

210

R/INDIZ

M.F.D.
tesis
M773 MFN= 890
2003



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
ESCUELA DE GRADUADOS – RESIDENCIA MÉDICA
CAJA NACIONAL DE SALUD**

**EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN
EL CÁNCER DE MAMA
CON SEGUIMIENTO DE 2 A 5 AÑOS
EN EL HOSPITAL OBRERO N°2
CAJA NACIONAL DE SALUD
COCHABAMBA**

TUTOR : Dr. Alberto Requena U.
ALUMNO : Rodrigo A. Montecinos Z.
FECHA : Febrero 2003

Cochabamba – Bolivia

#23

EXPERIENCIA QUIRURGICA EN EL CANCER DE MAMA CON SEGUIMIENTO
DE LA 5 AÑOS EN EL HOSPITAL OBRE Nº 2 – CAJA NACIONAL DE SALUD
COCHABAMBA.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
3. OBJETIVOS	23
3.1. Objetivo General	23
3.2. Objetivos Específicos	23
4. MARCO METODOLÓGICO	24
4.1. Universo	24
4.2. Muestra	24
4.3. Tipo de Estudio	24
4.4. Fuente de Información	24
5. VARIABLES	24
5.1. Variables Dependientes	24
5.2. Variables Independientes	24
6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL ESTUDIO	25
7. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN AL ESTUDIO	25
8. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	25
9. CONTROL	25
10. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	26
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
12. BIBLIOGRAFÍA	53
13. ANEXOS – GRÁFICAS	54

**EXPERIENCIA QUIRURGICA EN EL CANCER DE MAMA CON SEGUIMIENTO
DE 2 A 5 AÑOS EN EL HOSPITAL OBRERO N° 2 – CAJA NACIONAL DE SALUD**

COCHABAMBA.

INTRODUCCION.-

El Cáncer de Mama se encuentra como una patología de importancia en el ámbito de la salud, descrita desde tiempos inmemorables. Siendo la primera en ser reconocida históricamente y presentando una elevada tasa de mortalidad en los países desarrollados.

Su presentación la cual determina desde un problema de salud hasta de compromiso estético y vida de los pacientes que se encuentran afectados. Citada en varios países del mundo como el principal tumor de presentación, en su estadística, encontrándose en el nuestro en el segundo lugar de neoplasias, después del Cáncer de Cervix. El cáncer de mama determina un problema importante más aun su pronóstico el cual se encuentra favorecido por el hecho que mediante la detección precoz mediante la educación de todas la mujeres, en la realización del auto examen de mama, el control periódico y el empleo de técnicas de diagnóstico como ser la mamografía, la punción con aguja fina, permitiendo una detección temprana de la patología en una etapa inicial favoreciendo el pronóstico, sumado esto a un manejo quirúrgico adecuado y al factor de que se emplea mejores técnicas conservadoras, lo que determina una equivalencia con la cirugías radicales además del empleo de terapia adyuvante pos quirúrgica como ser la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia, determinando un incremento en la sobrevida adecuada y optima para las paciente.

El presente trabajo pretende mostrar la incidencia del Cáncer de Mama en los pacientes asegurados en la Caja Nacional de Salud, de Cochabamba en el Hospital Obrero N°2 , los métodos diagnósticos utilizados, el manejo quirúrgico empleado la terapia adyuvante valorando su influencia en el pronóstico.

MARCO TEORICO. -

El conocimiento de la anatomía de la glándula mamaria y la embriología es fundamental no solo para realizar la cirugía sino también para planear distintos tipos de terapias, los lugares de recurrencia local de la enfermedad y evaluar los diferentes procedimientos quirúrgicos en los ensayos terapéuticos.

Desde el punto de vista embriológico, la mama humana se desarrolla a partir de la denominada línea de leche, que se extiende desde el pubis hasta la axila, en las primeras fases de la vida fetal. Al final del primer trimestre la línea de leche se atrofia deja sólo su porción pectoral, que continua engrosándose hasta formar el primordio del pezón. Después toda la glándula se forma como órgano derivado de la dermis, situado el tejido subcutáneo, es un proceso similar al desarrollo de las glándulas sudoríparas. El sistema de conductos se desarrolla a partir del primordio del pezón por la invasión y el crecimiento interno de las células ectodérmicas primitivas de la superficie del pezón. El parénquima de la mama madura se encuentra acojinado por la grasa existente entre la fascia (aponeurosis) pectoral superficial. Entre la capa profunda de la fascia superficial y el revestimiento fascial del pectoral mayor, la mama yace en una delgada capa de tejido areolar laxo, el espacio retromamario, conductos linfáticos y vasos sanguíneos pequeños. Por dentro del músculo pectoral mayor, el pectoral menor está envuelto en la fascia clavipectoral, que lo reviste y se extiende hacia la parte lateral para fusionarse con la fascia axilar. Dentro de la grasa areolar laxa de la axila, se encuentra un número variable de ganglios linfáticos agrupados en tres niveles: Nivel I los que se encuentran en las venas mamaria externa, escapular y axilar así como los grupos axilares ventrales, que yacen en el plano lateral respecto al borde externo del músculo pectoral menor. Los ganglios del nivel II corresponden al grupo axilar central y se encuentran bajo el músculo pectoral menor, Los del nivel III son los que se encuentran debajo del músculo pectoral menor e incluyen los ganglios subclaviculares mediales respecto al músculo pectoral menor. El vértice de la axila se encuentra dividido por el ligamento de Halsted, punto por el que la vena axilar pasa hacia el tórax para convertirse en vena subclavia. Los ganglios linfáticos situados en el espacio entre los músculos pectorales reciben en conjunto el nombre de grupo interpectoral o ganglios de Rotter. El drenaje linfático de la mama es abundante el conocimiento de las diferentes vías permite identificar sitios que con frecuencia contiene metástasis de origen

linfático, Los linfáticos de la mama siguen vías centrifugas desde el plexo subareolar a lo largo de los conductos galactoforos mayores y luego por la venas eferentes para drenar por los lechos ganglionares.

Es importante conocer las estructuras nerviosas de la axila, en el lado medial de la axila, cerca de la pared torácica pasa el nervio del serrato mayor o nervio respiratorio externo de Bell, que inerva el músculo que lleva su nombre. El nervio del dorsal ancho, en el borde externo de la axila, este nace del cordón externo del plexo braquial y entra en el espacio axilar bajo la vena axilar, cerca del sitio donde entra el nervio del serrato mayor y luego atraviesa la axila para pasar a la superficie interna del músculo dorsal ancho. Por último el nervio toracodorsal que se encuentra entre los grupos axilares.

La mama consta de tres grupos de tejidos: epitelio, estroma fibroso, estructuras de soporte así como la grasa, Las cantidades de los mismos varia de acuerdo con la edad, en la juventud los predominantes son el epitelio y estroma, los cuales son reemplazados por grasa en las mujeres mayores. Existen tiras de tejido conectivo denso provenientes de la piel suprayacente y dirigidas hacia la fascia profunda subyacente, la cual da forma y mantiene vertical, estas tiras se denominan ligamentos de Cooper, los que se encuentran clavados a la piel por lo que cualquier distorsión suele producir una deformidad. El sistema glandular de la mama consta de un sistema ramificado de conductos que están organizados en forma radial y que desde el complejo pezón-areola se dispersan hacia fuera y hacia adentro. Estos conductos se denominan galactoforos. En la parte más alta del sistema de conductos subareolares se ensanchan para formar los senos galactoforos los cuales salen por 15 a 20 orificios del pezón, estos se encuentran revestidos por un epitelio columnar bajo o cuboidal que se une al epitelio escamoso de la superficie del pezón. Los conductos terminales desembocan en racimos de espacios denominados conductos terminales o ácinos. Son las glándulas que producen lecho durante la lactancia y junto con sus pequeños conductos eferentes, se denominan unidades lobulillares o lóbulos. El epitelio luminal, todo el sistema de conductillos está rodeado por células mioepiteliales especializadas que se originan en el epitelio de los conductillos los cuales tiene propiedades contráctiles y sirven para impulsar la leche. Fuera del as capas epiteliales y mioepiteliales, los conductos de la mama están rodeados por una membrana basal continua que contiene colágena tipo IV y proteoglicano. La capa de la membrana basal es muy importante para diferenciar el carcinoma in situ del invasor.

Autor: RODRIGO ANTONIO MONTECINOS Z.

La patología mamaria maligna se encuentra entre las tres primeras neoplasias más frecuentes en nuestra población femenina, seguida por la patología de Cervix y de tiroides la edad de presentación esta por encima de los cuarenta años con un promedio de 50.4 años donde la mayor incidencia esta en la población femenina y muy excepcionalmente en el sexo masculino.

El cáncer de mama en el ámbito mundial es más común en mujeres de raza blanca que en la población africana ó asiática siendo la proporción de cinco por una respectivamente.

La posibilidad de desarrollar cáncer mamario en una mujer de 35 años es de 2.5% antes de cumplir los 55 años, y una mujer de 50 años tiene 5% de probabilidad de sufrir cáncer mamario antes de los 75 años.

Entre los factores pronósticos más importantes que potencialmente pudieran influir en el tratamiento del cáncer de mama podemos citar al tamaño del tumor, la extensión local, el grado, receptores hormonales y los ganglios axilares.

El estadio del cáncer de mama es esencial en la evaluación de tumor y en la determinación del tipo de tratamiento a seguir, siendo también un factor importante en cuanto al pronóstico de supervivencia. El cáncer de mama se clasifica sobre la base de la extensión anatómica de la lesión en cuatro estadios que son designados como I, II, III, y IV en orden ascendente de gravedad y es conocido como el sistema TNM de estadiaje.

La transmisión genética, contribuye en un 5% en la aparición del cáncer pero quizás explique un 25% de los casos presentados en mujeres menores de treinta años.

La mujer en cuya familia existan antecedentes de cáncer de seno corre un alto riesgo de desarrollar cáncer de mama. Se estima que un 5 y 10% de todas las mujeres con cáncer de mama pueden tener mutaciones en las células de la línea germinal.

Autor: RODRIGO ANTONIO MONTECINOS Z.

En 1988 un grupo dirigido por Mary Claire King brindó pruebas de la transmisión de un gen en familias de alto riesgo. En 1990 se identificó en el brazo largo del cromosoma 17 (17q21) este gen BRCA1 actúa como supresor tumoral o un oncogen recesivo que ejerce regulación negativa en el crecimiento celular o tal vez interviene en el reconocimiento y la reparación del daño genético y la mutación espontánea que inactiva el alelo simple heredado precede a un fenómeno somático que se presenta en las células epiteliales de la mama en riesgo y elimina el alelo BRCA1 remanente.

Se ubicó casi al mismo tiempo en el mapa cromosómico un segundo locus de susceptibilidad en el cromosoma 13, el gen llamado BRCA2 que produce el 30% de los casos de cáncer mamario familiar. Si bien el BRCA1 predispone a cáncer mamario y de ovario en las familias, el BRCA2 parece estar restringido al cáncer de mama, siendo el hombre portador de mutaciones de BRCA2 corre mayor riesgo de tener cáncer de mama.

En conjunto el BRCA1 y BRCA 2 contribuyen con cerca del 75% del cáncer mamario hereditario. Estas mutaciones podrían correr mayor riesgo de desarrollar otros canceres primarios como ser el mas frecuente el cáncer de ovario.

La frecuencia del cáncer de mama con relación a la edad sigue aumentando conforme incrementa el promedio de vida de la población.

El cáncer de mama es raro antes de los 20 años y en mujeres menores de 30 años, por lo general es menos del 2%. A partir de esta edad se incrementa hasta llegar a cifras anuales de más de 300 casos por 100.000.

La edad es quizás el factor de riesgo más importante considerado por los clínicos en la práctica.

La información que en forma voluntaria proporciona la paciente es fundamental y muchas veces adelanta lo que se encontraría en el examen físico. Tener en cuenta la relación del

Autor: RODRIGO ANTONIO MONTECINOS Z.

tamaño con su ciclo menstrual es lo que lleva a sospechar en un trastorno que fue generado por un trauma o por una infección

La paciente refiere secreción sanguinolenta o serosanguinolenta por el pezón en forma espontánea nos indica que esta secreción fue originada por papiloma ductal, traumatismo o proceso maligno son casi exclusivos.

Si bien el cáncer de mama es casi exclusivo del sexo femenino, existen casos reportados de cáncer mamario en el hombre, siendo esta una lesión rara, la literatura reporta que es 100 veces menos frecuentes que en la mujer, cuyo síntoma frecuente es la tumoración mamaria. Su tratamiento es similar al efectuado en la mujer, siendo la mastectomía radical el de elección, el pronóstico que se maneja es similar. Existen tratamientos paliativos como ser la castración, administración de hormonas y citotóxicos o antiestrogénicos.

En cuanto al pronóstico, The American Joint Committee on Cáncer (AJCC) dan una estrategia para agrupar a los pacientes con respecto a su pronóstico, Las decisiones terapéuticas se formulan por las categorías del sistema, pero principalmente por el tamaño del tumor, estado de los ganglios, a los niveles del receptor estrogénico y de progesterona en el tejido tumoral, al estado menopáusico y la salud en general del paciente.

T.N.M.

TUMOR:

Tx: tumor primario no puede ser evaluado.

To: no existe evidencia de tumor primario.

Tis: Carcinoma in situ; carcinoma intraductal, carcinoma lobular in situ o Enfermedad de Paget del pezón sin tumor que lo acompañe.

T1: Tumor de 2 cm o menos en su dimensión mayor.

T1mic: microinvasor de 0.1cm o menos en su mayor dimensión.

T1a: Tumor de 0.5cm o menos.

T1b: Tumor de 0.5cm, pero no más de 1 cm.

T1c: Tumor de más de 1 cm, pero no más de 2 cm.

T2: Tumor de más de 2 cm pero menos de 5 cm en su diámetro máximo

T3: Tumor que mide mas de 5 cm en su máxima dimensión.

T4: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a pie o pared Torácica.

T4a: Extensión a pared torácica.

T4b: Edema de piel (incluso piel de naranja), ulceración de piel del seno, nódulos satélites de la piel limitado al mismo seno.

T4c : ambos T4a y T4b.

T4d: carcinoma inflamatorio.

N: ganglios linfáticos regionales:

Nx: no se pueden evaluar ganglios linfáticos regionales.

No: no hay metástasis regionales en ganglios linfáticos.

N1: metástasis a ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles

N1a: solo micrometástasis (ninguno mayor a 0.2 cm)

N1b: metástasis a ganglios mayor a 0.2 cm.

N1bi: metástasis entre 1 a 3 ganglios cualquiera mayor a 0.2 cm. Y todos menores de 2 cm en su dimensión máxima.

N1bii: metástasis a 4 o mas ganglios cualquiera mayor a

0.2 cm. y todos menores de 2 cm en su diámetro máximo.

N1biii: extensión del tumor mas allá de la cápsula de una Metástasis de ganglio linfático de menos de 2 cm y 80 % de ellos se diagnostican por mamografía En su diámetro máximo.

N1biv: metástasis en un ganglio linfático de 2 cm o más

En su dimensión máxima

N2: metástasis a ganglios linfáticos ipsilaterales unidos entre sí o a otras Estructuras.

N3: metástasis a ganglios linfáticos mamarios internos ipsilaterales.

M: metástasis distante: Este tratamiento da como resultado una tasa combinada de

Mx: no se puede evaluar la existencia de metástasis.

MO: No hay metástasis distantes.
M1: Hay metástasis distantes (incluye metástasis a ganglios Linfáticos supraclaviculares ipsilaterales).

En cuanto a la clasificación de A.J.C.C.:

- ETAPA 0: Tis No Mo
- ETAPA I: T0 No Mo
- ETAPA IIA: T0 NI MO
- ETAPA IIB: T2 NI MO
- ETAPA IIIA: T0 N2 MO
- ETAPA IIIB: T4 Cualquier N MO
- ETAPA IIV: Cualquier T, cualquier N, MI

El carcinoma ductal in situ, es un neoplasma no invasor que surge del epitelio ductal y que puede a veces progresar a cáncer invasor. Pocos se presentan como un masa palpable y 80 % de ellos se diagnostican por mamografía.

Hasta hace poco el tratamiento consistía en la mastectomía cuya justificación se debía a una incidencia de un 30% de enfermedad multicéntrica, 40% de prevalencia del tumor residual en la mastectomía después de la escisión amplia, 50% de incidencia de reaparición en el seno después de hacerse una cirugía limitada para un tumor palpable, siendo la mitad de estas recidivas carcinoma invasor. Este tratamiento da como resultado una tasa combinada de recurrencia local y distante de entre 1 a 2 %.