cual se detectaría en un 70 % a 80% todas la masas mamarias y que la falta de este conocimiento hace que consulte tardíamente al médico y con ello se reducen sus posibilidades de sobre vida; otros factores que se consideran como limitantes para que la mujer guatemalteca realice este tipo de tratamiento incluyen la amplia cirugía que se realiza y métodos terapéuticos que se utilizan y a que no está acostumbrada a consultar con el médico por costumbres y tradiciones debido a las áreas anatómicas que son expuestas durante al examen físico.

La otra causa detectada se refiere a que el personal capacitado técnicamente no cuenta con el equipo necesario y suficiente para realizar un diagnóstico temprano.

El cáncer de mama tiene una connotación muy especial ya que en Guatemala ocupa el segundo lugar en frecuencia siendo precedido por el cáncer del cuello uterino.

Los estudios de cáncer de mama, tanto en nuestro medio como en otros países del mundo, se concretan al desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas o tratamientos médicos dejando de lado los aspectos epidemiológicos y la etiopatología de la enfermedad.

En Guatemala la incidencia y por ende la mortalidad, por cáncer en la mama es variable, sin que a la fecha exista información estadística sobre esta enfermedad, lo que sí se conoce es que ésta tiene mayor incidencia en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo.

IV. OBJETIVO

1. Determinar el perfil epidemiológico y clínico, de las pacientes que consultaron por nódulos mamarios en quienes se diagnosticó cáncer de mama en el Hospital San Juan de Dios en el período comprendido 1 enero de 1987 a 31 diciembre de 1996.

V. MARCO TEÓRICO

Tumores Mamarios:

Los tumores mamarios pueden ser divididos en Benignos y malignos.

Clínicamente el sistema de clasificación más utilizado de las enfermedades mamarias benignas y malignas se basan en los síntomas y hallazgos de exploración física, se pueden identificar seis categorías:

- 1) Edema e hipersensibilidad cíclicos fisiológicos.
- 2) nodularidad: significativa, cíclica y acíclica.
- 3) Mastalgia intensa, cíclica y acíclica.
- 4) Nodulaciones dominantes, como quistes macroscópicos y fibroadenomas.
- 5) Secreción del pezón causada por el papiloma intraductal y la ectasia ductal.
- 6) Infecciones e inflamaciones, como abscesos subareolares, mastitis de la lactancia, abscesos mamarios.

Los tumores sólidos benignos más frecuentes de la mama femenina y representan al tumor más común en mujeres menores de 25 años, pueden presentarse en cualquier momento después de la pubertad, Haagensen.

Los fibroadenomas reaccionan a las hormonas y pueden aumentar el volumen hacia el final de cada ciclo menstrual estudios han demostrado la presencia de receptores estrógenicos en fibroadenomas, y clínicamente son indoloros, bien circunscritos, y móviles y de configuración redonda. (16)

Carcinoma de la mama:

Epidemiología:

En Guatemala, el cáncer de la mama ocupa el segundo lugar en frecuencia siendo precedido por el cáncer del cuello uterino, la reincidencia del cáncer de mama es mayor en mujeres de raza blanca, judías, en pacientes con menarquía temprana y menopausia tardía, con historia familiar de cáncer de mama, menor número de hijos o con primera gestación después de los 35 años. (25)

En la vida de una mujer hay dos períodos en que puede desarrollar cáncer de la mama, ya sea en los años reproductivos o en la menopausia tardía, existen dos tipos de carcinoma en la mama una variedad relacionada a fallo de la reproducción y la otra secundario a alteraciones en el ambiente hormonal producido por la conversión de los andrógenos suprarrenales a estrógenos en los años pos - menopausia.

Interrogatorio:

El interrogatorio cuidadoso debe formar parte de cualquier evaluación, además de la sintomatología es importante, tomar nota de los antecedentes menstruales comienzo de la menopausia; el uso de hormonas, y la historia familiar.

Examen físico

En las mujeres menores de cuarenta años de edad, debe realizar un examen cada tres años, y de los cuarenta años, una vez al año.

La técnica del examen mamario debe incluir la inspección y la palpación de la totalidad de la mama y de las zonas asociadas con ganglios linfáticos.

El médico debe pararse frente a la paciente, e inspeccionar inicialmente las mamas mientras la paciente mantiene los brazos pendientes a ambos lados del cuerpo.

Es necesario consignar la configuración general, el tamaño y las simetrías de las mamas, así como la presencia de cualquier tipo de edema "piel de naranja", eritema, inversión o modificación del pezón y retracción cutánea.

Las áreas ganglionares linfáticas incluyen la zona cervical, las áreas supraclavicular e infraclavicular y la axila. Cualquier ganglio linfático de consistencia firme y con un diámetro mayor de 5 milímetros es considerado sospechoso.

El examen de la paciente en posición supina conviene llevarlo a cabo colocando, una almohada bajo el hombro del lado examinado. Esto permite que la mama se aplane contra la pared torácica y facilita la palpación.

El examinador debe palpar suavemente la mama desde el lado ipsilateral, asegurándose de examinar toda la mama desde el esternón hasta la clavícula por detrás hasta el dorsal ancho y por debajo hasta la vaina del recto del abdomen, el complejo pezón areola debe ser cuidadosamente inspeccionado para

detectar modificaciones sutiles del epitelio, masas retroareolares y secreciones desde el pezón. (32, 33,34)

Edad Gestacional:

La edad del primer embarazo ha sido considerada como el mayor factor de riesgo, mencionando que el efecto protector es manifiesto cuando el primer embarazo ocurre antes de los 20 años ofreciendo alguna protección antes de los 25 años, mientras que aumenta el riesgo si el primer embarazo ocurre entre los 30 y los 35 años.

Factores dietéticos:

Se tiene evidencia que los factores dietéticos desempeñan algún papel en la génesis del cáncer mamario, sobre todo las dietas con alto contenido de grasa. En relación con la dieta se ha demostrado que el sobrepeso en mujeres pos - menopausia es un factor predisponente. (35,36)

Factores genéticos:

En mujeres con historia familiar de cáncer de mama este aparece a edad más temprana que en sus antecesoras, usualmente como promedio unos 10 años, del resto de la población, la historia de cáncer de mama es 15 veces mayor en hermanas de mujeres con cáncer de mama, que en la población en general. Una mujer que ha tenido cáncer en una mama tiene un 10% de probabilidad de tener cáncer en la otra. (32)

Factores hormonales:

Debemos recordar que la glándula mamaria, en condiciones normales es un órgano que se encuentra bajo la

acción de hormonas de origen ovárico, hipofisiario y suprarrenal. De las hormonas estudiadas, los estrógenos parecen ser los más incriminados.

En mujeres con cánceres de mama, se ha notado un aumento; en la frecuencia de menopausia tardía con prolongada actividad estrogénica.

En mujeres en pos - menopausia con cáncer de mama, se ha encontrado hiperplasia de la corteza ovárica con aumento en la secreción de estrógenos. (18,19,22,35)

Factores virales :

Partículas de virus R.N.A. tipo A-B han sido encontrados en la leche materna de mujeres con historia familiar de cáncer de mama.

Diagnóstico:

El cáncer de mama es actualmente una enfermedad curable gracias al diagnóstico temprano y a los avances en el campo de la técnica quirúrgica, la quimioterapia y la radioterapia, si bien el pronóstico para los estadios tempranos es excelente, todos los progresos logrados hasta el momento han modificado muy poco el índice de supervivencia en las fases avanzadas de la enfermedad. (12,16,36)

Las pacientes desempeñan un papel en el diagnóstico a través del auto examen mamario mensual y las visitas periódicas al médico; Otro signo de presentación del cáncer de mama mucho menos frecuente incluye el aumento de tamaño mamario, la pérdida espontánea por el pezón o las alteraciones epiteliales del pezón, la retracción o las alteraciones del

contorno mamario, ulceración, eritema, la presencia de una masa axilar y raramente dolores de en la espalda o en los huesos.

La mentablemente aunque las pacientes experimenten estos síntomas muchas veces tardan en consultar al médico, esta demora puede afectar negativamente el pronóstico y en consecuencia, puede implicar el tratamiento

Pruebas diagnósticas

La mamografía fue introducida en 1913, por Salomon un cirujano alemán. Existen indicaciones para la mamografía tanto en el contacto de un examen poblacional como en contexto diagnóstico las pacientes con tumores o zonas asimétricas, secreción por el pezón, retracción cutánea o adenopatía axilar deben ser evaluadas con mamografía.

La mamografía no es un estudio útil en la evaluación de las adolescentes debido a la densidad mamaria, pero se encuentra indicada si se sospecha un proceso maligno.

El índice de falsos negativos es de aproximadamente de un diez a un quince por ciento.(3)

Todas las pacientes con antecedentes de neoplasia lobulillar o de carcinoma mamario, una historia familiar de cáncer de mama, papilomatosis intraductal o enfermedad quística evidente deben ser evaluadas periódicamente con mamografía en las mujeres entre 35 y 39 años debe obtenerse un estudio basal; en las mujeres de 40 a 39 años debe llevarse a cabo cada 12 a 24 meses y en las mujeres mayores de 50 años se recomienda una mamografía por año.

Las anomalías mamográficas que requieren una evaluación ulterior incluyen masas, microcalcificaciones, densidades estrelladas o deformación de la arquitectura mamaria. (19,9,16)

Ultrasonografía:

La ultrasonografía ha sido utilizada desde principios de la década de los 50 es más útil y certero en la evaluación de las mamas densas y en la diferenciación entre masas sólidas y quísticas, lamentablemente las masas menores de cinco a diez milímetros de diámetro pueden no ser detectadas por este método y las masas presentes en mamas con un abundante contenido adiposo también son difíciles de identificar, la ventaja consiste en la ausencia de radiaciones y dolor. (6)

Rastreo con T.A.C. e I.R.M.

La aplicación de la tomografía axial computarizada y las imágenes de resonancia magnética en la evaluación de la enfermedad mamaria está siendo investigada. Actualmente estas técnicas pueden desempeñar un papel en la evaluación de la axila, el mediastino y las regiones supraclaviculares para detectar adenopatías y pueden contribuir a la clasificación clínica por estadios de los procesos malignos. (3,10)

Pruebas Invasoras:

Citología por aspiración requiere el uso de una aguja fina de calibre 20 o menos con una jeringa, a fin de aspirar células de un área sospechosa, extenderlas sobre un porta objeto, fijarla y luego teñir el preparado para su evaluación citológica, si la muestra son obtenidas correctamente este método es sumamente certero.

Biopsia por excisión el término indica la extirpación de cualquier evidencia macroscópicamente enfermedad.

La mayoría de las biopsias pueden ser llevadas a cabo con anestesia local sin mayor inconveniente para la paciente.

Una parte de la muestra puede ser preservada para evaluar el estado de los receptores para estrógenos y progesterona.

Biopsia por incisión en el caso de lesiones extensas que no pueden ser completamente resecadas debe llevarse a cabo una biopsia por incisión, este método también puede ser implementado con anestésico local y en pacientes ambulatorios con mínimas molestias para la paciente. (6,1)

Auto examen mamario:

El auto examen mamario puede representar un medio de detectar una mayor cantidad de lesiones cancerosas en una fase más temprana y curable. El auto examen mamario es un método dividido en tres etapas.

1. Inspección frente a un espejo con los brazos levantados y con las manos en la cintura para apreciar cualquier cambio del contorno, del color o la textura de la piel y del complejo pezón - areola.
2. Palpación en la ducha .
3. Palpación en la posición supina sobre un sofá o una cama, con una almohada bajo el hombro del lado examinado.

Extensión anatómica del cáncer:

La magnitud anatómica del cáncer está dada por el estadio y la localización del tumor.

Esta relación con el tamaño de la lesión con el grado de compromiso local, con el estado de los ganglios linfáticos regionales, con la localización del tumor y con la presencia o ausencia de metástasis a distancia. (1,2)

Clasificación por estadios:

La clasificación por estadios del cáncer refleja la extensión anatómica o el grado de progresión de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

Clasificación de tumores según el sistema T.N.M.

Tx	El tumor primario no puede ser evaluado.
To	No hay evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ: Enfermedad clínica de Paget del pezón sin masa tumoral carcinoma intra ductal patológico, carcinoma lobular in situ o enfermedad de Paget.
T1	Tumor de 2.0 cm o menos de dimensión máxima.
T1a	0.5 cm o menos de dimensión máxima.
T1b	Más de 0.5 cm pero no más de 1.0 cm de dimensión máxima.

T1c	Más de 1.0 cm pero no más de 2.0 cm de dimensión máxima.
T2	tumor de más de 2.0 cm pero no más de 5.0 cm de dimensión máxima
T3	Tumor de más de 5.0 cm de dimensión máxima.
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o a la piel ,la pared torácica incluye costillas, músculos intercostales y músculos serrato anterior, pero no el músculo pectoral.
T4a	Extensión a la pared torácica.
T4b	Edema o ulceración de la piel de la mama, o nódulo cutáneo satélites limitados a la misma mama.
T4c	T4a y T4b.
T4d	Carcinoma Inflamatorio.

El sistema T.N.M. clasifica a los tumores de acuerdo con su extensión anatómica mediante el uso de un código y luego combina estos grupos en categorías similares desde el punto de vista pronóstico.

Los estadios son numerados desde el estadio con mejor pronóstico "estadio 0" carcinoma in situ "estadio 1" cáncer localizado. "estadio 2" diseminación local o regional limitada, "estadio 3" diseminación local o regional extensiva y estadio 4 metástasis a distancia.

Clasificación de ganglios "N" según el sistema T.N.M. clínica.

Nx	Los ganglios regionales no pueden evaluarse
N0	No hay metástasis en ganglios linfáticos regionales.
N1	Metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales
N2	Metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales fijados entre sí a otra estructura.
N3	Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales.

Clasificación de ganglios N según el sistema T.N.M. Patología

Nx	Los ganglios regionales no pueden evaluarse.
N0	No hay metástasis en ganglios linfáticos regionales.
N1	Metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles.
N1a	Sólo micrometástasis menos de 0.2 cm.
N1b	Metástasis en ganglios linfáticos mayores que 0.2 cm.
N1bi	Metástasis en uno a tres ganglios linfáticos
N1bii	Metástasis en cuatro o más ganglios linfáticos.
N1biii	Extensión del tumor más allá de la cápsula del ganglio linfático.

N1biv	Metástasis en ganglio linfático de 2.0 cm o más de dimensión máxima.
N2	Metástasis en ganglios linfáticos axilares ipsilaterales fijados entre sí o a otras estructuras
N3	Metástasis en ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales.

El sistema proporciona información detallada relacionada con el tumor (T), los ganglios linfáticos (N) metástasis a distancia, esta clasificación puede ser utilizada para el diagnóstico clínico "T.N.M.c" la evaluación quirúrgica "T.N.M.q" o la clasificación pos - quirúrgica "T.N.M.p" (9)

Sistema T.N.M de clasificación por estadíos.

Estadíos	Tumor	Clasificación ganglio	Metástasis.
0	Tis	N0	M0
1	T1	N0	M0
2.1.a	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
2.1b	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
3.1.a	T0	N2	M0

	T1	N2	M0
	T2	Na	M0
	T3	N1.N2	M0
3.1.1.b	T4	Cualquier N	M0
	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Clasificación por estadíos.

0	No invasor "in situ"		
	Tis	N0	M0
1	Invasor - ganglios axilares ipsilaterales negativos		
	T1a <0.5 cm	N0	M0
	T1b 0.5 - 0.9 cm		
	T1c 1.0 - 1.9 cm	N0	M0
	T2 2.0-5.0 cm	N0	M0
	T3 Más de 5.0 cm	N0	M0
2	Invasión a ganglios axilares ipsilaterales positivos.		
	cualquier T	N1	M0
	Invasor localmente avanzado		
3	T4	Cualquier N	M0
	Invasor metástasis a distancia		
4	Cualquier T	Cualquier N	M1

Tamaño tumoral:

No existe dudas de que el tamaño del tumor es un factor determinante importante del pronóstico, pero el tamaño estimado mediante el juicio clínico está sujeto a errores por lo que debe utilizarse el tamaño tumoral patológico. (9,5)

Tratamiento del cáncer mamario

Planificar el tratamiento contra el cáncer de la glándula mamaria incluye la participación de varios especialistas es decir, un enfoque multi disciplinario, las alternativas en el tratamiento requieren del concurso y la experiencia del cirujano y también de la del radioterapeuta y médico oncólogo.

La mamografía es esencial incluso en los casos más obvios y que pueden identificarse en el seno afectado varios focos es decir, la enfermedad multi céntrica que puede anular las posibilidades de conservar el seno, así como antes del tratamiento se necesitan estudios como radiografías de tórax, métodos hematiméticos corrientes y pruebas de función hepática. (20,21,25)

Opciones quirúrgicas:

Entre las consideraciones importantes influyen el tamaño y la composición histológica de la lesión, los tratamientos incluyen:

1. -Mastectomía radical.
2. -Mastectomía radical modificada.
3. -Mastectomía simple.
4. -Tratamiento conservador como cuadrantectomía o ablación local amplia disección axilar o sin ella.

Mastectomía radical para realizar se supone que la diseminación del cáncer había afectado las estructuras más profundas del seno y los músculos pectorales, de modo predecible, los ganglios. (30)

Mastectomía radical modificada en esencia es una mastectomía total simple, con disección de ganglios axilares y conservación del músculo pectoral, es el método adecuado para grandes lesiones operacionales, en mujeres con senos relativamente pequeños. Con la mastectomía radical modificada se extirpan los ganglios de los niveles uno y dos, pero por definición no elimina sistemáticamente al nivel tres, extirpándose un mínimo de doce a quince ganglios axilares.

Mastectomía total simple es igual a la mastectomía radical modificada, difiere en que no se practica la disección axilar, aunque pueden extirparse ganglios del primer nivel, se extirpa todo el seno, que inclúyela areola y el pezón y la aponeurosis del pectoral mayor las indicaciones para este tipo de procedimiento: (23,24)

1. Carcinoma canalicular o lobulillar extensos in situ
2. Recidiva después de mastectomía parcial o de ablación local amplia con disección axilar, seguida de radiación.
3. Lesiones voluminosas, ulceradas o mujeres que tienen metástasis a distancia en que las medidas de control local mejorarán la calidad de vida.
4. Ancianas o personas que constituyen candidatas inadecuadas para la operación y en quienes no hay adenopatías axilar palpable ni signos de metástasis a distancia.

5. Casos escogidos en que se recomienda la disminución preventiva de la glándula mamaria contraria.

Cirugía conservadora denota la ablación local amplia la extirpación del tumor con uno o dos centímetros de tejido mamario vecino con el fin de que no se encuentren células neoplásicas en bordes, la cuadrectomía denota la ablación del tumor con el cuadrante afectado del seno que incluya la piel suprayacente, la disección axilar denota la extracción del contenido axilar desde la cola o prolongación de Spence del seno, hasta el dorsal ancho.

El uso del método de conservación mamaria abarca cuatro criterios importantes:

1. Selección de la paciente
2. Cirugía del tumor primario.
3. Cirugía de la axila.
4. Radioterapia de la glándula mamaria.

Radio terapia:

La conservación de la glándula mamaria como forma de tratamiento comprende la eliminación del tumor macroscópico seguida de radiación, incluyen el aprovechar al máximo los beneficios en términos de calidad de la vida, con un mínimo riesgo de complicaciones, y lograr un resultado estético aceptable, el embarazo se considera como contra indicación absoluta por los posibles efectos teratogenos de la radiación. Mujeres con enfermedades vasculares de la colágena están expuestas a un mayor riesgo de reacciones extraordinariamente intensas.

Una de los principales criterios para la selección del paciente es la posibilidad de eliminar el tumor primario sin ocasionar una grave deformidad en el aspecto de la glándulas mamarias. (25)

VI. METODOLOGÍA.

TIPO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo.

SELECCIÓN DEL MATERIAL DE ESTUDIO:

Expedientes clínicos de pacientes quienes consultaron por nódulos mamarios y luego fueron diagnosticados con cáncer mamario, estos expedientes fueron consultados en el archivo del Hospital San Juan de Dios

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN:

Se analizaron los expedientes de todos los pacientes que asistieron a consulta por nódulos mamarios durante el periodo comprendido entre 1 enero de 1987 a 31 diciembre de 1996 y que a través de biopsia se diagnostico cáncer de mama.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Se incluyeron a todas las pacientes femenina comprendida entre las edades de 15 a 60 años quienes consulten por la aparición de nódulo mamario y se diagnostico cáncer mamario en el Hospital San Juan de Dios en el periodo comprendido 1 de enero de 1987 a 31 diciembre de 1996.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Expediente clínico inconcluso, confuso o perdido

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La recolección de información relacionada con el estudio se efectuó de la siguiente manera.

Al iniciar la investigación se solicitó al departamento de estadística y al archivo de patología del Hospital San Juan de Dios el listado de paciente que asistieron a consulta por nódulos mamarios y se les realizó examen patológico y que estén comprendidas dentro del 1 de enero de 1987 a 31 de diciembre de 1996.

Dé las fichas clínicas se obtuvieron características definidas en función de variables.

Se analizaron los resultados obtenidos durante la revisión de expedientes.

Estos datos se procesaron en programa de computación en las que se utilizaron medidas de tendencia central en relación a las diferentes variables

VARIABLES A ESTUDIAR.

1) - Edad del Paciente:

Definición Conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento

Definición Operacional: En el estudio se incluirán las edades referidas al momento del interrogatorio.

Escala de Medición: Edad en años. "Numéricas"

2) - Etnia y Cultura:

Definición Conceptual: Conjunto de individuos que se diferencian de otros de la misma especie por ciertos caracteres morfológicos que se reproducen por herencia.

Definición Operacional: La diferenciación entre ladinos, indígenas, negros, caucásicos, anglosajones y chinos.

Escala de Medición: Únicamente se incluirán indígenas y ladinos. "Nominal"

3) - Estado civil:

Definición Conceptual: Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad

Definición Operacional: La diferenciación entre soltera, unida, casada.

Escala de Medición: "Nominal"

4) - Ocupación:

Definición Conceptual: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Definición Operacional: Empleo u oficio.

Escala de Medición: "Nominal"

5) - Antecedentes Familiares:

Definición Conceptual: Acontecimiento fisiológico o patológico que ha podido tener influencia en un estado morboso actual.

Definición Operacional: Presencia de cáncer mamario o nódulos en familiares consanguíneos.

Escala de medición: Si / No "Nominal"

6) - Antecedentes Obstétricos:

Definición Conceptual: fisiología y patología del sistema reproductor femenino .

Menarquía: primera menstruación que marca el inicio de la función menstrual cíclica.

Menopausia: Interrupción de la menstruación.

Paridad: Clasificación de una mujer por el numero de embarazos.

Definición Operacional: años

Escala de Medición: "Numérica"

7) - Hábitos :

Definición Conceptual: Costumbre ó facilidad adquirida por la costumbre ó en la practica

Definición Operacional: Se refiere al Tiempo en que lleva de ingesta de alcohol y de fumar.

Escala de Medición. Si o No "Nominal"

8) - Diagnóstico:

Definición Conceptual: Identificación de una enfermedad o trastorno mediante la evaluación científica de sus signos físicos, síntomas, historia y pruebas analíticas.

Definición Operacional: Auto examen, Mamografía, citología, biopsia.

Escala de Medición: "Nominal"

9) - Tipo Histológico:

Definición Conceptual: Identificación de la muestra microscópica de la células y tejidos presentes en la muestra.

Escala Operacional: Resultado histopatológico de la muestra.

Escala de Medición: "Nominal"

10)- Estadío:

Definición Conceptual: Fase en la evolución de una enfermedad.

Escala Operacional: Clasificación según T. N.M.

Escala de Medición: Según los estadios histológicos en que se encuentre "Nominal"

11)- Tratamiento.

Definición Conceptual: Tipo de solución científica para el cuidado y atención del paciente para combatir su enfermedad.

Escala Operacional: Cirugía, Quimioterapia, Radio Terapia.

Escala de Medición: "Nominal"

RECURSOS.

Humanos

Personal de biblioteca del Hospital San Juan de Dios

Personal de la biblioteca de la facultad de Ciencias Medicas

Personal de la biblioteca central de la Universidad de San Carlos

Personal del Archivo del Hospital San Juan de Dios

Físicos.

Archivo de Estadística del Hospital San Juan de Dios

Expedientes de Pacientes.

Libros de consultas.

Materiales de Escritorio.

Papelería, Cartas de autorización.

Boleta de Recolección de Datos.

TABLA # 1

32

**DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETÁREO EN RELACIÓN A TIPO HISTOLÓGICO DE LA LESIÓN
EN PACIENTES CON NÓDULOS MAMARIOS DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
EN EL PERIODO DE ENERO 1 DE 1987 A 31 DICIEMBRE DE 1996**

GRUPO ETÁREO	* DX HISTOLOGICO								Total	
	Fibroadenoma		Enf. Quística		Adeno Carcinoma		Ectasis Ductal			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
10 a 20 años	89	29.47	1	0.33	-	-	-	-	90	29.80-
21 a 30 años	40	13.2	7	2.31	3	0.99	-	-	50	16.55
31 a 40 años	37	12.25	3	0.99	11	3.64	1	0.33	52	17.28-
41 a 50 años	15	4.96	13	4.30	15	4.96	-	-	43	14.22
51 a 60 años	6	1.98	5	1.65	26	8.60	-	-	37	12.23
61 a 70 años	3	0.99	1	0.33	21	6.95	1	0.33	26	8.60
71 a 80 años	-	-	-	-	4	1.32	-	-	4	1.32
Total	190	62.92	30	9.93	80	26.49	2	0.66	302	100.00

Fuente: Archivo del Departamento de Patología y Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

TABLA # 2

**DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETÁREO EN RELACIÓN CON EL NUMERO DE HIJOS DE
MUJERES QUE PRESENTARON NEOPLASIA MAMARIA**

	* NUMERO DE HIJOS									
	Cero Hijos		1 Hijo		2 a 5 Hijos		Más de 5 Hijos		Total	
GRUPO ETÁREO	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
21 a 30 años	-	-	1	1.25	2	2.50	-	-	3	3.75
31 a 40 años	-	-	1	1.25	8	10.00	2	2.50	11	13.75
41 a 50 años	1	1.25	-	-	7	8.75	7	8.75	15	18.75
51 a 60 años	-	-	-	-	11	13.75	15	18.75	26	32.50
61 a 70 años	1	1.25	2	2.50	12	15.00	6	7.50	21	26.25
71 a 80 años	-	-	-	-	2	2.5	2	2.50	4	5.00
Total	2	2.50	4	5.00	42	52.50	32	40.00	80	100.00

Fuente: Archivo del Departamento de Patología y Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

33

RELACIÓN ENTRE ADENOCARCINOMA MAMARIO E HISTORIA MENSTRUAL

* EDAD DE INICIO DEL CICLO MENSTRUAL	Numero de Casos	Porcentaje
Mayor de 13 años	72	90.00
Menor de 11 años	8	10.00
Total	80	100.00

* Fuente: Archivo del Departamento de Patología y Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

TABLA # 4

LOCALIZACIÓN PRIMARIA DE NÓDULO MAMARIO REFERIDO POR LAS PACIENTES AL MOMENTO DE LA CONSULTA.

GRUPO ETAREO	* LOCALIZACIÓN MAMARIA										Total	
	CSED		CSID		CIED		CSEI		CSII			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
21 a 30 años	-	-	-	-	-	-	2	2.5	1	1.25	3	3.75
31 a 40 años	-	-	-	-	3	3.75	4	5.00	4	5.00	11	13.75
41 a 50 años	5	6.25	-	-	1	1.25	7	8.75	2	2.5	15	18.75
51 a 60 años	8	10.00	4	5.00	-	-	9	11.25	5	6.25	26	32.5
61 a 70 años	5	6.25	3	3.75	1	1.25	10	12.5	2	2.50	21	26.25
71 a 80 años	-	-	1	1.25	-	-	3	3.75	-	-	4	5.00
Total	18	22.50	8	10.00	5	6.25	35	43.75	14	17.50	80	100.00

* Fuente: Archivo del Departamento de Patología y Estadística del Hospital General San Juan de Dios

CSED: Cuadrante Superior Externo Derecho
CSID: Cuadrante superior Interno Derecho.

CSEI: Cuadrante Superior Externo Izquierdo.
CSII: Cuadrante Superior Interno Izquierdo.

CIED: Cuadrante Inferior Externo Derecho

TABLA # 5

**TIPO DE EXAMEN DIAGNÓSTICO UTILIZADO EN LAS PACIENTES QUE CONSULTARON AL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS POR EL APARECIMIENTO DE NÓDULOS
MAMARIOS**

EXAMEN DIAGNÓSTICO	* DX. HISTOLÓGICO								Total	
	Fibroadenoma		Enf. Quística		Adeno Carcinoma		Ectasis Ductal		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Incisional	16	5.29	2	0.66	25	8.27	-	-	43	14.23
Escisión	104	34.43	21	6.62	-	-	1	0.33	126	41.71
Aspiración	4	1.30	1	0.33	-	-	-	-	5	1.60
Escisión y Aspiración	32	10.26	1	0.33	2	0.32	1	0.33	35	11.92
Escisión y Mamografía	22	6.90	1	0.33	-	-	-	-	23	7.61
Asp. y Mamografía	2	0.66	2	0.66	-	-	-	-	4	1.32
Incisión y Aspiración	6	1.98	2	0.66	-	-	-	-	8	2.60
Incisión y Mamografía	4	1.32	-	-	53	17.54	-	-	57	18.87
Total	190	62.92	30	9.59	80	26.49	2	0.66	302	100.00

* Fuente: Archivo del Departamento de Patología y Estadística del Hospital General San Juan de Dios

TABLA # 6

**TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS EN 302 PACIENTES QUE CONSULTARON POR
EL APARECIMIENTO DE UN NÓDULO MAMARIO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS, ENERO 1 DE 1986 A DICIEMBRE 31 DE 1996**

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	* DIAGNÓSTICO								Total	
	Fibroadenoma		Enf. Quística		Adeno Carcinoma		Ectasis Ductal		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
Menor 1 Mes	11	3.64	1	0.33	3	0.99	-	-	15	4.95
1 Mes	21	6.95	3	0.99	9	2.98	1	0.33	34	11.22
2 a 6 Meses	98	32.45	15	4.96	16	5.20	-	-	129	42.51
7 a 12 Meses	46	15.23	8	2.64	31	10.26	-	-	85	28.05
13 a 18 Meses	3	0.99	-	-	9	2.98	-	-	12	3.96
19 a 24 Meses	8	2.64	3	0.99	9	2.98	1	0.33	21	6.93
Más 24 Meses	3	0.99	-	-	3	0.99	-	-	6	1.98
Total	190	62.92	30	9.93	80	26.49	2	0.66	302	100.00

* Fuente: Archivo del Departamento de Patología y Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

TABLA # 7

*** DISTRIBUCIÓN POR TAMAÑO DE NÓDULO EN RELACIÓN CON EL ESTADIO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ADENOCARCINOMA MAMARIO.**

	* ESTADIO									
	Estadio I		Estadio II		Estadio III		Estadio IV		Total	
TAMAÑO DEL NÓDULO	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Menor 2 cm	10	12.5	-	-	-	-	-	-	10	12.50
Entre 2 y 5 cm	8	10.00	20	25.00	20	25.00	8	10.00	56	70.00
Mayor 5 cm	-	-	1	1.25	10	12.50	3	3.75	14	17.50
Total	18	22.50	21	26.25	30	37.50	11	13.75	80	100.00

* **Fuente:** Archivo del Departamento de Patología y Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

TABLA # 8

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MÁS UTILIZADO EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA EN RELACIÓN A ESTADIO

	* TX. QUIRÚRGICO							
	Mastectomía Simple		Mastectomía Radical Modificada		Ningún Tratamiento Quirúrgico		Total	
Estadio	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Estadio I	14	17.50	3	3.75	1	1.25	18	22.55
Estadio II	4	5.00	16	20.00	1	1.25	21	26.25
Estadio III	-	.	29	36.2	1	1.25	30	37.25
Estadio IV	-	-	9	11.25	2	2.50	11	13.75
Total	18	22.50	57	71.25	5	6.25	80	100.00

* **Fuente:** Archivo del Departamento de Patología y Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

LOCALIZACIÓN DE METÁSTASIS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
NEOPLASIA MAMARIA.

* Metástasis	Numero de Casos	Porcentaje
Metástasis Pulmón	4	5.00
Metástasis Músculo	1	1.25
Metástasis Hígado	1	1.25
No se Dx Metástasis	74	92.50
Total	80	100

* Fuente: Archivo del Departamento de Patología y Estadística del Hospital General San Juan de Dios.

VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio del grupo de pacientes que consultaron al Hospital General San Juan de Dios por el apareamiento de un nódulo mamario, el fibroadenoma es la lesión mamaria benigna que con mayor frecuencia se diagnosticó, presentando una mayor frecuencia durante la segunda década de la vida, para luego iniciar una disminución proporcional conforme la edad de las pacientes va en aumento. Mientras que dentro de las lesiones mamarias cuyo diagnóstico histológico fue establecido como el de adenocarcinoma mamario la frecuencia aumenta proporcionalmente con la edad de las pacientes con una mayor incidencia dentro de la quinta y sexta década. (Tabla # 1)

Dentro de las pacientes que consultaron por Nódulos mamarios y cuyo diagnóstico histopatológico fue determinado como "adenocarcinoma mamario" se pudo documentar que en el Hospital General San Juan de Dios, el 90.5% de las pacientes presentaban multiparidad, entre 2 a 5 hijos, y más de 5 hijos antes de cumplir los 30 años de edad. Inversamente con lo que otros estudios epidemiológicos llevados a cabo por Mac Maho y Col. que describen la importancia del efecto protector del primer embarazo en una edad temprana y el efecto protector de la multiparidad que en nuestro estudio no se presentó. (Tabla # 2)

En relación con adenocarcinoma mamario y la historia menstrual los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con los publicados en la literatura en donde se ha observado un riesgo de 3 veces mayor para adenocarcinoma mamario en pacientes con menarquía temprana (12 años) y documentándose que en nuestro estudio el 90 % de las pacientes con diagnóstico de Adenocarcinoma mamario presentaron menarquía entre los 11 a los 13 años quedando expuestas mucho más tiempo a estímulos hormonales especialmente los estrógenos. (Tabla # 3)

Coincidentemente los resultados de esta investigación muestran que hay una mayor frecuencia de adenocarcinoma en la mama izquierda que en la derecha y en el cuadrante superior externo izquierdo tal y como lo señala Gompel, C. and silverberg S. G. Por los alcances de la presente investigación no se encuentra en la posibilidad de discernir o establecer las razones de este comportamiento por lo que se recomienda una investigación que permita establecer las razones anatomopatológicas que permitan explicar este fenómeno. (Tabla # 4)

En las pacientes que consultaron al Hospital General San Juan de Dios por el apareamiento de un nódulo mamario es crucial el diagnóstico anatomopatológico para determinar su tipo histológico, clasificación, guía terapéutica y pronóstico. Para esta determinación existen diversos estudios de tipo invasivo y no invasivo disponibles para la investigación científica de cualquier lesión mamaria sospechosa; en el presente estudio se documentó que el método invasivo se utilizó y de éstos especialmente la biopsia por escisión ya que no existía un patrón clínico que afirme que estemos ante un tumor benigno o maligno. (Tabla # 5)

Entre las pacientes que consultaron al hospital General San Juan de Dios por el apareamiento de un nódulo mamario podemos observar que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la primera consulta, el 58 % lo hizo antes de los 6 meses. Es de hacer notar que de los 80 pacientes que fueron diagnosticados como adenocarcinoma 52 consultaron después de los siete meses. (Tabla # 6)

Dentro del grupo de pacientes que consultaron al Hospital General San Juan de Dios por el apareamiento de un nódulo mamario, y cuyo resultado diagnóstico patológico fue, Adenocarcinoma Mamario, Se estableció estadío III. en un 37.25 % Es importante hacer notar que el estadío III fue el más frecuentemente encontrado reflejando la extensión anatómica y el grado de progresión de la enfermedad en la mayoría de casos, avanzada, debido a la falta de educación, auto evaluación, y un sin número de causas la mayoría de origen social. (Tabla # 7)

El tratamiento quirúrgico más utilizado en nuestra revisión es la mastectomía radical modificada ya que se basa en la remoción del volumen tumoral y la extirpación de los tejidos tumorales con fines de establecer márgenes quirúrgicos exentos de tumor y de dar una mejor evaluación pronóstica; el estadío en que mayor utilización alcanzó fue en el estadío III, con un 36.25 %. Mientras que la mastectomía simple se utilizó en pacientes en un estadío potencialmente curable como lo es el estadío I. (Tabla # 8)

De los pacientes con diagnóstico de carcinoma mamario se observó que el 7.5% desarrolló metástasis, estadío IV. el sitio más frecuentemente encontrado como órgano blanco de estas siembras tumorales fue el pulmón posiblemente por la relación anatómica que presenta con la mama, el drenaje linfático, o posiblemente por la facilidad para detectar las mismas sin necesidad de métodos diagnósticos complejos. (Tabla # 9).

IX. CONCLUSIONES:

1. En el presente estudio podemos concluir que de igual manera tanto el grupo de pacientes con un diagnóstico histológico de tipo benigno o maligno poseen ciertas características epidemiológicas, como ser mujeres en edad fértil, perimenopáusicas y menopáusicas, multíparas, así como la edad de la paciente, que podría encontrarse en las primeras décadas de la vida en el que es más frecuente encontrar diagnósticos de tipo benigno (fibroadenoma) a diferencia que se encontrare en la quinta o sexta década de la vida en que aumenta la frecuencia de adenocarcinoma datos que en algún momento podrían ayudar clínicamente a diferenciarlos.
2. En el presente estudio podemos concluir que el fibro adenoma es el tipo histológico benigno más documentado en nuestro estudio con una mayor frecuencia en la segunda década de la vida siendo la sintomatología más frecuente el apareamiento de un nódulo.
3. Dentro del grupo de pacientes que consultaron al Hospital General San Juan de Dios por el apareamiento de un nódulo mamario el 26.49 % corresponde al diagnóstico histológico de adenocarcinoma mamario, lo que lo ubica en orden de frecuencia en el segundo lugar de la patología de mama estudiada; no encontrando relación de multiparidad y primer embarazo temprano como un efecto protector en el desarrollo de adenocarcinoma mamario

4. Para las pacientes con Diagnóstico de adenocarcinoma mamario el estadio III fue el Diagnóstico patológico con mayor frecuencia lo cual puede ser explicado por los largos periodos de tiempo transcurridos entre el apareamiento de los síntomas y la primera consulta médica, ya que el 65 % de las pacientes consultaron tardíamente. (> de 7 Meses).

X. RECOMENDACIONES

1. Fomentar en toda mujer, por medio de la educación el hábito de el auto examen y consulta temprana para evitar el diagnóstico tardío, el cual trae consigo menos oportunidades terapéuticas.
2. Promover programas de difusión de los signos y síntomas que puede presentar una paciente con adenocarcinoma mamario.
3. Que el médico lleve un control a toda paciente que detecte algún factor de riesgo y darle plan educacional.
4. Toda paciente en que se diagnostique una masa mamaria benigna debe ser monitorizada periódicamente para observar cambios ya sea de tamaño o invasión.

XI. RESUMEN

El presente trabajo es un estudio descriptivo. Realizado en el Hospital General San Juan de Dios en el que se revisaron 302 informes clínicos y de patología cuyo único objetivo es de conocer las características epidemiológica y clínicas de los pacientes manejados por nódulos mamarios en quienes se diagnóstico cáncer mamario.

La información necesaria fue recabada del archivo del departamento de patología y de registros médicos del Hospital General San Juan de Dios para luego ser tabulada y estudiada.

Del total de la población estudio resultó que el fibroadenoma es el grupo de pacientes que se presenta con mayor incidencia y principalmente en pacientes adolescentes, mientras que las lesiones mamarias cuyo diagnóstico histológico fue establecido como el de adenocarcinoma mamario la frecuencia aumenta proporcionalmente con la edad de las pacientes.

Se pudo documentar que en el Hospital General San Juan de Dios, que el 90.5% de las pacientes presentaban multiparidad, Se estableció el estadio III. en un 37.25 %, y fue el más frecuentemente encontrado. El tiempo que tardaron desde el apareamiento de los síntomas y la primera consulta en pacientes con adenocarcinoma fue de más de 7 meses.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. ANSON; B.J; Mc Vay, C.B. Thoracic walls Breast or mammary región. In Anderson, B.J Mcvay C.B eds Surgical Anatomy vol 1 Philadelphia W.B Saunders. 1971 pp 330 - 369.
2. BAUER, W.; IGOT, K. le gal Y Chronologie du cáncer mamaria utilisant un modele de croissance de gompertz ann anat pthol. 25 : 39 - 56 1976
3. BAILAR J.C; Mamography a contrary view. Ann Ingtern Med. 77 - 84. 1987
4. CIOEKABD, EN, III; Bland K.I The breast in sabiston Dc Jr Essentials of Sugery, Philadelphia W.B Saunders pp 288 - 326.
5. CUTTLER S.J. ASIRE A.J. TAYLOR S.G; Clasifcation of patients with deseminated cancer of the breast cancer 34: 861 - 869. 1992
6. EDEIKEN, S.; Mammography in the symptomatic woman New Journal of Cáncer vol 63: 1412 - 1414. 1989
7. EDEIKEN. J, Hones, P. Metastatic malignacy diagnosis of diseases of bone edit Williamas company.
8. EGE, GN: ELHANKIN, T. The relevance of internal mammary lymphoscintigraphy in the management of breast cancinoma J Clin Oncol 2: 774 - 781.
9. GANZ, PATRICIA A. Treatment Options for Breast Cancer N. Englank J Med. vol 326, No 17, 1992.
10. GRECO, M.D Quadrantectomy alone may suffice for some Elderly with Breast cancer Oncology News Vol 19, No 6 1993
11. Gompel, C. and Silverbeg, S.G. Pathology in Gynecology and Obstetries. 2nd de. Philadelphia, J. B. Lippincott 1977.
12. GIACOMETTI, L; The nipple and areola of the human female breast. Anat, Rec144: 191 - 197, 1992
13. GUYTON M.D Fisiología de la mama tatado de fisiología médica, Educuibes ubteranerucabas , 7a Edición, 1990.
14. GREENE F.L gestational breast cancer Sth M, J. Vol 81 1508 - 1540. 1988.
15. HAAGENSEN C.D; Anatomy of the mammary glands. Inaug. Disease of the breast 3 de. Philadelphia. 1988
16. HALL, F.L; Gestational Breast Cancer Sth, M. J. vol 81 1509 - 1511 1993
17. HELMINEN H. J, ERICSON J.L.E: Studies on mammary gland. J Ultrastruc res 25:193 - 213 `1992.
18. HENDERSON. B. E. PIKE, M.C, CASAGRANDE J.T; Breast cancer and the oestrogen window 363: 364. 1994
19. HENDERSON B.E Pike ROOS R.K; Epidemiology and risk Factor breast cancer diagnosis and management new york, John wiley 1993
20. HOLLEB ARTHUR, FINK DIANE, MURPHY GERALD; Breast Cancer American Cancer Society 1991.

21. JOHNSON, ANN. E. TARGENTING; Breast Cancer Tumors The Lancet, vol 343 1994.
22. KEY T.J PIKE M C; The role of oestrogens and progestagens in the epidemiologia and prevention of breast cancer. Eur J Cancer Clin Oncol 24 - 29 - 43 1993.
23. LOCKHART R, HAMILTON G. FYGE. F; La mama anatomia humana Interamericana Mc GRAW - HILL México Df, 1965
24. MUMTAZ-H DAVIDSON- T SPITTLE - M .TOBIAS J. HALL; Craggs-MA
Breast surgery after neoadjuvant treatment is it necesaty
Eur J Surg-oncol 1996 Aug; 22 (4) 33541.
25. Publicaciones periodicas del INCAN " Prevalencia del Cáncer mamario en Guatemala "Departamento de Estadística, Inatituto de Cancerologia 1985 - 1993.
26. QUIROS G. F; Anatomia Humana Editorial Porrua S,A Méxicopp 362-369 1984
27. RETON, S.C; GAZET-J.C; FORD - H.T; Corbishley The importance of the resection Margin in conservative sugery for breast cancer eur-J-Surg-oncol 1996 Feb.
28. RECHT - A.; Selection of patients Whith early Stage invasive Breast cancer for treatmet with conservative sugery an radiation therapy.
Semin - Oncol 1996 feb 23 1 suppl 2: 19 - 20
29. LOCKHART R, HAMILTON G. FYGE. F; La mama anatomia humana Interamericana Mc GRAW - HILL México Df, 1965

30. MALINIC J.W; Arterial blood supply of the breast.
Arch surg 47: 329 - 343.1993
31. MASSOPUST L.C, GARDNER W.D Infrared photographic studies of the superficial thoracic veins in the female, surg Gynecol Obstet 91: 717 - 27.1989
32. MOREHEAD J.R; Anatomy and embryology of the breas.
Clin Obstet Gynecol 25: 353 - 357. 1991
33. PEMOLL, MARTIN L; carcinoma de la Mama Diagnostico y tratamiento Ginecologico Obstetrico, Editorial Manual Moderno S.A. |México D.F, 7 ta. de 1994.
34. POLLAK M, COSTANTINO J, C.et al; Prevention of breast cancer, Journal of the National Cancer Institute 83 (20) 1450 - 1459,1991
35. ROBBINS S COTRAN R La mama Patología Estructural y Funcional Interamericana Mc GRAW - HILL 1985 2 ta
36. SCHATZAKIN A, GREENWALD P, BYAR D et, al; the dietay fat - breast cancer 261:3284 - 3287. 1987
37. SODERQUISTGUANNAR, SCHOUTTZ B.O VON; Estrogen and progesterone receptor content in , breast Epithelislal cells form healthy women during the mestrua cycle A jurnal of obstetricos and G, Vol 168, No,3: 874 - 880 1994.
38. WILLETT W.C HUNTER, D.J, STAMPFER M.J et al;
Dietaryu fat and fiber in relaton to risk of breast cncrer: an eight year follow u jama 268: 2037 - 2044. 1994

Boleta de estudio de mama en el Hospital san Juan de Dios

Antecedentes de historia clínica:

Lugar de origen:

Estado civil:

Fecha:

Vive:

Nombre:

Ocupación: Oficios Domesticos

Edad: años

Objeto de Consulta: Masa en mama de evolución

Antecedentes Familiares y obstétricos:

Padre

Tía

Hermanas

Otros

Ninguno

Marqueta

Menor de 11

11 a 13 años

Mayor de 13 años

Gravidad

Abortos:

Número de hijos

1 hijo

2 a 5 hijos

mas de 5 hijos

Consumo de tabaco

Tabaco

Ninguno

Forma de localización del nódulo primario.

Mama Derecha

CSED

CSID

CIED

CIID

Mama Izquierda

CSEI

CSII

CIEI

CIII

Forma de localización del nódulo secundario

Forma de localización del nódulo terciario

Forma de localización del nódulo cuaternario

Forma de localización del nódulo quinario

Forma de localización del nódulo sextario

Forma de localización del nódulo septario

Forma de localización del nódulo octario

Forma de localización del nódulo nonario

Forma de localización del nódulo decario

Forma de localización del nódulo undecario

Forma de localización del nódulo duodecario

Forma de localización del nódulo tredecario

Forma de localización del nódulo catorcario

Patología

Tamaño masa:

Menor de 2 cm.

Entre 2 a 5 cm.

Mayor de 5 cm.

Úlceración de piel

Sistema T.N.M Clasificación por Estadio

cero

uno

dos

tres

cuatro

Ganglios

Numero total

positivos

negativos

Metástasis.

Hueso

Higado

Pulmon

otros

Diagnostico de metástasis.

Tratamiento:

1. Mastectomía simple
2. Mastectomía Radical Modificada
3. Mastectomía Total Simple
4. Mastectomía Segmentaria
5. Disección Axilar
6. Ningún tratamiento Quirúrgico.