



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3



“CIRUGIA CONSERVADORA DE CANCER DE MAMA Y RESULTADOS A 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN EL HGO 3 CMN LA RAZA”

PROTOCOLO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA.-
DR. ABRAHAM MORONES GARCIA

INVESTIGADOR RESPONSABLE.-
DRA. VERONICA GUTIERREZ OSORIO

NUMERO DE REGISTRO
R-2014-3504-53

CD.MX., 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FIRMAS DE AUTORIZACION

DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
CMN LA RAZA, UMAE HGO 3.
DR. VICTOR MANUEL DE LOS REYES SANCHEZ

DRA. GUADALUPE VELOZ MARTINEZ
JEFA DE LA DIVISION DE INVESTIGACION EN SALUD
CMN LA RAZA, UMAE HGO 3.
DR. VICTOR MANUEL DE LOS REYES SANCHEZ

DRA. VERONICA QUINTANA ROMERO
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD
CMN LA RAZA, UMAE HGO 3.
DR. VICTOR MANUEL DE LOS REYES SANCHEZ

DRA. VERÓNICA GUTIÉRREZ OSORIO
MÉDICO PATÓLOGO ANATOMOCLÍNICO
INVESTIGADOR RESPONSABLE
CMN LA RAZA, UMAE HGO 3.

IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

Abraham Morones García

Médico residente de Ginecología y Obstetricia del HGO No. 3

Av. Vallejo esq. Antonio Valeriano s/n. Col. La Raza Delg. Azcapotzalco

Tel. 57245900 ext. 23710

stimpito@hotmail.com

Verónica Gutiérrez Osorio

Médico de Base Patología Anatomoclínica HGO No. 3

Av. Vallejo esq. Antonio Valeriano s/n. Col. La Raza Delg. Azcapotzalco

Tel. 57245900 ext. 23710

veronica_4023@yahoo.com.mx

INDICE

I.	RESUMEN	5
II.	MARCO TEORICO	8
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
IV.	JUSTIFICACION	21
V.	OBJETIVO	22
VI.	MATERIAL Y METODOS	23
	a. LUGAR DE ESTUDIO	
	b. GRUPO DE ESTUDIO	
	c. CRITERIOS DE SELECCION	
	d. TAMAÑO DE LA MUESTRA	
	e. VARIABLES	
VII.	ASPECTOS ETICOS	29
VIII.	DESCRIPCION DEL ESTUDIO	30
IX.	RECURSOS	31
X.	RESULTADOS	32
XI.	DISCUSION	37
XII.	CONCLUSION	38
XIII.	BIBLIOGRAFIA	39

Resumen

“CIRUGIA CONSERVADORA DE CANCER DE MAMA Y RESULTADOS A 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN EL HGO 3 CMN LA RAZA”

Antecedentes

El cáncer es considerado una enfermedad sistémica por la capacidad de metastatizar, existe proliferación anormal y desordenada de las células del epitelio glandular mamario (conductos, lobulillos) y en menor frecuencia del estroma.

Cada año se diagnostican en el mundo más de un millón de casos de cáncer de mama y fallecen por esta causa 548 mil mujeres. El perfil de esta epidemia, sin embargo, está cambiando. Habiendo surgido en las regiones más desarrolladas del planeta, ahora está afectando de manera creciente a las mujeres de los países de menores recursos. Inicialmente, por ser considerado una enfermedad local, el cáncer de mama exigía una mastectomía. Hoy en día el manejo ha evolucionado a ser más conservador, llevando a que se tome como una enfermedad sistémica que requiere manejo multidisciplinario y no únicamente quirúrgico.

En los últimos años la cirugía conservadora se ha consolidado como un procedimiento válido en el tratamiento de un determinado grupo de pacientes con cáncer de mama, pues permite conseguir un control local satisfactorio con una menor mutilación, un buen resultado estético, obtener una máxima información oncológica y un máximo control de la enfermedad local sin modificar la supervivencia ni el índice de metástasis a distancia. La intencionalidad de la cirugía conservadora debe ser radical sobre la enfermedad locoregional.

Objetivo General.- Determinar los resultados de la cirugía conservadora del cáncer de mama según variables seleccionadas en el período de seguimiento a 5 años de su diagnóstico en el HGO 3 del CMN “La Raza”.

Material y Métodos

El estudio se realizó en la UMAE HGO No. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” Centro Médico Nacional La Raza, llevando a cabo un estudio retrospectivo longitudinal a mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama a las que se les realizó cirugía conservadora durante el año 2008, que cumplieron con los criterios de inclusión y se describió su evolución a 5 años de seguimiento. El análisis estadístico se llevó a cabo al término de la recolección de datos mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, utilizando estadística descriptiva, porcentajes y promedios.

Resultados

El estudio se realizó en la UMAE HGO No. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” Centro Médico Nacional La Raza, llevando a cabo un estudio retrospectivo transversal a mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama a las que se les realizó cirugía conservadora durante el año 2008, que cumplieron con los criterios de inclusión y se describió su evolución a 5 años de seguimiento. El análisis estadístico se llevó a cabo al término de la recolección de datos mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, utilizando estadística descriptiva, porcentajes y promedios.

De los factores de riesgo de la población general el 43% tenía antecedente de algún tipo de cáncer en la familia, el tabaquismo en el 27% fue positivo, la lactancia por más de 6 meses fue positiva en 100% de la pacientes, solo un 23% usó terapia hormonal, el 13.3 % tuvo una menarca temprana y el 3% una menopausia tardía, ninguna de las pacientes fue nulípara (1-2 hijos el 53.3% y más de 2 hijos el 46.7%), el 60% de la pacientes en el momento del diagnóstico presentaba ya una enfermedad crónica (con más prevalencia hipertensión y diabetes).

Con respecto a las características del tumor el tipo histológico con mayor prevalencia fue el carcinoma ductal infiltrante en un 60% seguido del lobulillar infiltrante en un 30%, la mama derecha presentó afectación en 53.3% y la mama izquierda en un 46.7%. En el 40% de las pacientes se corroboró la presencia de ganglios positivos. El tamaño y la localización más frecuente fue 1.1-2.9cm y el cuadrante superior externo respectivamente.

La sobrevida a los 5 años posteriores a la cirugía fue de 83%. Del total de la población estudiada el 70% recibió quimioterapia adyuvante (QT), 73.3% recibió radioterapia adyuvante y un 33.3% presentó algún tipo de recurrencia.

Se realizó análisis estadístico con chi-cuadrada con respecto a la sobrevida y las diferentes variables estudiadas. Se encuentra que la recurrencia de la enfermedad fue significativamente estadística ($p < 0.05$) y se asoció desfavorablemente con la sobrevida. Otro factor desfavorable que es significativamente estadístico es la presencia de ganglios positivos con RR de 1.2 con un IC 95%. (ver tabla 5 y gráficos 3-4)

CONCLUSIÓN

- La sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer de mama que fueron tratadas con cirugía conservadora en el Hospital de Ginecología y obstetricia No 3 CMN La Raza fue del 83%.
- Los factores de mal pronóstico que afectaron significativamente la sobrevida fueron la presencia de ganglios positivos y que la paciente presente alguna recurrencia de la enfermedad.

Conocer estos factores es de vital importancia ya que el alto porcentaje de sobrevida con la cirugía conservadora de mama da una nueva tendencia a ofrecer a la paciente una cirugía con menos repercusiones tanto postquirúrgicas como psicológicas y que no repercute en la morbi-mortalidad. Por otra parte reconocer y buscar los factores que tienen significancia estadística sobre la sobrevida de la paciente abrirá la base para estudios y tratamientos más dirigidos, por lo que es conveniente continuar con esta línea de investigación e incluir un mayor número de pacientes ya que en este estudio el tamaño de la muestra fue pequeño.

Marco Teórico

El cáncer de mama es una enfermedad con gran impacto mundial dado que es una de las patologías con mayor prevalencia en mujeres mayores de 50 años de edad y el cáncer con mayor tasa de mortalidad en la mujer en la población mundial.⁽¹⁾

El cáncer es considerado una enfermedad sistémica por la capacidad de metastatizar, existe proliferación anormal y desordenada de las células del epitelio glandular mamario (conductos, lobulillos) y en menor frecuencia del estroma.

Cada año se diagnostican en el mundo más de un millón de casos de cáncer de mama y fallecen por esta causa 548 mil mujeres, generando el 10% de todas las neoplasias. ⁽¹⁾

⁽³⁾ El perfil de esta epidemia, sin embargo, está cambiando habiendo surgido en las regiones más desarrolladas del planeta, siendo hasta 6 veces mayor que en países en vías de desarrollo ⁽¹⁾ ahora está afectando de manera creciente a las mujeres de los países de menores recursos.

Hoy, más del 55 % de las muertes por cáncer de mama se presentan en los países de ingresos bajos y medios. En 2020, alrededor de 7 % de los casos de esta enfermedad se presentarán en países en vías de desarrollo. Dentro del esquema general del tratamiento del cáncer de mama, hasta ahora ha sido la cirugía el arma principal y posteriormente el inicio del arsenal terapéutico.

Es una patología en la cual no es suficiente el diagnóstico, tratamiento, y anticipar que el cáncer está curado, porque al existir una sobrevivida de 5, 10 y 15 años, la enfermedad se encontraría latente, por lo que debe realizarse seguimientos a las pacientes y así evitar y diagnosticar oportunamente recidivas locales, cáncer contralateral y metástasis ocultas.⁽²⁾

El 60 % de los casos se ha atribuido a factores como edad, reproductivos, antecedentes personales y familiares, y 40 % no se han determinado las causas ⁽²⁾. Así como en diversas series de estudios se ha determinado que dentro de los factores como la gestación temprana se ha relacionado como factor protector no siendo así se presenta un incremento en la incidencia en mujeres que presentan su primera gestación posterior a los 35 años, sobrepasando la incidencia incluso en mujeres nulíparas, la múltiparidad y lactancia han sido relacionados como factores donde la incidencia de cáncer de mama es menos frecuente. ⁽¹⁾ El uso de hormonales orales en la anticoncepción femenina se relaciona con un incremento en la incidencia sobre todo en aquellos grupos con ingesta superior a los 10 años, presentándose un incremento en la incidencia en aquellas mujeres con terapia hormonal de reemplazo con uso superior a los 5 años, la ingesta de alcohol con un incremento como factor de riesgo hasta del 10%. EL tabaquismo destaca como factor de riesgo en el desarrollo de cáncer de mama. Se han encontrado otros mecanismos protectores dentro del estilo de vida en relación a la dieta, la realización de ejercicio disminuye la incidencia hasta 30%⁽¹⁾

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres , en varones es menos del 1 % de los casos totales , representa el 32 % del total de los canceres en las mujeres, el riesgo de padecer cáncer de mama es de 8 -12 % y el de morir es de 3.6-4%, 10% a 15 % pueden ser neoplasias familiares, de los cuales 30 % son atribuibles a mutaciones en genes denominados BRCA1 y BRCA 2, cuando se detectan mutaciones en estos genes el riesgo de desarrollar cáncer es de 56 a 85 %.

La incidencia es mayor en los países desarrollados, donde es hasta 6 veces más alta que en los países en vías de desarrollo; Latinoamérica tiene una incidencia intermedia. Es de notar que aún en Estados Unidos, las mujeres de familia latina tienen menores tasas de incidencia y mortalidad en comparación con las no latinas, lo cual sugiere que las razas tienen una presentación que se asemeja a la de su región natal.

En Europa y EEUU se diagnostica más de 150.000 casos cada año, de los cuales 50.000 fallecen. Del total de casos del mundo, el 31% se encuentran en los países en desarrollo .Es la principal causa de mortalidad en mujeres entre los 35 y 64 años, las tasas de incidencia ha aumentado anualmente en un 5%.

Hay una serie de factores de riesgo con importancia oncológica. Con base en los riesgos relativos de los factores de riesgo más importantes (edad de consulta, edad de menarquia, edad de primer parto, historia de biopsias previas y parientes en primer grado con cáncer de mama), se creó un modelo estadístico denominado el modelo Gail, que predice la probabilidad de desarrollar cáncer de mama a 5 años en mayores de 35 años.

Los factores de riesgo más estudiados son los siguientes:

Edad: A mayor edad, mayor incidencia, encontrándose una edad media de aparición a los 54 años, 45% aparecen después de los 65 años.⁽²⁾

Menarquia: Antes de los 12 años o tardía después de los 15 años

Nuliparidad: Incrementa el riesgo después de los 50 años.

Gestación Tardía: Hay bajo riesgo si la gestación del primer hijo es antes de los 20 años; sin embargo, si incrementa luego de los 35 años, considerándose un factor de mayor impacto en comparación con mujeres nulíparas. Tener más de un hijo o lactar dan protección. Los abortos no se han relacionado con el aumento en el riesgo.

Anticonceptivos orales: incrementan el riesgo con el uso entre 5- 10 años, pero disminuye luego de suspenderlos. Si se diagnostica cáncer en una mujer que los está tomando, ésta será menos propensa a tener un estado avanzado con respecto a las que nunca los consumieron. El riesgo es mayor entre menor sea la edad a la que se inicie su uso.⁽²⁾

Terapia de reemplazo hormonal.: Se aumenta el riesgo al prolongar su uso, porque retrasa la menopausia y aumenta la densidad de la mama; se reduce luego de 5 años de suspensión. El uso por más de 5 años aumenta la incidencia en 30 a 50%.⁽¹⁾

Cambios Fibroquísticos: Incrementan discretamente el riesgo, en otras patologías como el fibroadenoma complejo, hiperplasia moderada florida con o sin atipia, adenosis esclerosante y papiloma.⁽²⁾

Hiperplasia Ductal o Lobulillar con atipia: Aumenta el riesgo de 4 a 5 veces y 10 veces si hay antecedente de cáncer familiar en primer grado.⁽²⁾

Estilo de vida. Hay menores niveles de estrógeno con dietas hipolipídicas, lo cual disminuye la densidad de la mama. Un estudio calculó la carga de mortalidad por cáncer de mama asociada a la inactividad física y se concluyó que 5% de esta patología podría evitarse si la inactividad física se redujera en 30%; éste y varios estudios indican que la actividad física tiene un efecto de beneficio “convinciente” para el cáncer de mama. El consumo de alcohol aumenta en 10% la probabilidad de desarrollarlo. El tabaquismo no es un factor contundente de riesgo.⁽¹⁾

Densidad en la mamografía. La densidad de la mama en la mamografía varía según la edad debido a cambios en la proporción de estroma y tejido graso. Al comparar mujeres con densidad menor de 10% en la mamografía con aquéllas con densidad mayor de 75%, el *odds ratio* es 4,7 para cáncer de mama en las mujeres con senos más densos.

Genética e historia familiar. La herencia está presente en 7 a 10% de los casos, de los cuales, 80% se da por alteración de los genes *BRCA1*, *BRCA2* o ambos. Aunque las mujeres con parientes en primer grado tienen riesgos relativos elevados, la mayoría no desarrollan cáncer de mama y aquéllas que sí lo hacen tienen más de 50 años.⁽¹⁾

Antecedente Familiar de Cáncer de mama: De primer grado incrementa el riesgo de 2 a 4 veces, si dos familiares tienen cáncer de mama aumenta de 5 a 6 veces. El 60% de los cánceres familiares ocurre antes de la menopausia contra el 25% de los que no guarda relación.⁽²⁾

Entre otros factores relacionados se ha encontrado: Antecedente de carcinoma de endometrio, tabaquismo, dieta rica en grasas, dieta occidental, vida sedentaria, hormonas ováricas endógenas y radioterapia antes de los 30 años.

Respecto a la ingesta de alcohol se ha encontrado que la toma de 2 unidades incrementa hasta un 8% que una unidad día.

Ser portador del gen *BRCA1* Y *BRCA2* confiere susceptibilidad de presentar cáncer de mama en etapas tempranas, bilateralidad y cáncer de ovario, ser portador de un gen confiere riesgo del 50 al 85% con una presentación antes de los 65 años. La incidencia de *BRCA1* mutante se presenta con una incidencia de 1/800 en la población general.⁽²⁾

Manifestaciones Clínicas:

El nódulo es generalmente la primera manifestación descubierta por la exploración física o la mastografía de cribado, la probabilidad de que un nódulo sea maligno es de hasta el 50% si no es móvil. El nódulo maligno es de consistencia firme, irregular, puede tomar diferentes formas y tamaños pudiendo provocar retracciones en la areola y pezón.

El dolor de mama se presenta hasta en el 7% de los casos.

Aumento del tamaño de la mama con engrosamiento no delimitado.

Telorrea: se encuentra en menos del 10%, puede ser hemático, incoloro, unilateral y espontáneo.

Cambios cutáneos. En la enfermedad de Paget, eritema, formación de costras, escamas y secreción en este grupo se puede encontrar hasta 50% masa palpable.

En el cáncer inflamatorio se puede encontrar inflamación de tipo difuso con frecuencia sin nódulo.

Cáncer de mama avanzado: se caracteriza por fijación del nódulo a la pared torácica o piel con presencia de satélites o úlceras en piel, puede existir invasión de los ganglios linfáticos, pudiéndose encontrar empastados o fijos.

Enfermedad Metástasica: En algunas pacientes se puede presentar como fracturas patológicas, disfunción pulmonar, el 50% de este grupo presenta afecciones esqueléticas, especialmente columna vertebral, parrilla costal y pelvis compromiso hepático, ovárico, sucesivamente las localizaciones son múltiples.⁽²⁾

Métodos de Diagnóstico:

La Auto- exploración ha sido determinante en el diagnóstico de cáncer de mama, ya que permite detectar un mayor número de neoplasias de mama respecto a pacientes que no lo realizan, incrementando la supervivencia. ⁽¹⁾

Inicialmente, por ser considerado una enfermedad local, el cáncer de mama exigía una mastectomía.

Hoy en día el manejo ha evolucionado a ser más conservador, llevando a que se tome como una enfermedad sistémica que requiere manejo multidisciplinario y no únicamente quirúrgico.

La Mastografía como técnica de tamizaje reduce significativamente la mortalidad de mama del 20% -35% realizándose detecciones de lesiones más pequeñas, menor compromiso linfático y susceptible de manejo con cirugía conservadora. Considerándose el ultrasonido una herramienta esencial en el diagnóstico diferencial de

lesiones quísticas de las sólidas y descartar otras lesiones ocultas. La Resonancia Magnética tiene indicaciones precisas en el tamizaje de cáncer de mama, caracterizado por: mujeres con alto riesgo, pacientes con metástasis axilares sin neoplasia evidente y vigilancia en pacientes con alto riesgo.

El ultrasonido y la tomografía por emisión de positrones se recomiendan en pacientes sin tumor primario evidentes o sospecha de recurrencia. ⁽¹⁾ con una especificidad del 93-100%.

El diagnóstico y tratamiento temprano mejoran el pronóstico, por lo que debe realizarse una detección temprana, existe discordancia entre el cribado de mujeres de los 40 a 50 años de edad, las recomendaciones incluyen:

1.-Mamografía anual (American Cancer Society); Mamografía cada uno o dos años (National Cancer Institute) Y Ausencia de tomar mastografías periódicas (American College of Physicians).⁽¹⁾

La Norma Oficial Mexicana recomienda la mastografía anual o cada 2 años a partir de los 40- 49 años con dos o más factores de riesgo y de forma anual a toda mujer mayor de 50 años, a las pacientes que tengan un familiar directo con cáncer de mama (madre o hermana) debe realizarse una mastografía al menos 10 años antes de la fecha de aparición en el familiar directo. ⁽⁴⁾

Recomendaciones de tamizaje con Resonancia Magnética:

Tamizaje Anual Basado en Evidencia.

- Mutación BRCA
- Familiar en primera línea portador de BRCA
- Riesgo de vida de 20-25% o mayor definido por BRCAPRO que dependen de la historia familiar

Tamizaje Anual (Basado en la opinión de Expertos)

- Radiación al torax entre los 10 y 30 años.
- Síndrome de LI FRAUMENI, Cowden, y Bannayan- Riden-Ruvalcaba en primer grado.

Evidencia Insuficiente para Recomendar RM a favor o en contra.

- Riesgo de vida 15-20% definido por BRCAPRO
- CLIS, Hiperplasia Lobular o ductal atípica.
- Mamas heterogenamente o extremadamente densas
- Mujeres con historia personal de cáncer de mama

Recomendaciones en Contra (Basado en opinión de expertos).

- Mujeres con riesgo de vida menor del 15%.⁽⁴⁾

Clasificación:

La Clasificación histopatológica de los carcinomas mamarios de acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS) se divide en no invasores (in situ), invasores y otros⁽⁴⁾ aproximadamente del 75 al 80% son invasores esta característica le da a las células la capacidad de penetrar alrededor de los canales linfáticos y vasculares dando metástasis.

Dentro de la clasificación histopatológica para cáncer de mama encontramos que en una revisión acotada por Beers M.Porter y Jones T.Kaplan en 2007, dividen esta patología en 2 grandes grupos infiltrantes y no infiltrantes, en el primer grupo encontramos el carcinoma intralobulillar caracterizado por la proliferación dentro de los lobulillos, carcinoma intralobulillar insitu,(**CILS**) es palpable, se diagnóstica por biopsia y raras veces se ve por mastografía. El CILS No es maligno pero indica un riesgo en la presentación de carcinoma infiltrante en cualquiera de las 2 mamas con un riesgo del 1-2% de cáncer anual.

El tipo intraductal que pertenece a este gran grupo de lesiones infiltrantes se caracteriza por la presentación de tumor sólido, comedociano, papilar cribiforme con proliferación dentro de los conductos, carcinoma ductal in situ (**CDIS**) Se detecta solo mediante mastografía (mayor del 80%) con presencia de microcalcificaciones del 75 al 80% ⁽²⁾

En el segundo grupo encontramos las lesiones de tipo infiltrante subdividiéndose en 2 grupos Lobulillar y Ductal infiltrante ambos con formas especiales medular típico:Mucosecretante, Adenoquistico, papilar y tubular.

El liposecretante que se subdivide en secretorio y metaplasico.⁽²⁾

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal invasor del 70-80%, el segundo más común es el lobulillar invasor 5-10% difícil de diagnosticar por su diseminación difusa en vez de formar una masa, su tasa de multifocalidad y bilateralidad es alta. ⁽⁴⁾

La clasificación clínica y anatomopatológica se describe como TNM

Tabla de Clasificación TNM

TUMOR	ADENOPATIAS	METASTASIS
*T0 no tumor primario encontrado *Tis in situ *T1=< 2 cm -T1mic =<0.1cm(microlesión) -T1 a > 0.1 a 0.5cm -T1b > 0.5 a 1cm -T1 a >1 a 2 cm *T2 >2 a 5 cm *T3> 5 cm *T4 < 5 cm -T4a Pared torácica -T4b edema de piel /ulceración Nódulos cutáneos satélites -T4c ambos T4a y T4b -T4d Carcinoma inflamatorio o enfermedad de Paget	*N0 no adenopatias *N1 Axilares móviles. El cáncer se ha diseminado a 1 a 3 ganglios linfáticos axilares. *N2: axilares fijas. El cáncer se ha diseminado a 4 a 9 ganglios linfáticos axilares o a ganglios linfáticos mamaros internos sin afectar a los ganglios axilares. -N2a: el cáncer se ha diseminado de 4 a 9 ganglios linfáticos axilares, existiendo al menos una infiltración de más de 2 mm -N2b: el cáncer se ha diseminado sólo a los ganglios linfáticos mamaros internos. *N3: el cáncer se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares o a ganglios supraclaviculares o a ganglios mamaros internos con afectación de ganglios axilares. - N3a: el cáncer se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares. -N3b: el cáncer se ha diseminado a los ganglios mamaros internos y a los ganglios axilares. -N3c: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos supraclaviculares.	*M0 No *M1 Si

En los últimos años la cirugía conservadora se ha consolidado como un procedimiento válido en el tratamiento de un grupo de pacientes seleccionados ya que permite lograr un control local satisfactorio, con una menor mutilación sin modificar la supervivencia ni índice de metástasis a distancia ⁽³⁾

Para poder comprender a cabalidad las modalidades terapéuticas en el cáncer de mama es importante tener clara la anatomía de la mama, la cual constituye una glándula ubicada sobre el músculo pectoral mayor en la cara anterior del tórax, se extiende en el plano vertical entre la 2 y 6 costilla y en el plano horizontal entre el esternón y la línea axilar anterior, unida a la piel a través de ligamentos suspensorios.

Está constituida por tejido conectivo denso y fibras musculares lisas, en cuyo espesor se ubican conductos galactóforos, los cuales forman los 15-20 lóbulos de tejido glandular constituyendo la glándula propiamente, cada lóbulo es drenado por un conducto hacia el pezón.⁽⁶⁾

La irrigación de la porción medial está dada por las ramas perforantes de la arteria torácica interna, de la porción lateral está dada por las ramas mamaras de la arteria torácica lateral y las arterias intercostales posteriores.

La cirugía de elección para lesiones pequeñas, actualmente es la cuadrantectomía. Veronesi *et al.* Asignaron en forma aleatoria el manejo con mastectomía radical o

cuadrantectomía más radioterapia ipsilateral, a un grupo de mujeres con masa menor de 2 cm. Hubo recurrencias en 8,8% de los casos de cuadrantectomía y en 2,3% de los de mastectomía ($p < 0,0001$); no se observaron diferencias en las tasas de carcinoma contralateral o metástasis.

La tasa de muerte a los 20 años fue similar para ambos manejos. Este estudio se reprodujo varias veces en 30 años, y se obtuvieron los mismos resultados, sin importar cuánto tiempo de espera se tomó para analizar la tasa de muerte. Con estos hallazgos, los *National Institutes of Health* decidió que el manejo ideal para estadios I-II sería cuadrantectomía y radioterapia posoperatoria, y como desde entonces se diagnostica en estados más tempranos, 75 a 85% de todas las cirugías realizadas actualmente en pacientes con cáncer de mama son cuadrantectomías. A pesar de esto, las mujeres mayores son sometidas con mayor frecuencia a cirugías extensas sin radioterapia posoperatoria.

Una técnica especial es la de la mastectomía con preservación de piel, la cual provee un manejo oncológico y estético favorable. La mastectomía con preservación de piel puede generar hasta 7% de la recurrencia local. Las tasas de recurrencia distante y de supervivencia a 5 años no son menores a las de la mastectomía sin preservación de piel.

Aunque las mujeres sometidas a mastectomía no requieren radioterapia, aquéllas manejadas con esta técnica y que tengan un tumor mayor de 5 cm o compromiso de varios ganglios linfáticos, la necesitarán.

La mastectomía subcutánea se ofrecía anteriormente como técnica profiláctica para mujeres con alto riesgo de cáncer de mama pero, como extrae 95% del tejido mamario, el riesgo de que aparezca un tumor está presente. Cabe anotar que unos estudios no encuentran diferencia en la supervivencia al compararlo con la mastectomía con preservación de piel. La profilaxis con una mastectomía total reduce el riesgo de cáncer de mama en 100%, mientras que, con una mastectomía subcutánea, lo reduce en 2-4%.

En los últimos 30 años ha ocurrido un perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas del cáncer de mama, alejándose de técnicas mutilantes e incorporando la cuadrantectomía y la lumpectomía, esto es posible debido a la comprensión que para los tumores primarios pequeños diagnosticados en el momento actual no es necesario el uso de la mastectomía radical extensa para localmente erradicar el tumor, la efectividad de otras terapias adyuvantes como la radioterapia, quimioterapia y la hormonoterapia, y la preocupación por la calidad de vida de la mujer.

Los resultados óptimos de la cirugía conservadora en los setenta llevaron a cambiar el término de la historia natural del cáncer de mama; surgió el concepto de la existencia de micrometástasis, incluso en tumores menores de un centímetro y la extirpación del tumor primario tiene poca influencia en el pronóstico. Esta observación y la aparición de nuevos y eficaces fármacos antineoplásicos, así como los recientes conocimientos de la

biología molecular del cáncer, cimentaron en forma definitiva el paradigma del cáncer mamario como una enfermedad sistémica donde la cirugía no es la solución, tal vez lo será el tratamiento sistémico con quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y, a largo plazo, terapia génica.

En los últimos años la cirugía conservadora se ha consolidado como un procedimiento válido en el tratamiento de un determinado grupo de pacientes con cáncer de mama, pues permite conseguir un control local satisfactorio con una menor mutilación, un buen resultado estético, obtener una máxima información oncológica y un máximo control de la enfermedad local sin modificar la supervivencia ni el índice de metástasis a distancia. La intencionalidad de la cirugía conservadora debe ser radical sobre la enfermedad locoregional.

Las contraindicaciones de la cirugía conservadora son las siguientes:

Contraindicaciones Absolutas y Relativas.

- 1.-Reacción mama-tumor desfavorable.
- 2.-Múlticentricidad
- 3.-Microcalcificaciones sospechosas difusas o extensas
- 4.-Contraindicación de Radiación
- 5.-Imposibilidad de mantener márgenes quirúrgicos negativos con márgenes cosméticos aceptables.
- 6.-Preferencia de la paciente por una mastectomía
- 7.-Paciente no controlable.
- 8.-Tumor mayor a 4 cm
- 9.-Dificultad para realizar radioterapia. ⁽⁶⁾

La cirugía conservadora reduce el riesgo de complicaciones encontradas en la cirugía radical las cuales pueden surgir durante o después del procedimiento quirúrgico, dentro de las lesiones intraoperatorias encontramos que la lesión vascular a la vena axilar es la más frecuente debido a la disección de esta zona durante la disección ganglionar complementaria, otras son el neumotórax y las lesiones nerviosas.

Dentro de las complicaciones post-operatorias precoces encontramos la formación de seromas, hematomas, dehiscencia e infección de la herida, flebitis y tromboflebitis de la vena axilar o subclavia con menor frecuencia. ⁽⁷⁾

Las complicaciones post-operatorias tardías encontramos la formación de cicatrices que loide, contracturas y atrofia del músculo pectoral mayor, retracciones ligamento-tendinosas que fijan la articulación, parestesias, alteraciones en la alineación de la columna vertebral y linfedema ⁽⁷⁾

El uso de poliquimioterapia reduce la tasa anual de cáncer de mama en 38% para menores de 50 años y en 20% para los de 50 a 69 años. Esto ha hecho que las mayores de 50 años reciban en menor proporción este tipo de tratamiento.

En cuanto a la radioterapia se confirmó su utilidad cuando se vio que las pacientes sometidas a radioterapia posoperatoria tenían menor tasa de recurrencia local y, actualmente, la reduce en 75%.

Una de las mayores controversias es si ésta genera un aumento en la supervivencia: los estudios iniciales concluyeron que no. Recientemente se ha visto que hay algo de mejoría en la supervivencia. Cuando se combina con quimioterapia, la tasa de recurrencia local o regional es menor y la supervivencia es mayor que cuando se dan cada una por aparte.

La mayoría de las recurrencias se dan en los primeros 5 años y se manifiestan con síntomas inespecíficos. El riesgo anual es de 0,5 a 1,0% y es mayor en jóvenes con antecedentes familiares o menores de 45 años manejadas con radioterapia. Aun cuando sólo 40% de las recurrencias se detectan durante las consultas de rutina, es la paciente quien más fácilmente reconoce la recurrencia local y regional. La incidencia de recurrencia varía según el manejo instaurado. Es igual si se maneja con mastectomía o cuadrantectomía/radioterapia (13 y 12%, respectivamente) y, mayor, cuando se hace cuadrantectomía sin radioterapia (43%).

El carcinoma lobular infiltrante es el tipo histológico que más se relaciona con recurrencia local y regional después de una mastectomía. Las mujeres jóvenes están en mayor riesgo de tener recurrencia, ya que poseen tumores de gran tamaño, de alto grado, invasión linfovascular y sin receptor de estrógeno/progesterona.

Los factores de riesgo para recurrencia después de cirugía conservadora son, en su orden: márgenes de resección positivos, ser de menor edad, carencia de terapia sistémica, márgenes pequeños, invasión linfovascular, ganglios axilares positivos; en la mastectomía son: ganglios linfáticos axilares, carencia de sistémica linfático, márgenes positivos, márgenes pequeños, tamaño del tumor, ser de menor edad e invasión linfovascular.

La supervivencia a 5 años ha mejorado desde 1975, de 75 a 86% a principios de 1990. Entre mayor edad tenga la paciente, mayor probabilidad tiene de morir de otra patología, lo que lleva a que la supervivencia para mayores de 70 años de edad sea igual a la de mujeres de 40 a 70 años, lo cual indica que los tumores en las ancianas tienen un comportamiento menos agresivo a pesar de tener peor estado. La supervivencia a 5 años es peor en mujeres menores de 35 años, en comparación con las mayores de 50 años, porque en las primeras no se hace tamización.

Los análisis de múltiples variables han demostrado que la herramienta más importante para determinar el pronóstico es el compromiso de los ganglios linfáticos.

Respecto al seguimiento no hay evidencia de estudios aleatorizados que apoyen ningún tipo de seguimiento la mastografía debe realizarse de forma anual en pacientes que se hayan sometido a cirugía conservadora, la primera mastografía debe realizarse dentro

de los primero 6- 12 meses. El uso de placa de Tórax, USG, Tomografía, RM o PET en pacientes asintomáticas no ha demostrado que mejore la sobrevida ⁽⁴⁾

Los marcadores tumorales son de utilidad en el seguimiento y diagnóstico, evaluar la respuesta del paciente al tratamiento, determinar el pronóstico y llevar seguimiento para la detección de recidivas, sin embargo una de las mayores desventajas es que pueden elevarse en pacientes con patologías benignas, no se elevan en estadios tempranos y muchos no son específicos de un tipo de cáncer.

El Antígeno Carcinoembrionario y Ca 15-3 son útiles solo en la evaluación de la respuesta al tratamiento y monitorizar recidivas.

Los receptores hormonales son un tipo de marcador tumoral cuya expresión en el tumor nos permite clarificar el pronóstico de la neoplasia.

El factor de crecimiento epidérmico Humano HER-2 son genes comprometidos con el crecimiento y proliferación celular el producto de estos genes es un receptor

Glicoprotéico cuyas formas mutadas promueven la formación neoplásica un 25-30% de todos los cánceres de mama expresan este gen presentando un mal pronóstico y alto riesgo de recurrencia.⁽⁶⁾

Conservar la glándula mamaria se considera uno de los objetivos importantes en el tratamiento del cáncer de mama, la relación entre el tamaño y localización tumoral muchas veces impide la cirugía conservadora muchas de las veces requiriendo una cirugía radical lo que empobrece la calidad de la sobrevida asociar técnicas de mamoplastía reductiva a la resección oncológica ha permitido aumentar la resección disminuyendo las cirugías radicales o previniendo deformidades secundarias.⁽⁵⁾

La tendencia actual del incremento de esta neoplasia en mujeres jóvenes es un comportamiento mundial, teniendo un comportamiento agresivo en mujeres menores de 40 años, debido al comportamiento biológico del tumor, mayor daño ganglionar y estado de los receptores hormonales, con predominio de etapas clínicas estadio III confiere dificultad en el diagnóstico por la alta densidad mamaria que es uno de los factores que dificulta el tamizaje en este grupo de pacientes en este grupo de pacientes aún continúa realizándose cirugía radical, seguida de la cirugía conservadora no recomendable en este grupo de pacientes.⁽⁸⁾

En el inicio de este nuevo siglo el diagnóstico temprano de la enfermedad permite que un grupo importante de mujeres pueda ser intervenido con técnicas mínimamente invasivas, en la mayoría de los casos con procedimientos de tipo ambulatorio que les permite conservar parcialmente la glándula mamaria con el conocimiento del estado ganglionar e incorporarse a sus actividades laborales en el menor tiempo posible. Sin embargo esta nueva tendencia aún no es aceptable como medida terapéutica en todos los grupos de pacientes. Este tipo de intervenciones conservadoras tiene dos objetivos principales control local de la enfermedad y resultados estéticos satisfactorios. Hay ciertos factores que afectan de forma importante el resultado estético satisfactorio, entre los que podemos encontrar extirpación mayor del 20% del volumen mamario, resección de los cuadrantes inferiores y efectos de la radioterapia. Hasta el 30% de las pacientes

sometidas a procedimientos conservadores presentan defectos residuales caracterizados por asimetría y deformidad mamaria.⁽⁹⁾

La cirugía conservadora integra 4 elementos indispensables en su ejecución:

- 1.-Técnica oncológica apropiada para la extirpación y control del tumor
- 2.-Remodelación Inmediata del Defecto.
- 3.-Reposición del complejo areola-pezones
- 4.-Corrección de la asimetría en la mama contralateral.

La selección de la técnica conservadora dependerá de la localización del tumor y características concretas de la mama.

La cirugía conservadora asociada a los tratamientos complementarios, radioterapia, quimioterapia, en estadios I y II, constituyen una buena opción de tratamiento con resultados de supervivencia aceptables y con una mejor calidad de vida, la presencia de ganglios axilares metastásicos constituye un importante factor pronóstico en la determinación del tipo de quimioterapia, no siendo así en el manejo complementario de radioterapia que constituye un componente obligatorio en esta técnica cabe mencionar que esta terminología de cirugía conservadora aporta un tratamiento oncológico completo, y debe individualizarse cada caso valorando los factores pronósticos constituidos por la estirpe histológica, número de ganglios, tamaño del tumor, receptores hormonales etc. El seguimiento adecuado en este grupo de pacientes permite la cirugía radical de rescate.⁽¹⁰⁾

Un aspecto importante en el seguimiento es la detección de recidivas o detección de nuevos cánceres primarios, teniendo como criterio que las verdaderas recidivas se encuentran localizadas dentro de los 3 cm del tumor primario correspondiendo al mismo patrón histológico los nuevos cánceres diagnosticados confieren un mejor comportamiento al manejo médico, las recurrencias se presentan en un 75 a 90% en la misma área de escisión.⁽¹¹⁾

En la actualidad la tendencia actual es realizar manejo conservador en pacientes seleccionadas que cumplan los requisitos para este manejo, constituyendo una aportación en el arsenal del manejo oncológico, permitiendo la conservación mamaria, óptimo manejo oncológico y un resultado estético adecuado, por lo que este estudio prospectivo determina los resultados de la cirugía conservadora del cáncer de mama en pacientes del servicio de oncología ginecológica con variables seleccionadas en un periodo de seguimiento a 5 años.

Planteamiento del problema

La cirugía conservadora en el cáncer de mama, ha tomado auge importante en los últimos años, ya que se considera el procedimiento de elección en estadios iniciales con tumor pequeño, ya que es una técnica la cual no causa mutilación de un órgano como lo es la mama con las consecuencias psicológicas y estéticas que esto conlleva, así mismo se ha observado que no existe diferencia en cuanto a la supervivencia a largo plazo en comparación con otro tipo de técnicas más agresivas

Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es el comportamiento de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama tratadas con cirugía conservadora y los principales factores de riesgo asociados?

Justificación

La cirugía de cáncer de mama es una cirugía demasiado frecuente en nuestro hospital, de las cuales un porcentaje muy bajo de estas son de manera conservadora sin embargo se desconocen los principales factores de riesgo relacionados en nuestro medio, así como su curso clínico posterior a este tipo de cirugía y su evolución a lo largo de los años.

Por tal motivo se llevó a cabo dicho estudio de investigación, ya que con él nos fue posible identificar el comportamiento de las pacientes tratadas con cirugía conservadora así como su evolución y curso clínico posterior.

Objetivo

General

Determinar los resultados de la cirugía conservadora del cáncer de mama según variables seleccionadas en el período de seguimiento a 5 años

Específicos

- Cuáles son los principales factores de riesgo asociados al cáncer de mama.
- Cuál es la sobrevida de las pacientes sometidas a cirugía conservadora de cáncer de mama.

Material y Métodos

El estudio se realizó en la UMAE HGO No. 3 “Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” Centro Médico Nacional La Raza, llevando a cabo un estudio retrospectivo longitudinal a mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama a las que se les realizó cirugía conservadora durante el año 2008, que cumplieron con los criterios de inclusión y se describió su evolución a 5 años de seguimiento. El análisis estadístico se llevó a cabo al término de la recolección de datos mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, utilizando estadística descriptiva, porcentajes y promedios.

Lugar

El estudio se realizó en el Hospital de Ginecoobstetricia 3, del Centro Médico Nacional La Raza

Diseño

Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo.

Población

Pacientes del género femenino las cuales se hayan sometido a cirugía conservadora de cáncer de mama en el año 2008 en el HGO No 3 La Raza.

Criterios de inclusión

Todas las pacientes que hayan sido sometidas a cirugía conservadora de cáncer de mama en el año del 2008 y que hayan llevado seguimiento en este hospital.

Criterios de exclusión

- Pacientes que fueron sometidas a cirugía radical de mama.
- Pacientes que no tuvieron seguimiento en nuestro hospital.
- Pacientes con enfermedades intercurrentes descompensadas que contraindicaran cualquier tratamiento oncoespecífico.
- Pacientes que abandonaron el tratamiento oncoespecífico.

Criterios de eliminación

No existen

Tamaño de la muestra y técnica de muestreo

Se conformó por la totalidad de pacientes sometidas a cirugía conservadora de cáncer de mama en el transcurso del año 2008 y que cumplieron los criterios de selección.

Variables de estudio

EDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta un momento dado.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Edad que informó la paciente a la fecha de la cirugía, en años cumplidos.

TIPO DE VARIABLE: Cuantitativa

ESCALA: Discreta

UNIDAD DE MEDICIÓN: Años

TABAQUISMO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: antecedente de tabaquismo positivo previo a diagnóstico de cáncer de mama

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA: nominal

UNIDAD DE MEDICIÓN: positivo, negativo

MENARCA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: aparición de la primera menstruación

DEFINICIÓN OPERACIONAL: edad que refiere la paciente al inicio de la menstruación

TIPO DE VARIABLE: cuantitativa

ESCALA: discreta

UNIDAD DE MEDICIÓN: edad

MENOPAUSIA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: etapa en la vida de la mujer que marca el final de la vida reproductiva, llegando en forma mas objetiva a la ausencia de la menstruación después de 12 meses

DEFINICIÓN OPERACIONAL: edad que refiere la paciente de su ultima menstruación

TIPO DE VARIABLE: cuantitativa

ESCALA: discreta

UNIDAD DE MEDICIÓN: edad

PARIDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor a 500gr.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: número de embarazos llegados a término, o de hijos nacidos vivos que haya tenido la paciente

TIPO DE VARIABLE: cuantitativa

ESCALA: discreta

UNIDAD DE MEDICIÓN: número de hijos

LACTANCIA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: alimentación al seno materno que se brinda a un recién nacido directamente de su madre biológica.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: antecedente de haber lactado a un hijo independientemente del tiempo de esta

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA: nominal

UNIDAD DE MEDICIÓN: positivo, negativo

USO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: administración de hormonas exógenas con fines de anticoncepción en un periodo determinado

DEFINICIÓN OPERACIONAL: antecedente de utilización de hormonales orales o parenterales con fines de anticoncepción

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA: nominal

UNIDAD DE MEDICIÓN: positivo, negativo

COMORBILIDADES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: situación que se presenta previa al momento de la cirugía y que complica el estado de salud.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: conjunto de patologías las cuales presenta la mujer de forma crónica que incrementan su morbi-mortalidad.

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa.

ESCALA: Nominal.

UNIDAD DE MEDICIÓN: hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, Nefropatías, Enfermedades hematológicas, estados con inmunocompromiso y que algunas pacientes secundario a su comorbilidad usen anticoagulantes o medicamentos inmunosupresores previo al evento quirúrgico.

ANTECEDENTES FAMILIARES

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos relacionados con cáncer de mama.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: familiar de primera línea que haya sido diagnosticado con cáncer de mama

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA: nominal

UNIDAD DE MEDICIÓN: positivo, negativo

RECAIDA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: reaparición del cáncer ya sea en la mama operada, en la cicatriz operatoria o en la piel que recubre la parrilla costal o incluso a distancia en cualquier órgano del cuerpo humano después de realizada la cirugía.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: presencia de reaparición de la enfermedad posterior a evento quirúrgico ya sea local o a distancia demostrado por patología o estudios de imagen

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA: nominal

UNIDAD DE MEDICIÓN: positivo, negativo

QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Uso de un tratamiento sistémico después de que un tumor maligno primario sea controlado localmente por algún método quirúrgico.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: tratamiento con quimioterapia administrado posterior a la cirugía conservadora de cáncer de mama

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA: nominal

UNIDAD DE MEDICIÓN: positivo, negativo

RADIOTERAPIA ADYUVANTE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: empleo de radiaciones ionizantes dirigidas posteriormente después de que un tumor maligno primario a ser controlado localmente por algún método quirúrgico.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: tratamiento con radioterapia administrado posterior a la cirugía conservadora de cáncer de mama

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA: nominal

UNIDAD DE MEDICIÓN: positivo, negativo

ESTIRPE HISTOLOGICA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: denominación patológica para un tipo de tejido o células en específico, en base a sus características microscópicas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: tipo de células malignas reportado por patología en base a hallazgos microscópicos

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA: nominal

UNIDAD DE MEDICIÓN: carcinoma ductal infiltrante, carcinoma lobulillar infiltrante, adenocarcinoma ductal infiltrante, adenocarcinoma ductal infiltrante, carcinoma ductal in situ, carcinoma lobulillar in situ, carcinoma tubulolobulillar

SORBEVIDA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Porcentaje de personas en un estudio o grupo de tratamiento que todavía están vivas durante un determinado período después del diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad como el cáncer.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: pacientes las cuales aún continúan con vida después de 5 años posterior al diagnóstico de cáncer de mama.

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

ESCALA: nominal

UNIDAD DE MEDICIÓN: vive, no vive

Aspectos Éticos

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

El presente estudio de investigación se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo, por lo que no es indispensable un consentimiento informado para la realización del mismo ya que no involucra sujetos de investigación como en un diseño experimental, siguiendo los lineamientos del investigador de acuerdo a la Ley General de Salud en su título sexto, artículos 116, 117, 118, 119, y 120.

Descripción del Estudio

Se realizó el estudio en el HGO 3, se recolectó a todas las pacientes sometidas a cirugía por cáncer de mama en el año 2008, de las cuales se seleccionaron únicamente aquellas pacientes que fueron sometidas a cirugía conservadora de las cuales se obtuvo nombre completo y número de seguro social, posteriormente se realizó búsqueda en expedientes clínicos para determinar diferente tipo de variables como son la edad, antecedente de tabaquismo, edad de menarca, edad de menopausia, gestaciones, uso de anticonceptivos hormonales, antecedentes de cáncer de mama familiar, estirpe histológica, localización y tamaño de tumor, tratamiento posterior como quimio o radioterapia, presencia de recurrencia de la enfermedad y si la paciente aún seguía con vida. Habiéndose realizado la recolección de datos se realizó análisis estadístico mediante distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, utilizando estadística descriptiva, porcentajes y promedios.

Recursos

Se contó con recursos humanos, un médico residente responsable de la recolección de datos, un médico supervisor, material físico como hojas, plumas, computadora, dicho estudio no necesitó de financiamiento adicional ya que la institución nos brindó la infraestructura necesaria para su realización, los gastos que se generaron en el estudio corrieron a cargo de los investigadores.

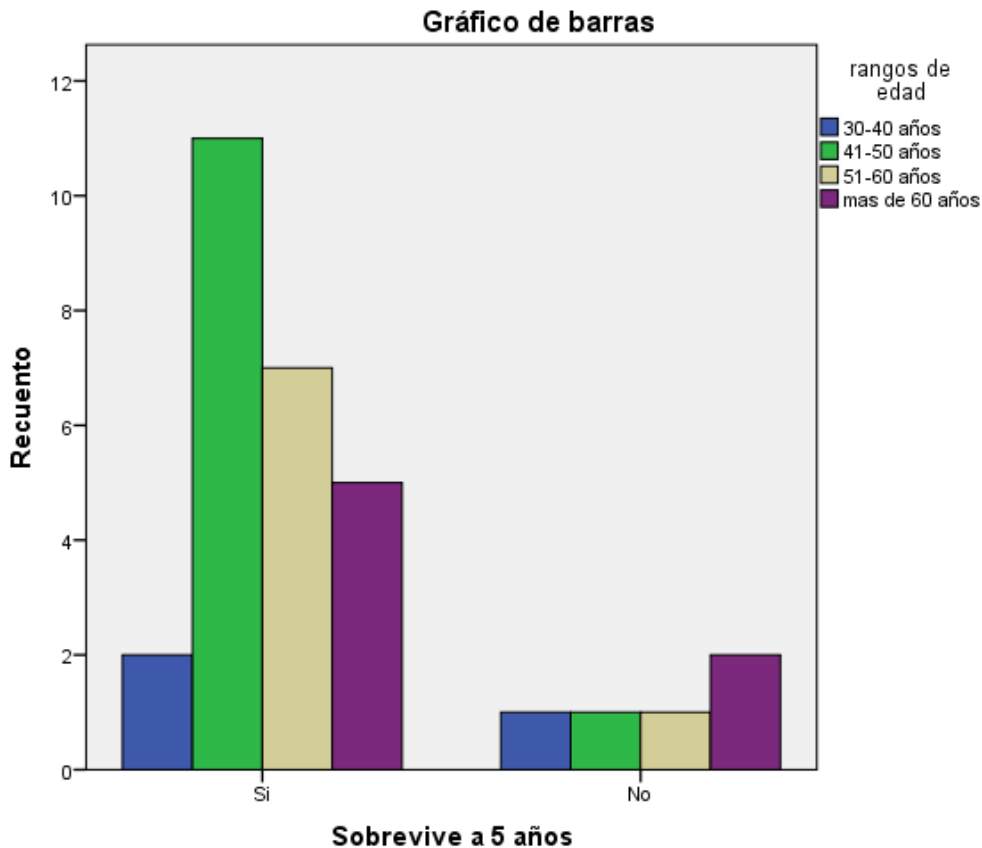
Resultados

En el periodo establecido de un año se realizaron 40 cirugías conservadoras de mama de las cuales 30 cumplían los criterios de inclusión. La edad media de las pacientes fue de 53.6 años (DE± 12.6) la media de la menarca fue de 13.2 años, la edad media de las pacientes que presentaron menopausia fue 47 años (tabla 1). Por rangos de edad se presentó en un 10 % en pacientes de 30-40 años, 40% en pacientes de 41-50 años, un 26.7% en 51-60 años y 23.3% en pacientes mayores de 60 años. (grafica 1).

Tabla 1. Características Demográficas

N		EDAD	MENARCA	MENOPAUSIA	PARIDAD
Media	Válido	30	30	22	30
	Perdidos	0	0	8	0
Mediana		53,60	13,27	47,05	3,07
Moda		50,50	13,00	47,50	2,00
Desviación estándar		12.6	2.2	2.8	2.2

Grafica 1.



De los factores de riesgo de la población general el 43% tenía antecedente de algún tipo de cáncer en la familia, el tabaquismo en el 27% fue positivo, la lactancia por mas de 6 meses fue positiva en 100% de la pacientes, solo un 23% usó terapia hormonal, el 13.3 % tuvo una menarca temprana y el 3% una menopausia tardía, ninguna de las pacientes fue nulípara (1-2 hijos el 53.3% y mas de 2 hijos el 46.7%), el 60% de la pacientes en el momento del diagnostico presentaba ya una enfermedad crónica (con mas prevalencia hipertensión y diabetes).

Con respecto a las características del tumor el tipo histológico con mayor prevalencia fue el carcinoma ductal infiltrante en un 60% seguido del lobulillar infiltrante en un 30% (ver gráfica 2), la mama derecha presentó afectación en 53.3% y la mama izquierda en un 46.7%. En el 40% de las pacientes se corroboró la presencia de ganglios positivos. El tamaño y la localización más frecuente fue 1.1-2.9cm y el cuadrante superior externo respectivamente (ver tabla 2 y 3).

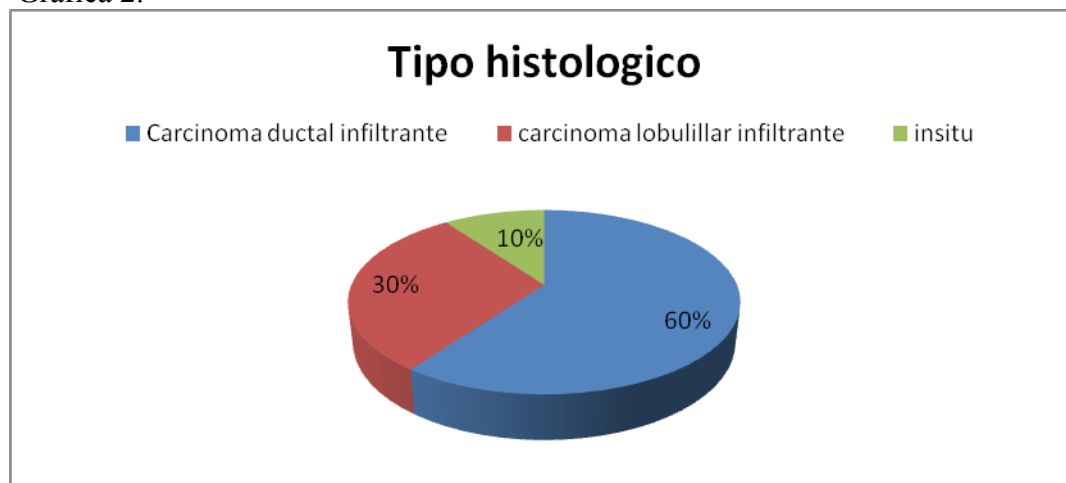
Tabla 2 Tamaño del tumor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Menor o igual a 1 cm	2	6,7	6,7
De 1.1 a 2.9 cm	17	56,7	56,7
Mayor de 3 cm	11	36,7	36,7
Total	30	100,0	100,0

Tabla 3 Localización del tumor en la mama

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Cuadrante superior externo	16	53,3	53,3
Cuadrante inferior externo	6	20,0	20,0
Cuadrante superior interno	8	26,7	26,7
Total	30	100,0	100,0

Grafica 2.



La sobrevivida a los 5 años posteriores a la cirugía fue de 83%. Del total de la población estudiada el 70% recibió quimioterapia adyuvante (QT), 73.3% recibió radioterapia adyuvante y un 33.3% presentó algún tipo de recurrencia.

En la tabla 4 se exponen el porcentaje de sobrevivida por rango de edad y se observa también que del total de las defunciones un 40% es en pacientes mayores de 60 años.

Tabla 4 Sobrevivida a 5 años por rangos de edad

			rangos de edad				Total
			30-40 años	41-50 años	51-60 años	> 60 años	
Sobrevive a 5 años	Si	Recuento	2	11	7	5	25
		% dentro de Sobrevive a 5 años	8,0%	44,0%	28,0%	20,0%	100,0%
	No	Recuento	1	1	1	2	5
		% dentro de Sobrevive a 5 años	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	100,0%

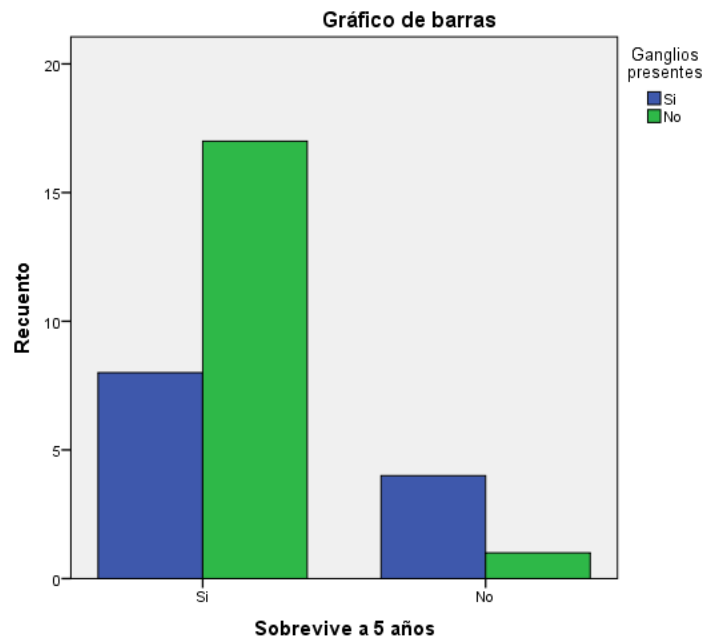
Se realizó análisis estadístico con chi-cuadrada con respecto a la sobrevida y las diferentes variables estudiadas. Se encuentra que la recurrencia de la enfermedad fue significativamente estadística ($p < 0.05$) y se asoció desfavorablemente con la sobrevida. Otro factor desfavorable que es significativamente estadístico es la presencia de ganglios positivos con RR de 1.2 con un IC 95%. (ver tabla 5 y gráficos 3-4)

Tabla 5. Pacientes con cirugía conservadora de mama y su relación con las diferentes variables

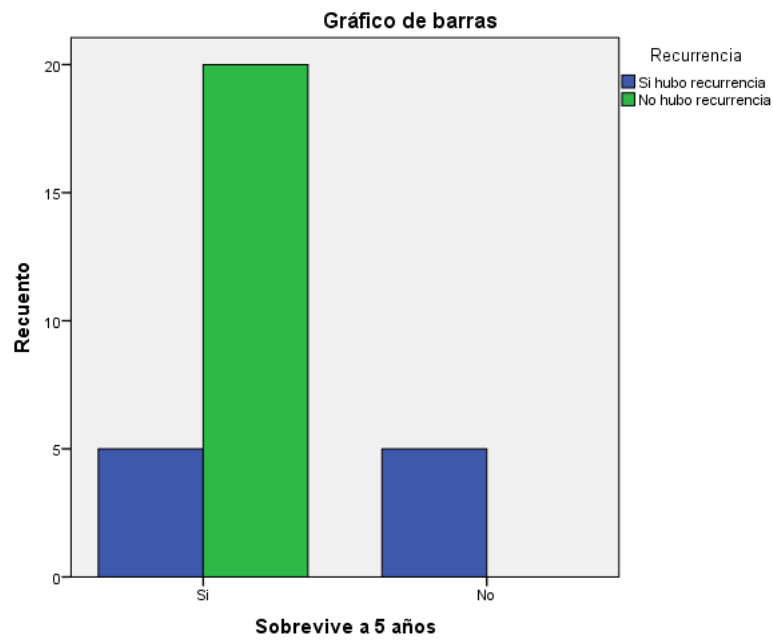
	% Sobrevivientes	% Finados	valor de p
Tabaquismo	23	3,3	0,71
Menarca temprana	16	3,3	0,63
Menopausia tardía	3,3	0	0,64
Multiparidad	40	6,7	0,74
Uso de hormonales	23	0	0,17
Presencia de enfermedades crónicas	50	10	1,1
Antecedentes familiares de Cáncer	33	10	0,41
carcinoma Ductal infiltrante	46,7	13,3	0,54
Ganglios positivos	26,7	13,3	0,04
Recibió QT	53	16,7	0,1
Recibió RT	56,7	16,7	0,14
Algún tipo de recurrencia	16,7	16,7	0,001

$p < 0.05$ estadísticamente significativa.

Grafica 3



Grafica 4.



DISCUSIÓN

La cirugía de mama conservadora se ha consolidado como un procedimiento válido en el tratamiento de un grupo de pacientes seleccionados ya que permite lograr un control local satisfactorio, con una menor mutilación sin modificar la supervivencia ni índice de metástasis a distancia. La supervivencia a 5 años va de 75 a 86%.

En nuestro Hospital de Ginecología y obstetricia No.3 en el servicio de onco-ginecología se encontró el porcentaje de supervivencia de la cirugía conservadora de mama muy cercano a lo reportado llegando hasta un 83%. En los estudios multicentricos la supervivencia para mayores de 70 años de edad es igual a la de mujeres de 40 a 70 años. En nuestro estudio se reporto que la mortalidad era la misma en los rangos de edad de 30-60 años pero aumentaba al doble el las pacientes mayores de 60 años, esto se puede explicar por que el mayor numero de pacientes diagnosticadas de cáncer de mama que son candidatas para cirugía conservadora se encontraban en una media de edad de 53 años lo que hace que aumenten las complicaciones y recurrencias pasando dicha edad.

Existen múltiples factores de riesgo que se han estudiado y se ha comprobado su relación con el cáncer de mama, en nuestras pacientes la sobrevida no tuvo relación significativa ni con el tabaquismo, la lactancia, la menarquía temprana, la menopausia tardía ni los antecedentes de cáncer en la familia.

Los análisis de múltiples variables han demostrado que la herramienta más importante para determinar el pronóstico es el compromiso de los ganglios linfáticos. En nuestro estudio observamos que dos factores tienen una significancia estadística para la sobrevida y uno de ellos es el compromiso de ganglios (positivos) y el otro la presencia de recurrencia de la enfermedad.

Aunque las características del tumor en nuestro estudio no tuvieron significancia estadística cabe hacer mención de los hallazgos encontrados en las pacientes que fallecieron (16.7 %) el tipo mas frecuente de tumor que presentó fue el carcinoma ductal infiltrante en un 80%, el tamaño en un 60% fue de 1-3cm y en un 40% mayores de 3cm, la mama derecha y el cuadrante superior externo fueron los mas afectado ambos en un 80%, también 80% de las pacientes tenían ganglios positivos, el 100% recibió QT y RT adyuvante y también presento en ese porcentaje recurrencia de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

- La sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer de mama que fueron tratadas con cirugía conservadora en el Hospital de Ginecología y obstetricia No 3 CMN La Raza fue del 83%.
- Los factores de mal pronóstico que afectaron significativamente la sobrevida fueron la presencia de ganglios positivos y que la paciente presente alguna recurrencia de la enfermedad.

Conocer estos factores es de vital importancia ya que el alto porcentaje de sobrevida con la cirugía conservadora de mama da una nueva tendencia a ofrecer a la paciente una cirugía con menos repercusiones tanto postquirúrgicas como psicológicas y que no repercute en la morbi-mortalidad. Por otra parte reconocer y buscar los factores que tienen significancia estadística sobre la sobrevida de la paciente abrirá la base para estudios y tratamientos más dirigidos, por lo que es conveniente continuar con esta línea de investigación e incluir un mayor número de pacientes ya que en este estudio el tamaño de la muestra fue pequeño.

REFERENCIAS

1. Angarita F, Sergio, Acuña A. Cáncer de Seno: de la Epidemiología al Tratamiento. Univ Méd Bogotá(Colombia), 2008 49 (3): 344-372 jul-Sep .
2. Elias A, Contreras A, Llanque C. Cancer o carcinoma de mama. Revista Paceaña de Medicina Familiar 2008 5(7).
3. Hernández-Durán D, Díaz Mitjans O, Abreu-Vázquez M. Un Análisis de largo Plazo del comportamiento de la cirugía conservadora del cáncer de mama. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia.2012 38(1) 117-133.
4. Huicochea-Castellanos S, Gonzáles-Balboa P, Lourdes-Tovar I, Olarte-Casas M, Vazquez-La Madrid J. Cáncer de mama. Anales de Radiología de México2009 1;117-126.
5. Iglesias-G R, Cabello R, Fontbona T, Baeza R, Dagnino B. Cirugía Oncoplástica de la mama: Como mejorar la resecabilidad en cirugía conservadora asegurando la estética. Revista Chilena de Cirugía2009 61(5) 433-437.
6. Sánchez R, Schnneider E, Martínez G, Fonfach C. Cáncer de mama Modalidades Terapéuticas y Marcadores Tumorales. Cuad. Cir 2008.(22)-55-63
7. Del Val-Gil J. López-Bañeres M, Rebollo-López F. Cáncer de mama y Mastectomía, Estado Actual. Revisión de Conjunto Cir Esp 2001,(69) pp 56-64 .
8. Robles-Castillo J, Ruvalcaba-Limón Eva, Maffuz A Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años. Ginecol-Obstet Mex 2011, 79(8) 482-488.
9. Acea-Nebri B. Cirugía oncoplástica conservadora en el cáncer de mama. Indicaciones y Límites en su aplicación quirúrgica. Cir Esp. 2005;78(1):12-8
10. Moreno de Miguel L, Ines Pérez-Brajo I, Sánchez-Varela I, Rodríguez Díaz R. Cirugía conservadora más Radioterapia en el cáncer temprano de mama. Revista Cubana de Oncología 1998; 14(3)143-48.
11. Sarasqueta C, Martínez-Cambor P, Mendiola A, Martínez-Pueyo I, Michelena M, Basterretxea M. Supervivencia Relativa en cáncer de mama, después de la primera recidiva y factores pronóstico asociado. Med Clin 2009;133(13): 489.495.