

CANCER DEL SENO

CONSIDERACIONES CLINICAS, TRATAMIENTO Y RESULTADOS
SOBRE 486 CASOS¹

Por los doctores: **José A. Jácome Valderrama**
Juan Jacobo Muñoz y
Humberto Forero Laverde.

El cáncer del seno es una de las formas clínicas más frecuentes de las afecciones neoplásicas malignas, ocupando entre nosotros el tercer lugar, después del cáncer cutáneo y uterino. Por tal motivo, hemos considerado de importancia realizar un estudio sobre los casos que se han observado durante los últimos siete años, con el fin de que, al enfocar el problema desde un punto de vista nacional, podamos conocer la realidad del problema.

Sin pretender sentar conclusiones definitivas hemos realizado un estudio estadístico y hemos analizado algunos factores que consideramos de importancia, para presentar hechos que ponen de presente un problema de magnitud para nuestra medicina. El lograr despertar entre el cuerpo médico la inquietud del diagnóstico precoz y del examen clínico adecuado sobre los tumores del seno, sería retribución suficiente, pues así habría de salvarse la vida de muchas pacientes.

El seno es un órgano olvidado en el examen médico, bien porque el pudor de médico y paciente impide realizarlo, o porque no se le da importancia a su patología. Por otra parte, un gran número de las enfermas que acuden al Instituto ya han pasado por el consultorio de uno o varios médicos, quienes han despreocupado a la enferma de la afección que presenta o han instituido tratamientos empíricos, haciendo que el tumor progrese y se

¹ Contribución del Instituto Nacional de Cancerología a la II Convención Nacional de Cirujanos.

extienda, perdiéndose un tiempo precioso para la vida de la paciente.

No se justifica que un tumor tan al alcance del examen clínico y tan objetivo en su patología, pase inadvertido al médico, y que la decisión de un tratamiento se tome cuando ya el tumor ha avanzado en forma tal que sus posibilidades de curación son nulas, como sucede en un gran porcentaje de las enfermas que concurren al Instituto.

Un principio de cancerología con relación a la patología del seno debería ser que todo tumor de la glándula mamaria, que no ceda a un tratamiento médico adecuado en un tiempo prudencial, debe ser extirpado y estudiado histológicamente. La sencillez del procedimiento y su simplicidad, la ausencia total de riesgos y la seguridad para el diagnóstico hacen que este procedimiento deba ser sistematizado en cualquier medio.

Aspectos clínicos.

No por el hecho de ser conocido de todos el cuadro clínico del cáncer del seno, queremos dejar pasar esta oportunidad para destacar algunos aspectos clínicos de importancia. El tumor que se presenta en el 98,50% de los casos es generalmente el síntoma inicial que aprecia la enferma y por el cual consulta al médico. No es el tumor redondeado, móvil, limitado, que corresponde a las formas benignas, sino el tumor irregular, mal limitado, que adhiere a los tejidos vecinos. Sin embargo, aun en las manos más experimentadas, es difícil la diferenciación de estos tumores en sus etapas iniciales, y aun cuando han aumentado de tamaño, en algunos casos no se logra establecer su benignidad o malignidad.

El proceso neoplásico ocasiona algunos trastornos anatómicos y fisiológicos en la glándula. Unas veces se adhiere a los tejidos vecinos produciendo retracciones cutáneas y hundimientos de la piel, o se fija a los canales galactóforos occasionando retracción o desviación del pezón, o se adhiere a los músculos o planos profundos, produciendo cierta fijeza e inmovilidad; otras veces existe un proceso de fibrosis que se traduce en modificaciones de la forma, tamaño y altura del seno.

Al bloquearse la circulación linfática, se produce edema en los tejidos, observable clínicamente en ese aspecto típico de la "piel de naranja" tan conocido de todos. Cuando se produce hemorragia en el tumor y éste está comunicado a los canales galac-

tóforos, hay salida de una secreción serosanguinolenta a través del pezón, síntoma que es frecuente también en tumores benignos, como el papiloma intracanicular.

La invasión del tumor hacia los planos superficiales puede alcanzar la piel, con los siguientes fenómenos de edema, congestión, necrosis y ulceración. Cuando en este proceso se comprometen las terminaciones nerviosas, existe dolor, síntoma este muy inconstante y poco frecuente en los procesos malignos del seno.

Para poder descubrir los síntomas arriba mencionados, es indispensable que el examen físico de una enferma se haga con toda minuciosidad y meticulosidad, explorando todas y cada una de sus porciones. La enferma debe observarse y palparse, no solamente en posición decúbito, sino también en posición vertical, para observar las modificaciones y cambios en la altura y tamaño del seno; no solamente inmóvil, sino en acción, haciéndola ejecutar ciertos movimientos, como la flexión hacia adelante, la contracción de los pectorales, el levantamiento de los brazos, que descubren signos de fijeza o adherencia.

Dada la correlación íntima que existe entre el proceso maligno del seno y las áreas linfáticas —particularmente axilares y supraclaviculares—, todo examen de la glándula mamaria debe ser complementado con la exploración de estas regiones. Sospechada la positividad de un proceso neoplásico maligno, deberán hacerse, cuando ella sea posible, exámenes radiológicos complementarios, en particular del sistema óseo y pleuropulmonar, para determinar la posible extensión del tumor.

Con el fin de esquematizar hasta donde sea posible la gravedad de la lesión y valorar las posibilidades de tratamiento y sus resultados, y por consiguiente el pronóstico, se han ideado múltiples clasificaciones de los estudios de esta enfermedad. En el Instituto Nacional de Cancerología hemos seguido la clasificación aceptada por la Liga de las Naciones.

Según ésta, la clasificación se hace en cuatro estados, a saber:

Estado I. El tumor está localizado al seno y no hay evidencia clínica de invasión ganglionar, ni de metástasis.

Estado II. El tumor del seno ha producido invasión a los ganglios axilares y supraclaviculares.

Estado III. El tumor del seno ha producido invasión a los ganglios axilares y supraclaviculares.

Estado IV. El tumor ha dado metástasis a distancia.



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4

Algunos autores consideran que cuando el tumor ha producido ulceración de la piel o adherencia o fijeza a los planos profundos, el tumor está en un estado III o IV.

Como se ve, el fundamento de la clasificación en estados clínicos está basado en la invasión que pueda tener el tumor a distancia, o sean las metástasis. Estas pueden hacerse por vía sanguínea o linfática, siendo estas últimas las más frecuentes, hecho demostrable porque sobre 424 casos estudiados, hubimos de encontrarlos en 357, ya que excluimos 62 casos previamente mastectomizados. La frecuencia de localización de estas metástasis puede observarse en el siguiente cuadro:

Metástasis ganglionares linfáticas:

Axila	325 casos
Supraclaviculares	161 "
Axila opuesta	13 "
Supraclavicular opuesta	5 "
Cervical alto	1 "
Sin precisar	10 "
 Total	 515 casos

Metástasis óseas:

Columna vertebral	8 casos
Pelvis	7 "
Cráneo	4 "
Húmero	1 "
Escápula	1 "
Clavícula	1 "
Esternón	1 "
Sin precisar	9 "
 Total	 32 casos

Pulmones	28 casos
Hígado	10 "
Pleura	8 "
Cerebro	5 "

Como glosa al cuadro anterior, debemos aclarar que con excepción de las metástasis ganglionares linfáticas, consideramos que las cifras de las demás metástasis deben ser mayores, por-

que en la generalidad de los estados IV nos hemos abstenido de hacer exámenes radiográficos complementarios.

Se ha considerado que existen algunos factores que influyen o predisponen al cáncer del seno, y que nosotros hemos hallado en nuestro estudio. Son las mujeres de 30 a 50 años en quienes se presenta con mayor frecuencia, y de ellas el 70.37% corresponde a personas mayores de 40 años. En mujeres menores de 20 años no hemos encontrado ningún caso.

La vida genital de la mujer parece tener cierta relación con la incidencia del cáncer del seno, ya que hemos hallado que un 48.14% corresponde a mujeres menopáusicas, mientras que solamente un 39.50% a mujeres que menstruan. Por otra parte, existe una relación muy interesante entre el número de hijos y la frecuencia de la afección, pues a medida que aumenta el número de ellos, disminuye la incidencia del carcinoma mamario.

Conocidos los factores predisponentes y el aspecto clínico del cáncer del seno, el médico está capacitado para hacer al menos un diagnóstico de presunción, el que deberá ser confirmado o infirmado por un estudio anatomopatológico.

La biopsia debería ser un procedimiento de rutina, y puede hacerse de varias maneras. Un fragmento del tumor se obtiene por punción o por simples medios quirúrgicos, siendo esta última la más indicada y la que mayores seguridades ofrece, porque permite el estudio macroscópico del tumor, las características y su grado de infiltración.

Algunos médicos temen hacer una biopsia, por el temor de extender la lesión a los tejidos vecinos o propagarla a distancia. Existiendo en realidad esta posibilidad, el método ideal de biopsia para los tumores del seno es el que hemos sistematizado en el Instituto Nacional de Cancerología, y que consiste en la biopsia por congelación, constituyendo el primer tiempo de la intervención radical, cuando el resultado es positivo.

Sin embargo, no existiendo en algunos sitios las posibilidades para realizar este método, creemos que se debe correr el riesgo de una posible diseminación ante la seguridad de un diagnóstico.

Otros métodos de examen, como la citología de la secreción del pezón (Papanicolaou), radiografías de seno, etc., no los hemos sistematizado, porque los resultados obtenidos con ellos han sido en extremo deficientes.



FIGURA 5

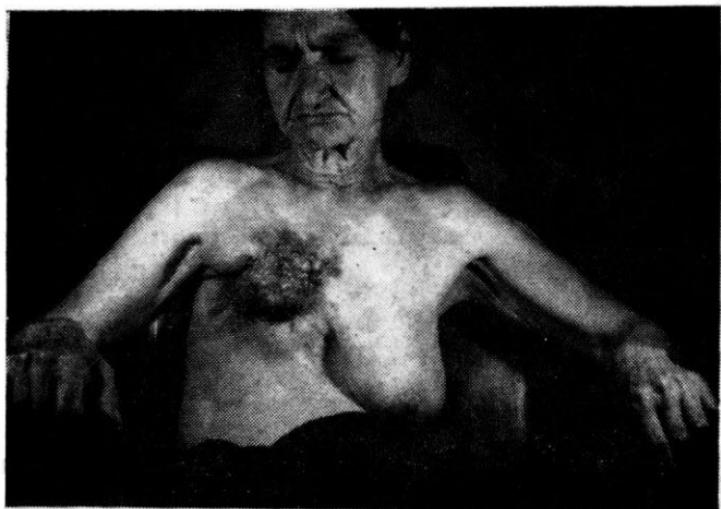


FIGURA 6

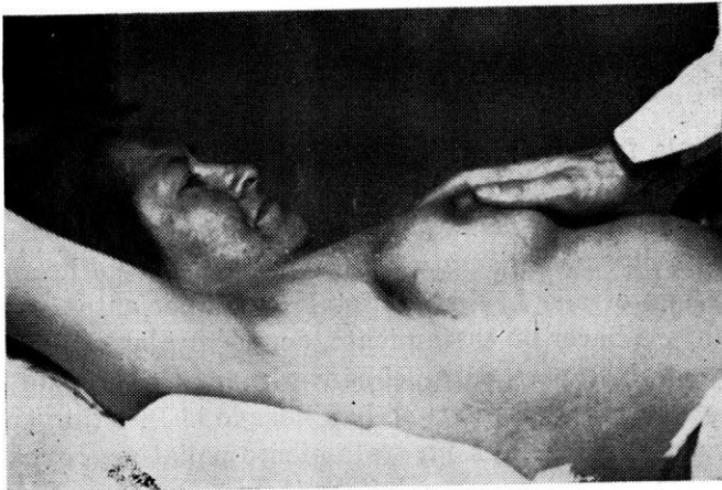


FIGURA 7

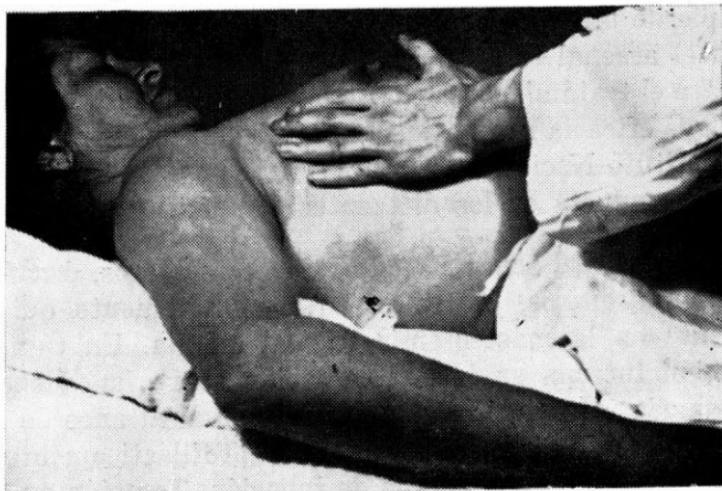


FIGURA 8

Tratamientos.

Por la frecuencia de la lesión, el tratamiento del cáncer del seno constituye hoy día uno de los más grandes problemas terapéuticos. El mismo hecho de que la mayoría de los casos llegan en estado demasiado avanzados, ya que solamente hemos encontrado 63 en estado I sobre un total de 424 pacientes, estado este el ideal para hacer un tratamiento, demuestra las dificultades con que tropezamos para curar el cáncer mamario. Más de la mitad de las pacientes de este grupo han llegado al Instituto en estados que solamente permiten un tratamiento paliativo, cuyos resultados generalmente son muy deficientes.

La demora de estas pacientes en acudir a recibir tratamientos adecuados se debe especialmente a dos factores: el uno de orden personal, y el otro, de orden profesional. Lo primero consiste en el descuido en consultar al médico por una afección que no impide a los pacientes el desarrollo de sus actividades habituales, casi siempre indolora y de evolución lenta, comparativamente con otras enfermedades, unido al pudor mal entendido de muchas de nuestras gentes. Lo segundo es mucho más importante, por cuanto encierran error, omisión o descuido por parte del cuerpo médico, se halla involucrado en un gran número de nuestros casos. Desgraciadamente un crecido número de profesionales tiene todavía una actitud contemplativa con relación a los tumores del seno. Las unturas, los ungüentos y los antibióticos son formulados diariamente para "disolver" estos tumores, mientras la enferma pierde un tiempo precioso.

En el arsenal terapéutico moderno existen medios de gran valor para el tratamiento curativo o paliativo del cáncer del seno; los unos de eficacia reconocida, los otros aún en experimentación. En el Instituto Nacional de Cancerología hemos sistematizado la siguiente conducta en los diferentes estados:

Carcinoma del seno: Estado I. En estos casos, desafortunadamente muy raros, el tratamiento es netamente quirúrgico, consistente en la mastectomía radical amplia. En tumores de localización interna se hace irradiación sobre la cadena linfática mamaria interna, la que por no estar al alcance de los medios corrientes de diagnóstico, debe ser profilácticamente esterilizada, a no conocerse el estado de invasión. También en algunos casos hemos hecho irradiación profiláctica de la fosa supraclavicular correspondiente.

Debe entenderse que este estado I corresponde a aquellos casos en los cuales la anatomía patológica no ha encontrado lesiones metastásicas en la pieza operatoria resecada.

Cáncer del seno: Estado II. Para estos casos hacemos la mastectomía radical y luego tratamiento roentgenoterápico postoperatorio, consistente en irradiación de axila, fosa supraclavicular, tórax y cadena mamaria interna. Estas irradiaciones deben iniciarse tan precozmente como sea posible y a más tardar cuando la herida operatoria haya cicatrizado.

En algunos casos, especialmente en mujeres jóvenes, hay autores que aconsejan la castración radiológica o quirúrgica, previo consentimiento de la enferma y de su cónyuge. Nosotros somos más partidarios de la castración quirúrgica, por considerarla más efectiva.

Cáncer del seno: Estado III. Este tipo de pacientes es tratado por roentgenoterapia amplia. En algunos casos se ha hecho mastectomía radical amplia, asociada a vaciamiento inferior del cuello, seguida de irradiaciones. Para muchos este tratamiento es meramente paliativo, pero los hechos han demostrado que en un reducido número de pacientes se obtienen resultados curativos.

En ocasiones, y como tratamiento previo a la roentgenoterapia amplia, se ha hecho mastectomía simple. En un gran número de estas pacientes hemos complementado el tratamiento con castración, previa aquiescencia de la enferma y su esposo.

Cáncer del seno: Estado IV. La extensión e invasión del tumor en estos casos hace que sean tratados solamente con fines paliativos, si el estado de la enferma lo permite, por medio de roentgenoterapia. La dificultad de controlar el proceso canceroso en distintos sitios hace imposible pensar en un tratamiento curativo.

En todos estos casos se debe hacer castración, si la enferma es premenopáusica. El tratamiento paliativo de elección es la hormonoterapia, que produce regresión de las lesiones y mejoría sintomática en un buen número de casos.

Es de advertirse que las metástasis viscerales poco se benefician las radiaciones con rayos X.



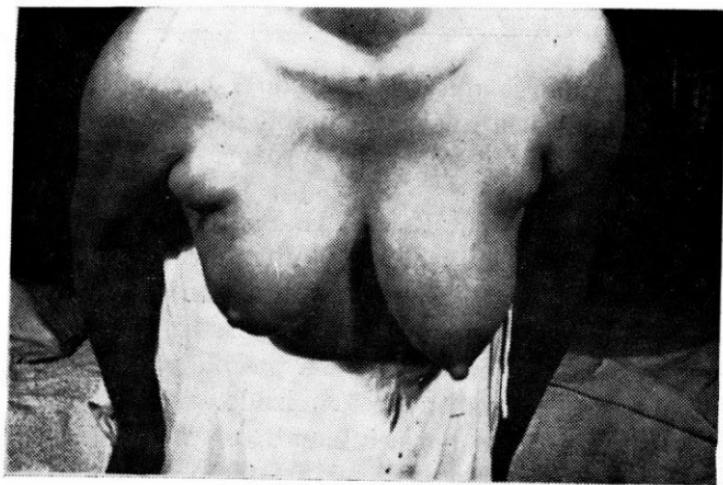


FIGURA 9

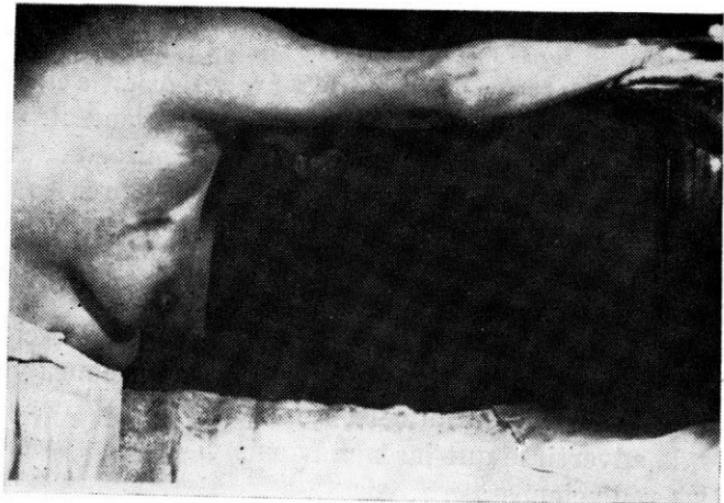


FIGURA 10

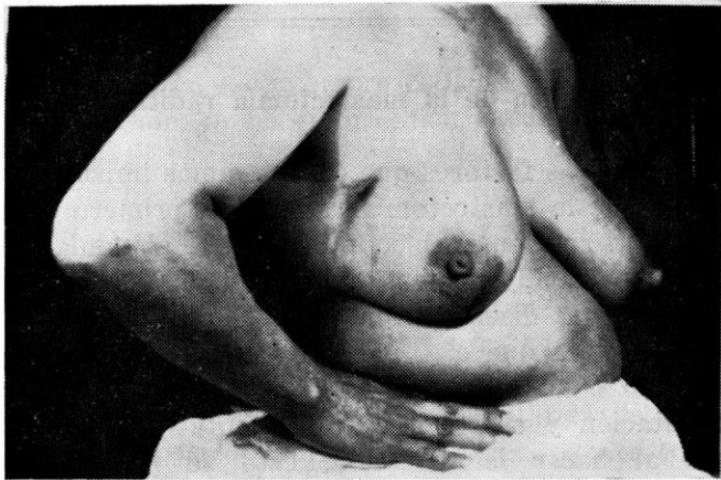


FIGURA 11

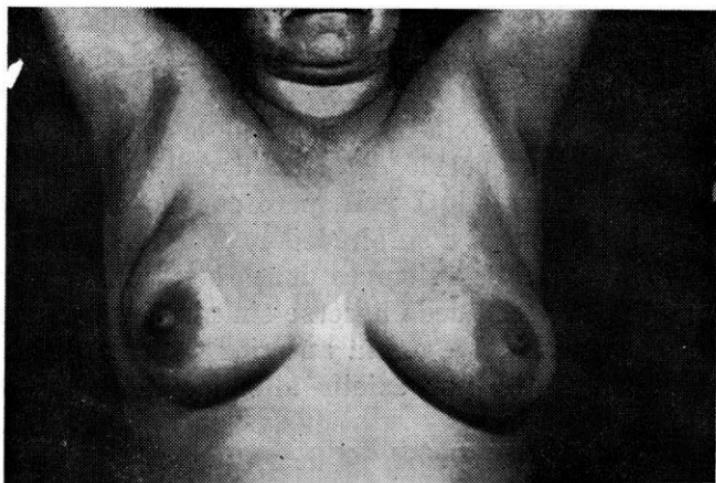


FIGURA 12

Técnica de la mastectomía radical.

Existen ciertos factores que consideramos importantes para el buen éxito de la mastectomía radical. El primero de ellos se refiere a la extirpación en bloque de toda la glándula mamaria, músculos y tejidos adyacentes y del contenido axilar. Con ello se pretende evitar la diseminación de la enfermedad, durante el acto operatorio, ya que el tumor permanece alejado del campo operatorio. Otro factor de importancia digno de considerarse es la orientación y curso de las vías linfáticas y sanguíneas, para que al hacer la disección, ésta se haga concéntrica —yendo de la periferia hacia el centro—, bloqueando así las posibles vías de salida de las células tumorales; ello implica que la disección axilar se haga siempre antes que la resección del tumor. Si bien es cierto que la intervención regulada así puede ser más difícil desde el punto de vista técnico, ofrece mayores garantías para la enferma.

Por considerar conocidos de todos, los detalles de técnica operatoria en la mastectomía radical, y por hallarse descritos en los textos de cirugía, nos abstendremos de mencionarlos. Sin embargo, debemos decir que hay ciertos factores para el buen éxito. La incisión debe ser siempre amplia y extensa, para permitir una buena disección de todos los planos y estructuras y un buen acceso a las fosas axilar e infraclavicular. Las consideraciones estéticas no deben anteponerse nunca a la radicalidad de la operación. La parte superior de la incisión debe ser lo suficientemente alta, para que no se produzcan retracciones axilares que impidan la buena movilidad o produzcan incapacidad en el miembro.

Los haces claviculares del pectoral mayor pueden respetarse, para proteger los vasos axilares y facilitar la recuperación funcional del miembro. El nervio del gran dorsal generalmente se respeta en los casos estado I y II, pero cuando está bloqueado por ganglios metastásicos a su alrededor, debe ser extirpado. El nervio respiratorio de Bell siempre debe respetarse. La sección de los vasos escapulares puede hacerse sin ningún inconveniente cuando fuere necesario. La fascia anterior del recto abdominal debe resecarse siempre, por existir allí vías linfáticas de importancia.

Terminada la intervención, es de rutina colocar un vendaje compresivo, preferiblemente sobre una almohada de estopa o algodón, que permita un fácil adosamiento de la piel a la reja costal, sin necesidad de emplear una presión excesiva. Para evi-

tar la necrosis de la piel, siempre es aconsejable no dejar suturas a gran tensión, ni hacer disección excesiva del tejido celular subcutáneo.

Radioterapia.

La irradiación se hace con rayos X en los casos indicados anteriormente. Se hace sobre zonas en las cuales existe posibilidad de recurrencia, con fines curativos o profilácticos, a saber: Fosas axilar y supraclavicular, región linfática de la mama interna y pared correspondiente del tórax, para esterilizar las posibles siembras por células residuales.

Hormonoterapia.

El empleo de hormonas en el tratamiento del cáncer del seno tiene hoy una gran importancia, al reconocerse el influjo que ellas tienen sobre los procesos tumorales mamarios. La testosterona está indicada en toda enferma con ovarios en actividad, y es de especial utilidad en los casos de metástasis óseas. Los estrógenos están indicados en mujeres que hayan pasado cinco años, por lo menos, después de la menopausia, ya que alrededor de esta época están totalmente contraindicados. Son de especial utilidad en las metástasis de los tejidos blandos.

Nuevas técnicas quirúrgicas.

No podemos dejar de mencionar las nuevas ideas quirúrgicas surgidas ante el problema del carcinoma mamario. A raíz de la demostración de invasión de los linfáticos de la cadena mama interna, que se presenta en altos porcentajes, particularmente en los tumores de localización interna, se han esquematizado nuevas técnicas, con el fin de hacer resección de la misma. Estas técnicas implican, naturalmente, resección de la pared costal para llevarse en bloque toda la circulación linfática de la mama interna, reemplazando el defecto dejado, por medio de plásticas de fascia lata. Ya en el Instituto hemos iniciado estas técnicas en casos escogidos.

MacWhirter ha preconizado la mastectomía simple, seguida de irradiación inmediata a dosis altas y extensas, presentando

estadísticas de curación (43.7% de supervivencia en cinco años en el total de casos), comparables con otros tratamientos más radicales. Sin embargo, estos resultados han sido inconstantes en manos de otros autores.

Como tratamiento paliativo, sobre todo en casos de extensas metástasis óseas, se ha practicado la adrenalectomía bilateral, con mejoría sintomática y anatómica de consideración. Esta ope-

INCIDENCIA POR EDADES

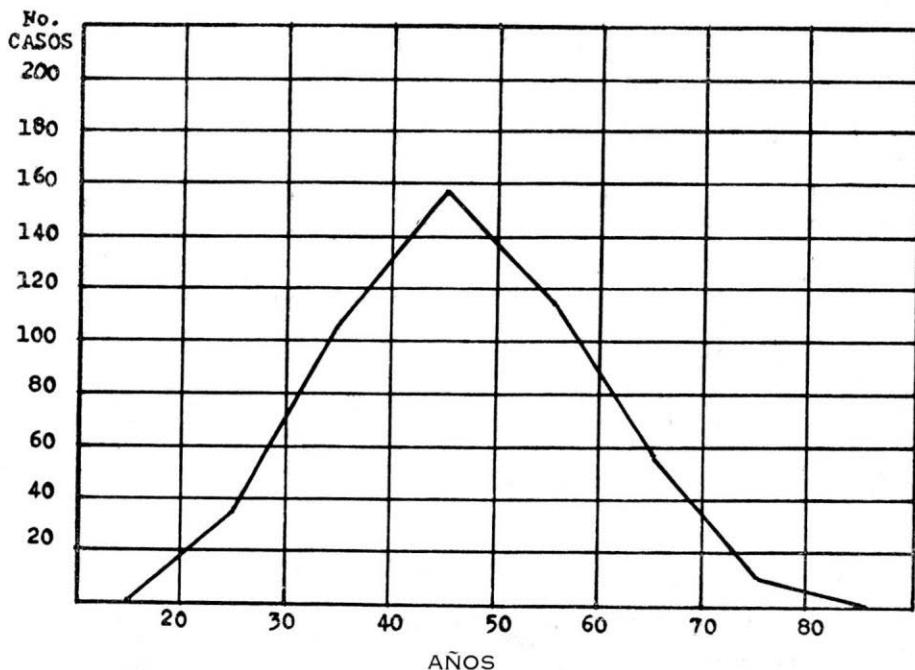


FIGURA 13

ración se basa en los factores hormonales cancerígenos de los tumores malignos mamarios.

Después de las recientes comunicaciones de Paxlowsky se están utilizando en algunos centros como tratamiento paliativo de algunos tipos de cáncer, el injerto de timo, con lo cual, al lograr un gran estímulo del sistema retículo-endotelial, hay una mejoría notable de enfermos, antes considerados incurables. Sin embargo, esto se halla solamente en un estado experimental.

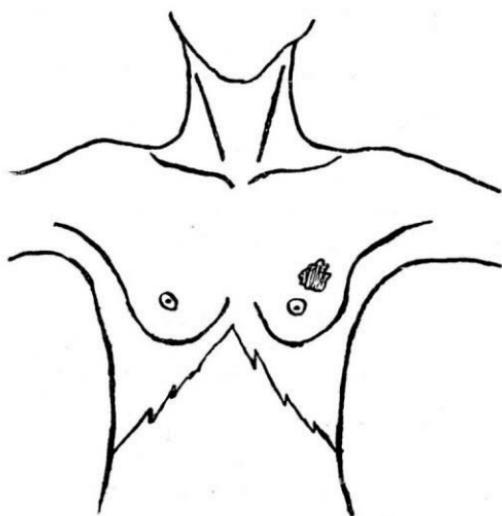


FIGURA 14

ESTADO I

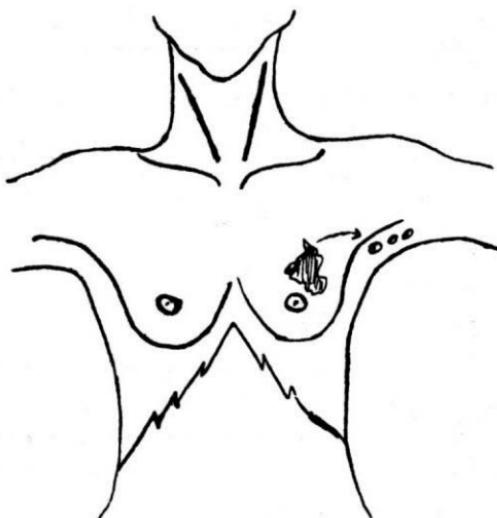


FIGURA 15

ESTADO II

Tratamiento del sarcoma mamario.

Voluntariamente hemos dejado para el final estas consideraciones del tratamiento del sarcoma, por la rareza con que se presenta. Aceptando que este tipo de tumores tienen una malignidad mucho mayor que el carcinoma, el hecho de dar metástasis generalmente por vía hemática hace que en el tratamiento de ellos solamente se haga una mastectomía simple, sin exigir vaciamiento axilar. Con todo, muchos autores consideran indicada también en ellos la mastectomía radical, con base en la elevada malignidad del tumor y en la posibilidad, aunque remota, de metástasis por vía linfática. La radioterapia no tiene indicación alguna en estos casos.

Resultados.

Es difícil poder enfocar la realidad colombiana respecto al cáncer del seno, desde un ángulo aislado, así sea el Instituto Nacional de Cancerología, pues existen aspectos que se distorsionan ante las dificultades que existen en los medios de control, particularmente en los enfermos tratados. Nuestro público no está acostumbrado a volver al hospital donde ha sido tratado, aun cuando se le exijan citas previas, y si lo hace algunas veces, puede de tener graves dificultades en su transporte, lo que impide que las cumpla. Sin embargo, por otros aspectos, sí podemos ofrecer alguna contribución con este modesto trabajo.

Frecuencia. Como decíamos al principio, el cáncer del seno es tal vez la tercera localización en cuanto a frecuencia, entre nosotros. En los siete años a que se refiere este trabajo encontramos un promedio de 73-7 casos por año, distribuidos así:

Año de 1946	52 casos
Año de 1947	84 "
Año de 1948	84 "
Año de 1949	77 "
Año de 1950	79 "
Año de 1951	71 "
Año de 1952	69 "
Total	516 casos

(Para el estudio y para los cuadros estadísticos se excluyen 30 casos cuyo diagnóstico no fue plenamente comprobado).

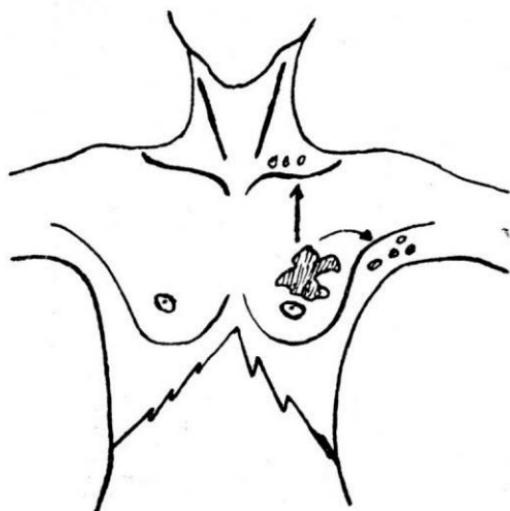


FIGURA 16
ESTADO III

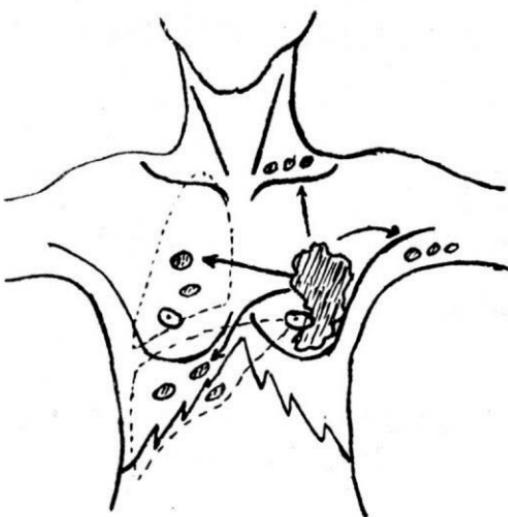


FIGURA 17
ESTADO IV

Incidencia. La incidencia por regiones del país no puede establecerse con certeza, pues los Departamentos donde está localizado el Instituto, o aquellos de la vecindad, naturalmente ofrecen cifras más altas, sin que ello indique que allí sea más frecuente esta afección. Estos datos son:

Antioquia	19 casos	3,90%
Atlántico	6 "	1,23%
Bolívar	17 "	3,49%
Boyacá	76 "	15,63%
Caldas	23 "	5,27%
Cauca	4 "	0,82%
Chocó	1 "	0,20%
Cundinamarca	177 "	36,41%
Huila	21 "	4,32%
Magdalena	3 "	0,61%
Meta	1 "	0,20%
Nariño	8 "	1,64%
Norte Santander	26 "	5,34%
Santander	39 "	8,02%
Tolima	29 "	5,96%
Valle	18 "	3,70%
Exterior	10 "	2,05%
Sin dato	8 "	1,64%

Edad. Este factor tan destacado en importancia se presenta en la siguiente forma:

20 a 30 años	36 casos	7,40%
31 a 40 años	106 "	21,81%
41 a 50 años	158 "	32,51%
51 a 60 años	114 "	23,45%
61 a 70 años	59 "	12,13%
Más de 71 años	11 "	2,26%
Sin dato	2 "	0,41%

Localización. El sitio donde se sitúa el tumor es más o menos igual en cuanto al lado, siendo el lado izquierdo el más afectado, así:

Seno izquierdo	256 casos	52,35%
Seno derecho	230 "	47,03%

CLASIFICACION EN ESTADOS CLINICOS

III

II

I

IV

63
CASOS

148
CASOS

159
CASOS

50
CASOS

FIGURA 18

Se hallaron en nuestra casuística 3 casos de localización bilateral, y aparecen sin dato otros 3 casos, lo que da un margen de error de 0,61%.

Por cuanto a localización por cuadrantes, o sitios determinados, es el cuadrante súpero-externo el más frecuente, así:

Cuadrante súpero-externo	177 casos	36,19%
Cuadrante súpero-interno	63 "	12,88%
Cuadrante ífero-externo	16 "	3,27%
Cuadrante ífero-interno	6 "	1,22%
Región de la aréola	18 "	3,68%
Totalidad de la glándula	103 "	21,06%
Sin dato	106 "	21,67%

Llamamos la atención sobre la mayor frecuencia de localización en el hemisferio superior y sobre los casos en que se encontró invadido todo el seno.

Vida genital. Parece tener cierta importancia este dato, pues encontramos las siguientes cifras:

Menstruando	192 casos	39,50%
Menopausia	234 "	48,14%
Sin dato	60 "	12,34%

Puede observarse la mayor incidencia en personas cuya vida genital está en receso.

Hijos. Este es uno de los datos que han despertado mayor interés entre nosotros, pues hemos observado que a mayor número de hijos, menor incidencia de cáncer del seno. Vale ello decir que la lactancia tiene una gran importancia, pues la gran mayoría de nuestras mujeres acostumbran lactar a sus hijos. Son estos datos:

Sin hijos	130 casos	26,74%
1 "	63 "	12,96%
2 "	66 "	13,58%
3 "	50 "	10,28%
4 "	21 "	4,32%
5 "	33 "	6,79%
6 "	23 "	4,73%
7 "	23 "	4,73%

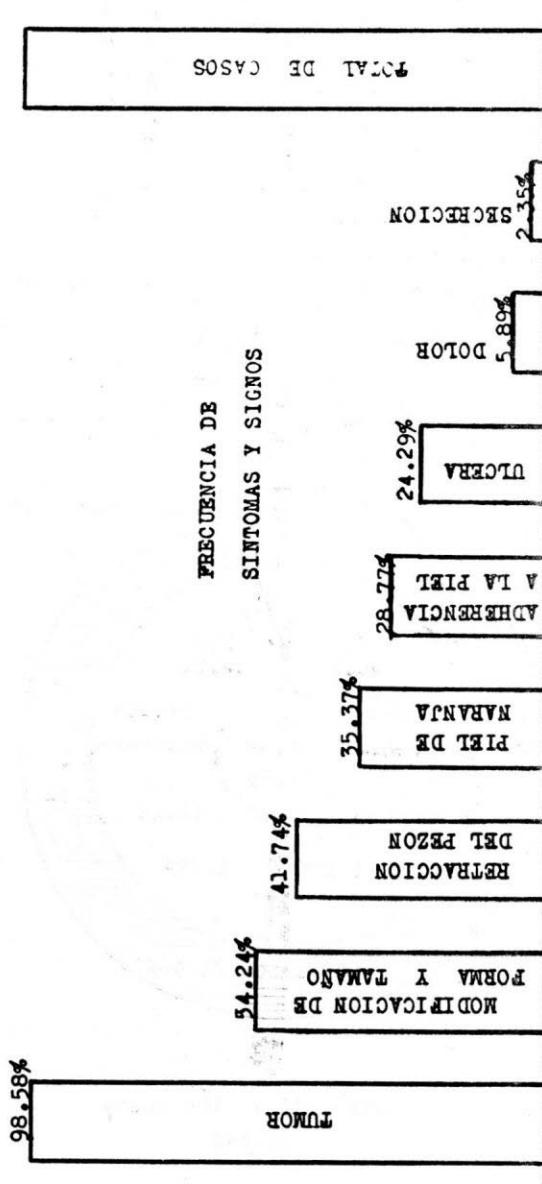
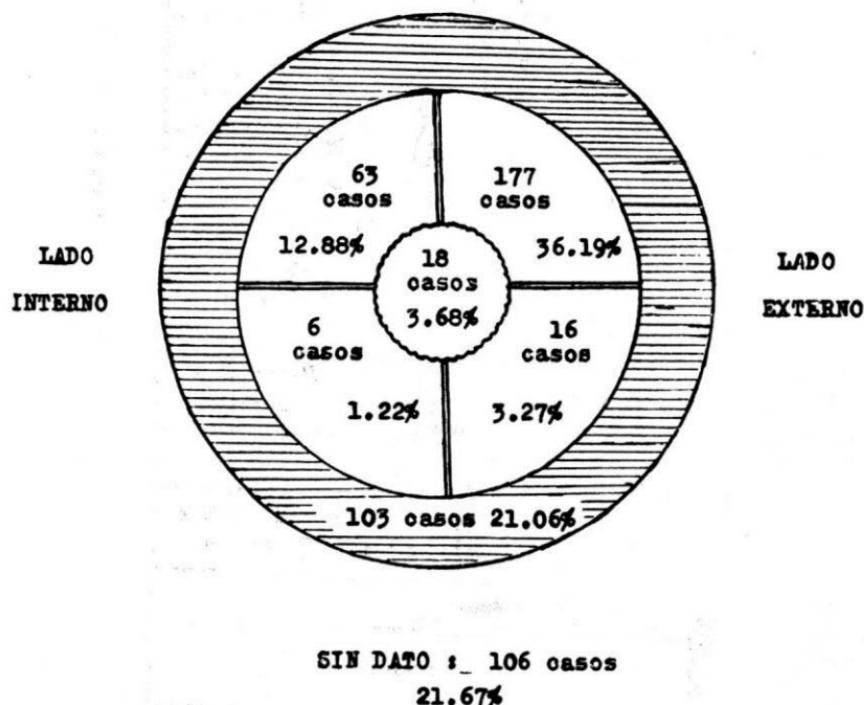


FIGURA 19

8 hijos	14 casos	2,88%
9 " "	12 "	2,46%
10 " "	7 "	1,44%
11 " "	6 "	1,23%
12 " "	2 "	0,41%
13 " "	3 "	0,61%
14 " "	2 "	0,41%
15 " "	0 "	0,00%
16 " "	1 "	0,20%
20 " "	1 "	0,20%
22 " "	1 "	0,20%

Naturalmente, el mayor número de casos corresponde a mujeres que han tenido hijos, así:

Con hijos	328 casos	67,48%
Sin hijos	130 "	26,74%
Sin dato	28 "	5,76%



LOCALIZACION DEL CANCER MAMARIO

FIGURA 20

Evolución. Al tener en cuenta el tiempo de evolución, desde el momento en que apareció el primer síntoma, hasta el día en que la enferma llegó al Instituto, relacionado con el estado en que se encontraba ya el tumor, hemos encontrado los siguientes datos:

	Estado I	Estado II	Estado III	Estado IV
Menos de 4 meses	21	38	16	2
4 a 7 meses	15	33	45	10
8 a 12 meses	8	31	33	21
Más de 1 año	17	36	59	13
Sin dato	1	5	5	2
 Totales	 62	 143	 158	 48

(No se incluyen aquí 13 casos en los que no existía dato alguno del tiempo de evolución, ni 62 casos que llegaron ya con mastectomía hecha fuéra del Instituto).

Llama la atención la reducida proporción de casos favorables que llegan al Instituto, contra la enorme cantidad de casos en estados avanzados, favorecidos por la demora de la enferma en consultar oportunamente.

Síntomas. La frecuencia de síntomas en nuestra casuística vale la pena de ser presentada, para demostrar los signos que deben buscarse con mayor frecuencia en enfermas afectadas por tumores del seno. Son ellos:

Tumor	418 casos	98,58%
Modificación, forma y tamaño .	230 "	54,24%
Retracción del pezón	177 "	41,74%
Piel de naranja	150 "	35,37%
Ulceración	103 "	24,29%
Adherencia a la piel	122 "	28,77%
Dolor	25 "	5,89%
Secreción del pezón	10 "	2,35%

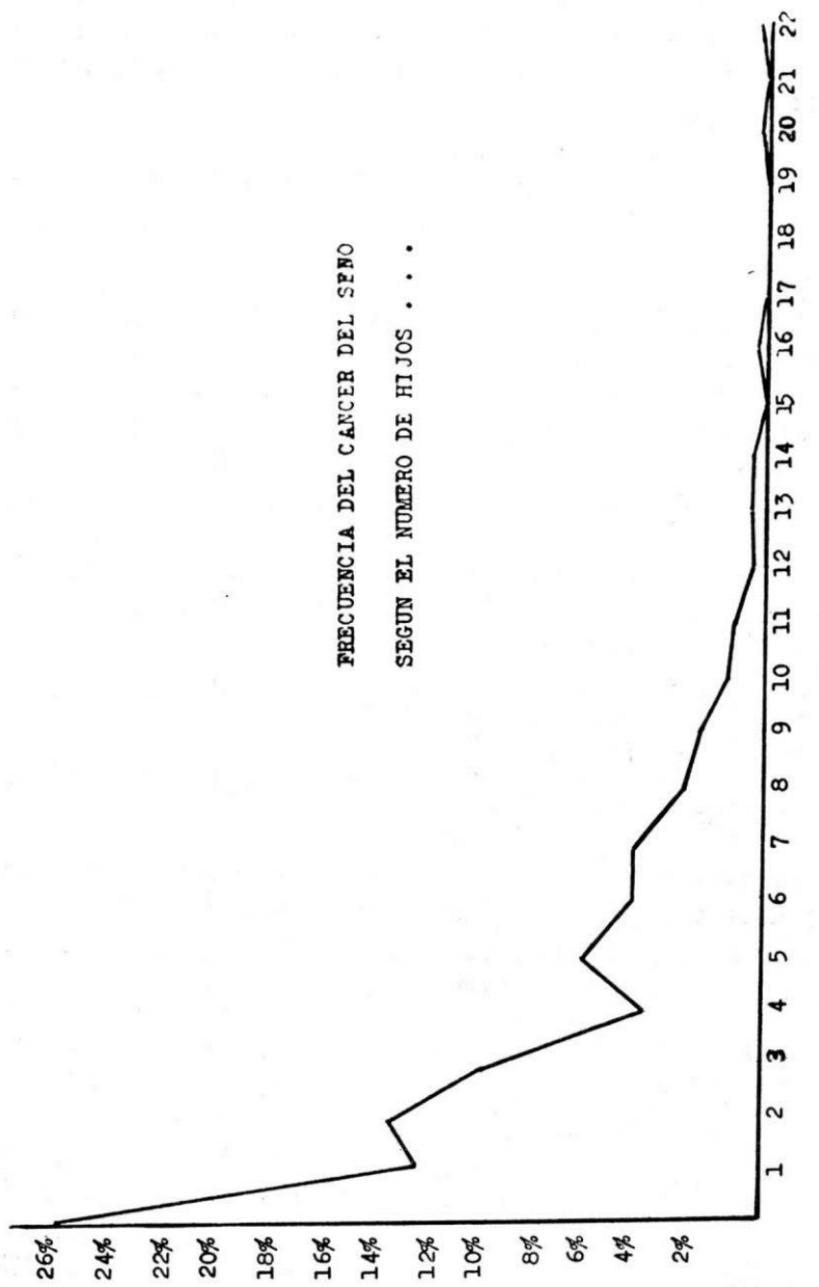
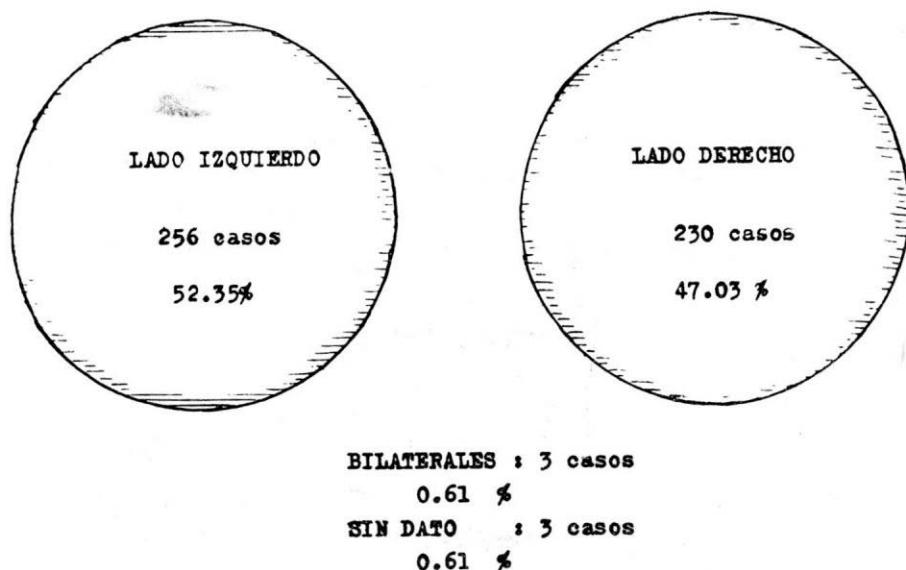


FIGURA 21

**LOCALIZACION DEL CANCER MAMARIO POR LADOS****FIGURA 22**

Resultados de los tratamientos. Es quizás lo más difícil de valorar el resultado de los tratamientos que se hacen para cáncer del seno, por la inconstancia de las enfermas en acudir a los controles. Muchas de ellas, al sentirse curadas, no vuelven al Instituto; otras no tienen posibilidades de regresar por sus condiciones económicas o por vivir en sitios muy distantes. Sin embargo, la principal causa es el desinterés, que ojalá algún día pudiera inculcarse en los pacientes, ya que es por el bien de ellos por lo que un centro de investigación desea observarlos y controlarlos por largo tiempo. El cáncer es tal vez la afección que requiere controlarse con mayor constancia y asiduidad, porque es sólo con el precoz diagnóstico de la lesión principal, de las recidivas o de sus metástasis, como pueden obtenerse mejores resultados.

Los cuadros que presentamos a continuación ofrecen, por sí solos, los datos más importantes por cuano se refieren a los resultados obtenidos en los tratamientos hechos en el Instituto Nacional de Cancerología. Los hemos clasificado según los estados clínicos, para poder apreciarlos mejor.

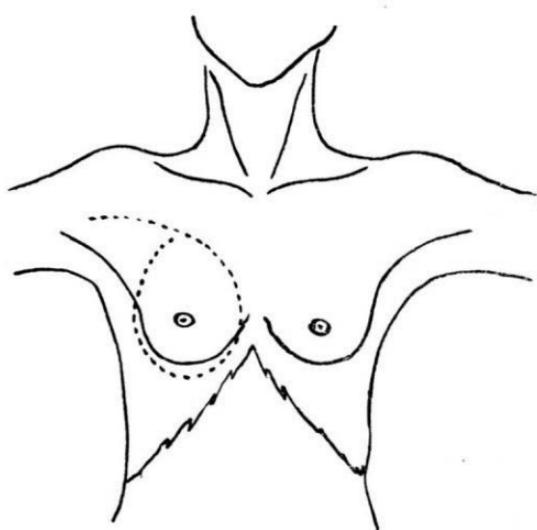


FIGURA 23

INCISION DE HALSTED

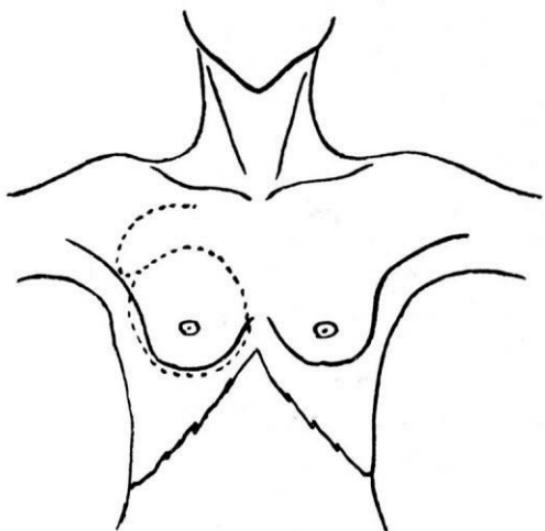


FIGURA 24

INCISION DE JACKSON

ESTADO I

	Mastectomía simple	Mastectomía radical	Mastectomía radical y ooforectomía	Mastectomía radical y rayos X	Rayos X	Total
Mortalidad operatoria	0	2	0	0	0	2
Control 1 año a 5 años	0	16	0	3	2	21
Control después de 5 años	0	1	0	0	0	1
Metástasis	1	6	0	1	1	9
Muerte antes de 5 años	0	3	0	2	1	6
Muerte después de 5 años	0	0	0	0	0	0
Sin control	4	11	1	5	1	22
Totales	5	39	1	11	5	61

(Nota: del cuadro anterior se han excluido 2 casos sin tratar).

Este estado, considerado ideal para tratamiento, desafortunadamente incluye un número reducido de casos. Con todo, da las cifras más altas de supervivencia, la más baja mortalidad y la menor incidencia de metástasis.

ESTADO II

	Mastectomía simple	Mastectomía simple y rayos X	Mastectomía radical	Mastectomía radical y rayos X	Mastectomía parcial y rayos X	Rayos X	Total
Mortalidad operatoria	0	0	0	0	0	0	0
Control de 1 año a 5 años	0	1	20	26	2	2	51
Control después de 5 años	0	0	0	1	0	0	1
Metástasis	0	0	12	17	1	5	35
Muerte antes de 5 años	0	0	3	3	0	9	15
Muerte después de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
Muertes después 5 años	0	0	0	0	0	0	0
Sin control	2	0	7	10	3	13	35
Totales	2	1	42	57	6	29	137

(Nota: No se incluyen en este cuadro 2 casos considerados como intratables, y 9 casos que voluntariamente no se sometieron a tratamiento).

Este grupo de casos da un buen número de supervivencias, sin contar los casos no controlados. Sin embargo, comienza a observarse aquí la mayor incidencia de metástasis y la mortalidad se hace más alta.

ESTADO III

	Mastectomía simple	Mastectomía simple y rayos X	Ooforectomía	Hormonoterapia	Mastectomía radical	Mastectomía radical y rayos X	Rayos X	Rádium y rayos X	Total
Mortalidad operatoria	0	0	0	0	0	0	0	—	0
Control 1 a 5 años	0	0	0	2	4	5	6	6	17
Control después de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metástasis	0	0	0	0	0	1	18	0	19
Muerte antes de 5 años	0	1	1	0	1	0	18	0	21
Muerte después de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin control	2	0	1	0	3	2	42	1	51
Totales	2	1	2	2	8	8	84	1	108

(Nota: No se incluyen en este cuadro 29 casos considerados como intratables, y 22 casos que voluntariamente no se sometieron a tratamiento).

Estas enfermas presentan una elevada mortalidad a corto plazo, dan una elevada cifra de metástasis, todo ello sin contar que un grupo grande de casos ha sido considerado como intratable.

ESTADO IV

	Mastectomía simple y rayos X	Mastectomía radical y rayos X	Mastectomía radical, rayos X y hormonoterapia	Rayos X	Hormonoterapia	Total
Mortalidad operatoria	0	0	0	0	0	0
Control de 1 a 5 años	0	1	1	1	1	4
Control después de 5 años	0	0	0	0	0	0
Metástasis	0	0	0	0	0	0
Muerte antes de 5 años	2	0	0	2	0	4
Muerte después de 5 años	0	0	0	0	0	0
Sin control	0	0	0	1	0	1
Totales	2	1	1	4	1	9

(Nota: no se incluyen en este cuadro 38 casos considerados como intratables, y 3 casos que voluntariamente no se sometieron a tratamiento).

Este grupo da el mayor número de pacientes rechazadas para tratamiento por considerarse intratables.

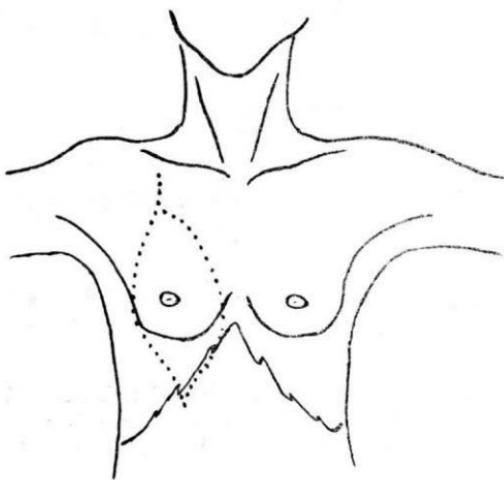


FIGURA 25

INCISION DE RODMAN

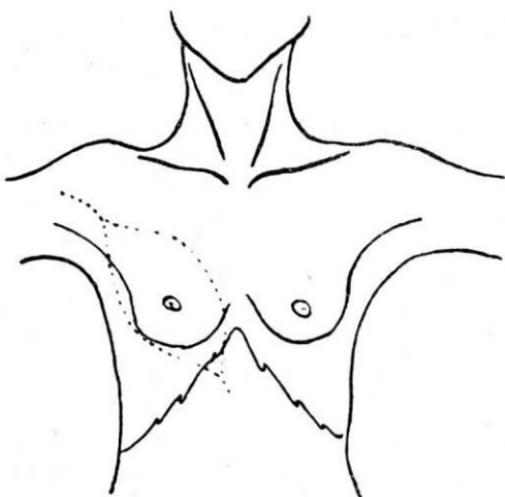


FIGURA 26

INCISION DE WILLY-MAYER

Deseamos llamar la atención sobre las cifras globales de mortalidad operatoria en todos los grupos tratados y que es muy reducida.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman and Regato **Cancer, Diagnosis, Treatment and Prognosis.** Edit. Mosby, St. Louis, 1947.
2. Christopher **Patología Quirúrgica.** Edit. Interamericana. IV edición, 1947. II tomo, página 898.
3. Foley T. William **Edema del brazo: Tratamiento-Surgery, Gynecology and Obstetrics.** Nov./51. Páginas 568 y siguientes.
4. Forero Laverde Humberto "Cáncer de la glándula mamaria". (Contribución a su estudio en Colombia). Edit. Artes Gráficas —Tesis— 1953.
5. Geschickter C. F. **Diseases of the Breast.** Edit. Lippincott. 2^a edición, 1945.
6. Haangensen C. D. **Carcinoma of the Breast.** American Cancer Society, 1950.
7. Haangensen C. D. y A. D. Stont "Cáncer de la mama, resultados y tratamiento". **Anales de Cirugía.** Agosto/51. Páginas 1241 y siguientes.
8. Kilgore Alson R. **Cancer of the Breast.** California Cancer Commission Studies, 1950. Página 77.
9. Lenz Maurice **Röntgen Therapy of Cancer of the Breast and Region Metastasis.** Pre-operative and non-operative cases, Radiology. Vol. 38 Nº 6. Pages 686-696. Junio 1942.
10. López Fernández "Cáncer de la mama en el hombre", Vol. 6, Nos: 7-8-9, **Archivos Cubanos de Cancerología-1947.**
11. Pack G. T. and Livingston E. M. **Treatment of Cancer and Allied Diseases.** Hoeber. I tomo, 1940.
12. Puentes Duany y García Ramírez "Cáncer de la mama en los niños". **Archivos Cubanos de Cancerología.** Hosp. Nuestra Señora de las Mercedes. Volumen 10. Nos. 1-2-3. Enero-marzo/51. Página 36.

13. Puentes Duany "Glándulas Mamarias". *Archivos Cubanos de Cancerología.* Vol. 10. Nos. 4-5-6. Abril-junio, 1951. Página 105.
14. Shimkin M. B. y colaboradores *Cancer of the Breast. Surgery Gynecology and Obstetrics.* Junio 1952. Página 645.
15. Uribe Calderón J. "Estudio estadístico del cáncer del seno en el Instituto Nacional de Rádium". *Tesis:* Edit. Voto Nacional. 1953.