

Comunicaciones Originales

CANCER DE MAMA  
ANALISIS Y RESULTADOS DE 75 CASOS

Dr. LUIS PACHECO OJEDA\*, Dr. MIGUEL GUERRON G.\*, Dr. CESAR BUENO\*  
Dr. FERNANDO CHECA R.\*, Dr. LUIS GRANJA MENA\*\*, Dr. VICENTE  
CHAVEZ\*, Dr. EDUARDO LEON P.\*, Dr. PATRICIO GAVILANES\*

\* Servicio de Oncología y \*\* Servicio de Cirugía, Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito.

Resumen

Se han estudiado retrospectivamente 75 casos de cáncer de mama, una de las localizaciones neoplásicas más frecuentes en el país, atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito, durante un período de 5 años, de 1979 a 1983. Entre los datos clínicos se destacan: una edad promedio de 53 años, un leve predominio de localización en mama izquierda más una alta frecuencia en cuadrantes súpero-externos (51%), un 40% de casos en estado clínico III y un gran predominio de cánceres ductales infiltrantes. Las modalidades terapéuticas en los 71 pacientes sometidos a tratamiento han sido múltiples debido en parte a que aproximadamente un tercio de pacientes han sido tratadas total o parcialmente fuera de la institución. En los estadios tempranos el tratamiento ha sido básicamente quirúrgico mediante técnicas ablativas del seno, completado con radio y quimioterapia en función de la histología ganglionar. En estados avanzados el tratamiento se ha basado en la radio y quimioterapia. Ciertas modalidades terapéuticas como el tratamiento conservador, la cirugía reconstructiva y la hormonoterapia han sido poco utilizadas en la presente serie. En un 34% de casos ha sobrevenido una recidiva; pero en tal eventualidad la respuesta completa o parcial a un nuevo tratamiento ha sido de un 67%. Por primera vez en la literatura oncológica nacional se han confeccionado curvas de sobrevida para estudiar el resultado del tratamiento, habiéndose encontrado un pronóstico significativamente peyorativo para los estadios avanzados, la histología ganglionar positiva y el apareamiento de recidivas.

El cáncer de mama constituye una de las enfermedades de mayor incidencia y mortalidad en los países desarrollados. La incidencia en los Estados Unidos es de 92 por 100.000 habitantes, de lo que se ha deducido que una de cada 11 mujeres será afectada alguna vez en su vida por tal lesión (1). En cuanto a mortalidad, según la publicación del Segi Institute of Cancer Epidemiology, los países con más alta tasa de mortalidad ajustada por edad son: Reino Unido, Dinamarca y Holanda con cifras superiores

a 25 por 100.000 habitantes (2). En esta publicación, Ecuador ocupa el lugar 40 entre 43 países registrados, con una tasa de 3,12 por 100.000. Este dato es controvertible si tenemos en cuenta las deficiencias de los registros de defunciones en nuestro medio, por un lado, y por otro, las cifras que aunque de incidencia y en poblaciones seleccionadas, han manifestado autores nacionales. Así por ejemplo, según López (3), esta localización ocupa el séptimo lugar entre los tumores malignos, con una tasa

de incidencia de 18,8 por 100.000. En una revisión reciente realizada por nosotros en los principales hospitales de Quito, el cáncer de mama ocupa el tercer lugar. La cifra más representativa sería la del Registro Nacional de Tumores (RNT), en su comunicación preliminar (4), con el 13% de los cánceres de mujeres, y el cuarto lugar entre todos los cánceres en general.

Otros dos aspectos denotan la importancia de esta enfermedad: el desconocimiento actual de un método de prevención, y la posibilidad de que el tratamiento altere este órgano que es un componente esencial de la sexualidad femenina, con las consiguientes repercusiones emocionales.

## MATERIAL Y METODOS

Hemos analizado retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que han sido atendidos por cáncer de mama, histológicamente comprobado, en el Servicio de Oncología del Hospital "Carlos Andrade Marín" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Quito durante un período de 5 años, de 1979 a 1983.

Luego de la exclusión de un caso de cáncer de mama en sexo masculino y otro de cistosarcoma filodes, se retuvieron 75 casos para estudio de parámetros clínicos. Las modalidades de tratamiento y sus resultados fueron analizados solo en 71 casos evaluables puesto que 4 pacientes no recibieron ningún tratamiento por diversas circunstancias.

El promedio de edad fue de 53,3 años (31-94) siendo la quinta y sexta décadas las de mayor frecuencia. (Fig. 1).

El seno izquierdo fue más comúnmente afectado que el derecho habiéndose presentado 4 casos de bilateralidad, 3 sincrónica y una metácrona (Fig. 2). El cuadrante más frecuentemente afectado fue el súpero-externo con 30 casos (51%), luego el súpero-interno con 13 casos (22%). En 6 casos (10%) el tumor se extendió a más de un cuadrante (Fig. 3).

Para la distribución por estadíos clínicos

(Cuadro 1) se utilizó la clasificación TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UIC C) (6). El diagnóstico se basó en el examen físico, exámenes de laboratorio (biometría hemática, pruebas funcionales hepáticas y renales), radiografía de tórax y mamografía, en la generalidad de los casos; otros exámenes se realizaron según el caso individual. Apenas un 13% de casos fueron diagnosticados en estado I mientras que 40% lo fueron en estado III.

En el cuadro 2 aparecen los diferentes tipos histológicos reportados, siendo el carcinoma ductal infiltrante el más frecuente.

Puesto que aproximadamente la tercera parte de pacientes (24 de las 71) fueron tratadas total o parcialmente fuera de la institución, las modalidades de tratamiento fueron numerosas. Ellas aparecen en el cuadro 3 en función del estado clínico. En términos generales, se puede apreciar que se ha utilizado la cirugía especialmente en estados tempranos, y las modalidades no quirúrgicas en los más avanzados. Los tipos de tratamiento más frecuentes han sido: cirugía (C) + radioterapia (RT) + quimioterapia (QT) en 21 casos, cirugía sola en 14, y C + RT en 14. Hormonoterapia (HT) se ha realizado solo en 3 casos.

Las modalidades quirúrgicas han sido múltiples (cuadro 4), variando desde tumorectomías hasta mastectomías radicales clásicas tipo Halsted. De las 56 intervenciones, 33 (59%) han sido realizadas en el Hospital "Andrade Marín". El tipo de intervención más frecuente ha sido la mastectomía radical modificada tipo Patey. De las 47 intervenciones que han incluido una disección axilar (Halsted y Patey), en 27 (57%) hemos podido encontrar en las historias clínicas oncológicas una descripción del estudio histológico ganglionar: ganglios positivos (pN+) en 18 casos, y negativos (pN-) en 9. En solo 4 casos el número de ganglios positivos fue de 1 a 3; en los 14 restantes fue superior a 3. El promedio de ganglios estudiados por disección axilar fue de 14,5 pero en 5 casos (19%) el número de ganglios extirpados fue de solo 6 o menos (cuadro 5).

Las modalidades de tratamiento de acuerdo

al estadio clínico aparecen en los cuadros 6, 7, 8, 9 y 10.

En el estadio I (10 casos) el tratamiento ha sido básicamente quirúrgico, siendo la mastectomía tipo Patey la más frecuente aunque en 2 casos se ha hecho mastectomía tipo Halsted. En un solo caso se ha hecho tratamiento conservador. Radioterapia complementaria se ha administrado en 4 casos.

En el estadio II (25 casos) el tratamiento también ha sido básicamente quirúrgico. Vale la pena indicar que una paciente sometida solo a tumorectomía se perdió de vista luego de este procedimiento. Mastectomía simple se ha realizado en un caso y Halsted en 4.

Entre los 19 pacientes del estadio IIIa la terapia más frecuente ha sido una asociación radioquirúrgica, y en algunos casos, complementada con quimioterapia. Un caso ha sido sometido a tratamiento conservador. En 6 casos el tratamiento ha sido enteramente clínico: (RT + QT).

La mayor parte de casos de estadio IIIb han sido sometidos a tratamiento clínico: RT + QT ± IT. En un caso se ha realizado una mastectomía simple de limpieza.

En el estadio IV (5 casos) se ha hecho QT + RT. Dos mastectomías simples han sido realizadas en este grupo.

Un caso de cáncer inflamatorio ha sido tratado con asociación radioquimioterápica.

## RESULTADOS:

Se ha tratado de realizar el mejor seguimiento posible. En el cuadro II, base para el cálculo de la sobrevida actuarial, constan el número de pacientes vivas al comienzo de cada año de seguimiento (pacientes a riesgo), las pacientes fallecidas y las excluidas vivas, ya sea por perderse de vista o por terminar su seguimiento en cada año especificado.

Los parámetros básicos de evaluación del tratamiento han sido el intervalo libre de enfermedad y la sobrevida.

En 24 de los 71 casos tratados (34%) (Cuadro 12), sobrevinieron recidivas locoregionales o a distancia. El intervalo libre promedial fue

de 27 meses (6.60) en estos casos. En el cuadro 12 podemos apreciar una mayor frecuencia de recidivas así como un intervalo libre más corto en los estadios más avanzados.

El tratamiento de las recidivas, que generalmente ha sido realizado en el servicio de Oncología, aparece en el cuadro 13. Aunque las combinaciones terapéuticas han sido variadas hemos podido observar respuestas en 15 de los 24 casos (67%), de las cuales 6 (25%) han sido completas.

Hemos calculado la sobrevida según el método actuarial como lo ha descrito Schwarz (7) a fin de obtener el máximo provecho del seguimiento disponible. La cifra global de sobrevida a 5 años ha sido de 57%.

Tres factores pronósticos hemos podido analizar: el estadio clínico, la positividad histológica de los ganglios axilares y la aparición de recidivas: los del estadio I, con su pronóstico excelente, los de los estadios II y IIIa, con un pronóstico mediano y los de los estadios IIIb y IV, con un pronóstico realmente sombrío (cuadro 14 y fig. 4). La positividad histológica de los ganglios axilares y la aparición de recidivas han sido factores que han empeorado el pronóstico de manera estadísticamente significativa ( $p$ : 0.05 y 0.01) (cuadro 14 y Figs. 5 y 6).

Lamentablemente, el factor tratamiento no ha podido ser analizado, en cuanto a su influencia en el pronóstico, por la diversidad de combinaciones terapéuticas y el limitado número de pacientes en cada una de ellas.

## DISCUSION

La literatura nacional sobre cáncer mamario es realmente escasa. Revisando tal literatura en los últimos 15 años en cuanto a revistas de cierta periodicidad hemos encontrado apenas 2 artículos sobre esta localización neoplásica (8,9). Ambos son trabajos de revisión bibliográfica—como frecuentemente ha estado sucediendo en nuestro medio— más no artículos llamados originales, es decir, de investigación clínica a los cuales se debería propender para mejorar el nivel científico de nuestra medicina. Por lo tanto,

tendremos que referirnos exclusivamente a autores extranjeros en la presente discusión.

Respecto a los datos clínicos de presentación, la mayor frecuencia en la quinta y sexta décadas de la vida hallada en la presente serie es similar a las estadísticas extranjeras. Pero hay que anotar, sin embargo, que este hecho se relaciona solo a grupos de pacientes con cáncer mamario, pues si se toma en cuenta a la población general tomada por grupos de edad, la probabilidad de aparición de un cáncer de mama aumenta con la edad (10, 11, 12).

El orden de frecuencia por cuadrantes es semejante al citado por Ackerman (10) cuyas cifras son de 47%, 14%, 7% y 2% para los cuadrantes súpero-externo (CSE), súpero-interno (CSI), ínfero-externo (CIE) e ínfero-interno (CII), respectivamente. Pero mientras él cita un 22% para el área central nosotros solo hemos encontrado un 3%; además, nosotros hemos hallado que un 10% de tumores se han extendido a más de un cuadrante.

La incidencia de cáncer mamario bilateral depende de varios factores como el método de estudio, el tipo de población y el tiempo de seguimiento. Así Roselli de la Universidad de Florencia (13) mediante control clínico ha encontrado una incidencia anual promedial de cáncer contralateral en 4,5% de 2311 pacientes. Egan de la Universidad de Emory (14), mediante control mamográfico, ha encontrado cáncer bilateral en 7,5% de 1112 pacientes. Martín de la Mayo Clinic (15), utilizando biopsia sistemática del seno contralateral ha hallado 2% de cáncer invasor subclínico. Este último autor, luego de un seguimiento promedio de 3,6 años ha encontrado 3,9% de cánceres metácronos mientras que Robbins del Memorial Hospital de Nueva York (16) luego de un seguimiento de 20 años a 1458 pacientes, ha encontrado un 7% de tales lesiones. La reciente revisión de Wanebo (17) es quizás la más importante con una cifra de 3,7% de cáncer bilateral entre 22.000 casos de varios autores; 29% de casos correspondieron a cánceres sincrónicos y 71% a metácronos. Tres de los 4 casos de nuestra serie fueron sincrónicos y solo un metácrono, quizás debido

al corto seguimiento de nuestras pacientes.

La distribución por estadíos clínicos ha mostrado en la presente serie una preponderancia de casos con evolución loco-regional. Esta preponderancia es más notable aún que la de la serie de 2500 casos que en 1962 sirvieron de base para la adopción de la clasificación TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y del American Joint Comitee (AJC) (18). Mientras en esta serie las cifras para los estadíos I, II, III y IV fueron de 17%, 53%, 28% y 2%, en nuestra serie fueron de 13%, 35%, 40% y 8%, respectivamente. Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos son de 11, 70 y 8 por ciento para los estadíos con extensión local, regional y a distancia, respectivamente (19).

En cuanto a la histología reportada en nuestros casos nos ha llamado la atención que durante el período en estudio no hayan acudido al servicio pacientes con carcinomas no infiltrantes. Este tipo de lesiones ha sido reportado en aproximadamente 10% de pacientes con cáncer mamario operable (20).

Especialmente en la década pasada se han realizado progresos considerables en el manejo de esta enfermedad, generalmente en base a ensayos clínicos randomizados por grupos cooperativos multi-institucionales. Así, tenemos entre los más importantes, la tendencia a reemplazar la cirugía radical clásica tipo Halsted por una menos extensa tipo Patey, la difusión del tratamiento conservador (tumorectomía radioterapia) para tumores localizados pequeños, el uso de la poliquimioterapia adyuvante que ha permitido un retardo en el apareamiento de recidivas y una mejoría en la sobrevida de pacientes en estadío II premenopáusicas, y, en fin, la determinación de receptores hormonales (RH) de estrógenos y progesterona, cuyo índice de respuesta a manipulación hormonal es valioso aunque su valor pronóstico es actualmente controversial (21-30).

Estos avances han influido, aunque algunos de ellos tardíamente, en el manejo del cáncer mamario en nuestro medio. Es así como la mastectomía radical modificada tipo Patey ha

sido la modalidad quirúrgica más utilizada. En cambio, el tratamiento conservador ha sido utilizado en apenas 2 casos. No ha habido tampoco casos de cirugía reconstructiva post-mastectomía en la presente serie. Radioterapia externa postoperatoria ha sido frecuentemente utilizada por su reconocida eficacia en el control locoregional (31). Las radiaciones han constituido el tratamiento de base en las lesiones localmente avanzadas. No se ha utilizado radioterapia intersticial que algunos casos habrían ameritado, por no disponer de los recursos materiales indispensables. La quimioterapia adyuvante, en especial ciclofosfamida, metrotexate y 5-fluor uracilo (CMF), ha sido utilizada usualmente en casos con enfermedad ganglionar regional histológicamente comprobada, así como tratamiento de base en enfermedad inflamatoria o diseminada. En la época correspondiente a la presente serie, la hormonoterapia (tamoxifen) fue utilizada solo en base a criterios clínicos pues aún no se implementaba en el hospital la técnica de determinación cualitativa de receptores hormonales que actualmente disponemos, y que en el futuro esperamos se extienda a determinaciones cuantitativas.

Esta evolución de ideas y la heterogeneidad de las pacientes (casos referidos luego de tratamiento parcial y casos tratados en diferentes servicios) han determinado una numerosa gama de combinaciones terapéuticas que han hecho difícil el análisis de los resultados del tratamiento por el reducido número de pacientes en cada grupo tratado.

Entre los parámetros que indican el resultado del tratamiento tenemos la frecuencia de recidivas (incluyendo el intervalo libre), la calidad de sobrevida y la sobrevida misma.

En un trabajo previo (32) sobre una serie de pacientes del servicio, la mayor parte de las cuales correspondieron a la presente serie, discutimos ampliamente el modo de presentación, el manejo y el pronóstico de las recidivas del cáncer mamario.

Luego de haber revisado la literatura nacional en el campo de la Oncología creemos que es la primera vez que se presentan los resultados

de un tratamiento en términos de sobrevida para lo cual debe haber seguimiento en una adecuado número de pacientes. Es además, la manera más honesta y científica de expresar tales resultados. Una tasa global de sobrevida actuarial a 5 años de 57% parece bastante buena si tenemos en cuenta que el Proyecto Nacional Quirúrgico Adyuvante Nacional de los Estados Unidos (NSABP) ha publicado una cifra de 63.5% (5). Arriagada (32) en su revisión del Instituto Gustave Roussy de París ha encontrado los siguientes factores pronósticos: estadio clínico, evolutividad del tumor, el grado histopronóstico de Scarff y Bloom, la invasión axilar y la diseminación microscópica al pezón. Nosotros hemos estudiado el valor pronóstico del estadio clínico y de la invasión axilar histológica, habiendo encontrado, como era de prever, cifras con significación estadística. De entre los numerosos trabajos que se han publicado en relación a estos 2 factores (11, 25, 33, 34) citamos los de las revisiones de Cutler (18) en cuanto al estadio clínico (I:85%, II:66%, III:41%, IV:10%) y de Arriagada (32) en cuanto a la invasión ganglionar (N-:92%, N+71%).

La aparición de recidivas, que es un factor muy peyorativo en el pronóstico, ha determinado una sobrevida actuarial a 5 años de 36% en nuestras pacientes. Las cifras publicadas en este tipo de lesiones son de hasta 38% de sobrevida global y de 22 a 26 meses de sobrevida media (35, 36, 37).

## CONCLUSIONES

El presente trabajo constituye solamente un estudio preliminar y general acerca de la presentación y del manejo del cáncer de mama en el Hospital "Carlos Andrade Marín" durante un período de 5 años. Amerita tal estudio, lógicamente, continuar con trabajos más detallados sobre diferentes tópicos de mucho interés como un estudio epidemiológico pormenorizado, un estudio de aspectos histológicos y de receptores hormonales, un estudio comparativo entre pacientes tratados en forma completa y adecuada y aquellos tratados deficientemente, un estudio

relativo a cada estadio en particular, etc.

El cáncer de mama, como todas las neoplasias de la economía humana, requiere en los tiempos actuales de un manejo multidisciplinario y planificado de antemano. Por lo tanto, todos los facultativos que manejan esta patología deberían someterse, al menos a nivel institucional, a protocolos diseñados de diagnóstico y tratamiento. Por demás está afirmar la conveniencia de que las historias clínicas sean realizadas de la manera más meticulosa y completa.

La disección axilar es un procedimiento de suma importancia no sólo en el tratamiento sino actualmente ante todo en el pronóstico y ulterior manejo de las pacientes. Por lo tanto, no es un simple muestreo sino una intervención bien sistematizada.

El uso rutinario de la determinación de receptores hormonales permitirá la realización de una terapia endócrina de manera más racional y eficaz.

Solo el análisis serio y riguroso de los resultados del tratamiento luego de un seguimiento constante y disciplinado, publicado para conocimiento y discusión de todos, permitirá rectificar errores y elevar el nivel científico de la medicina nacional.

Parece ser que al momento actual la única verdadera alternativa para mejorar la sobrevivencia en el cáncer mamario es el diagnóstico temprano que es responsabilidad de todo médico en

general.

## SUMMARY

Breast carcinoma is one of the most frequent cancers in Ecuador. We have studied retrospectively 75 cases from the Oncology Service of the Social Security Hospital in Quito, during a 5-year period. The principal clinical findings were: an average age of 53 years, a slightly higher frequency of left-sided lesions, 51% located in the upper outer quadrants, 40% in clinical stage III and a great majority of invasive ductal carcinomas. Seventy-one patients were treated by multiple therapeutic combinations. Early stage cancers were basically treated by mastectomy followed by radio and chemotherapy according to the lymph node pathological status. Advanced cancers were treated with radio and chemotherapy in most of the cases. Conservative treatment, reconstructive surgery and hormonotherapy were rarely used in the present series. Recurrences appeared in 34% of patients. Complete or partial response to a second treatment was achieved in 66% of these. For the first time in the national cancer literature, survival curves have been done in order to know the results of treatment. A statistically bad prognosis was found in advanced cases, histologically positive lymph node cases and in patients with recurrent disease.

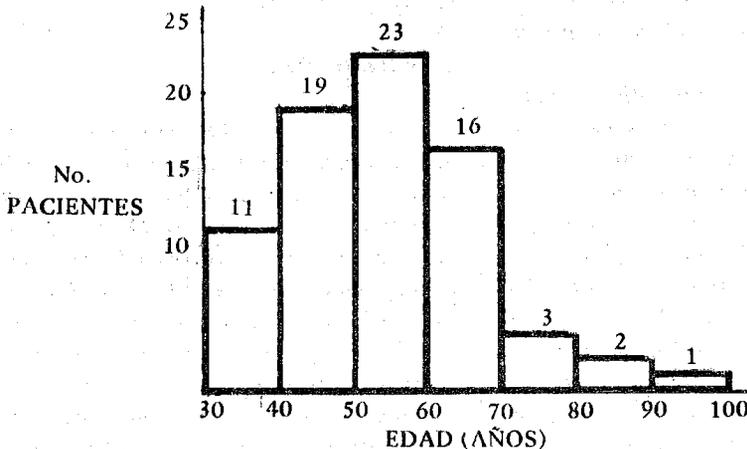


Fig. 1.— Distribución por edades del cáncer mamario.

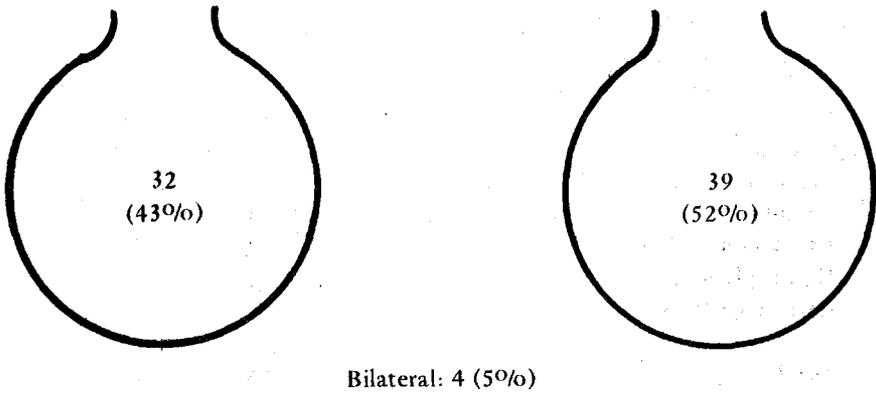


Fig. 2.— Lado de presentación del cáncer mamario

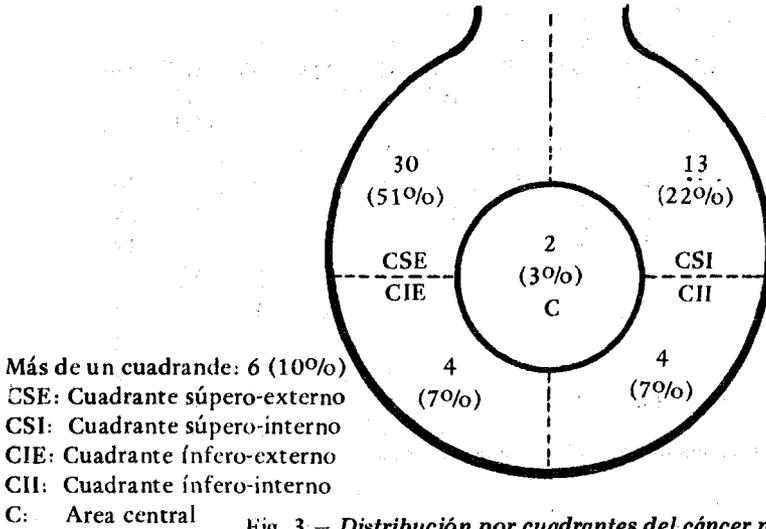


Fig. 3.— Distribución por cuadrantes del cáncer mamario.

Estadío	No. casos	(%)
I	10	13%
II	26	35%
IIIa	19	25%
IIIb	11	15%
IV	6	8%
Inflamatorio	1	1%
Desconocido	2	2%
Total	75	100%

Cuadro 1.— Distribución por estadíos clínicos.

Cuadro 2.- Distribución de los tipos histológicos

TIPO HISTOLOGICO	No. Casos
Ca. ductal infiltrante	57
Comedocarcinoma	2
Ca. coloide	1
Ca. medular	1
Ca. lobular	1
Ca. metaplásico	1
Ca. anaplásico	1
Carcinoma NOS	11
Total	75

Cuadro 3.- Modalidades de tratamiento según el estadio clínico

Estadio	C	C RT	C RT QT	C QT	C HT	C QT HT	RT	QT	RT QT	C RT QT HT	Total
I	4	3	2	—	1	—	—	—	—	—	10
II	8	7	6	2	—	1	—	—	—	1	25
IIIa	1	3	11	—	—	—	2	—	2	—	19
IIIb	—	1	3	—	—	—	—	—	4	1	9
IV	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	5
Inflam.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Descon.	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
Total	14	14	22	2	1	1	3	1	11	2	71

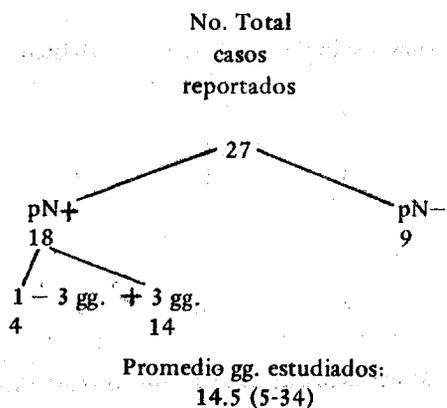
C: cirugía; RT: radioterapia; QT: quimioterapia; HT: hormonoterapia.

TIPO DE CIRUGIA	Total casos	HCAM
Tumorectomía	4	3
Cuadrantectomía	—	—
Mastectomía simple	4	3
MRM Patey	35	22
MRC Halsted	11	6
Desconocido	2	—
Total	56	34

MRM: Mastectomía radical modificada

MRC: Mastectomía radical clásica

Cuadro 4.- Modalidades quirúrgicas utilizadas.



Cuadro 5.— *Resultados del estudio histológico de las disecciones axilares.*

	Tumorectomía	Patey	Halsted
Cirugía sola	—	4	1
C+RT	—	2	1
C+RT+QT	1	—	—
C+HT	—	1	—
Total	1	7	2

Cuadro 6.— *Modalidades de tratamiento en el estadio I.*

	Tumorectomía	Mastectomía simple	Patey	Halsted	Cirugía no descrita
Cirugía sola	1	—	5	2	—
C+RT	—	—	7	—	—
C+RT+QT	—	1	5	—	—
C+QT	—	—	1	1	—
C+QT+HT	—	—	—	1	—
Total	1	1	18	4	1

Cuadro 7.— *Modalidades de tratamiento en el estadio II.*

	Tumorectomía	Patey	Halsted	No cirugía
Cirugía sola	1	—	—	—
C+RT	—	3	—	—
C+RT+QT	1	5	3	—
RT	—	—	—	2
RT+QT	—	—	—	4
Total	2	8	3	6

Cuadro 8.— *Modalidades de tratamiento en el estadio IIIa.*

	Mastectomía simple	Patey	Halsted	Cirugía no descrita	No cirugía
C+RT	—	2	—	—	—
C+RT+QT	1	—	1	1	—
RT+QT	—	—	—	—	4
RT+QT	—	—	—	—	4
Total	1	2	1	1	4

Cuadro 9.— *Modalidades de tratamiento en el estadio IIIb.*

	Mastectomía simple	No cirugía
RT+QT	1	3
QT	1	—
Total	2	3

Cuadro 10.— *Modalidades de tratamiento en el estadio IV.*

Años	Vivos	Fallecidos	Excluidos vivos (*)
0 - 1	71	4	9
1 - 2	58	3	16
2 - 3	39	1	7
3 - 4	31	2	9
4 - 5	20	5	5

(\*) Perdidos de vista + Pacientes vivos a la fecha de seguimiento.

Cuadro 11.- *Pacientes a riesgo por años de seguimiento.*

	I	II	IIIa	IIIb	IV	Infl.	Desc.	Total
Casos	0	9	4	5	4	1	1	24
o/o	0	27	21	44	40	100	50	34
Intervalo libre (meses)	0	33	21	23	20	20	11	27 (6 - 60)

Cuadro 12.- *Frecuencia e intervalo libre de recidivas por estadio clínico.*

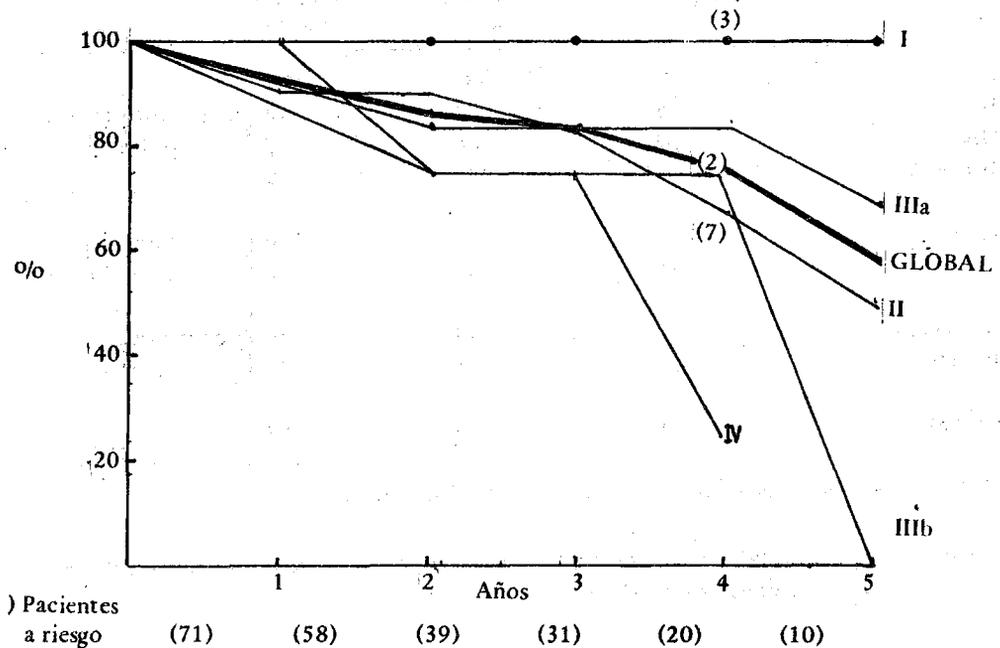


Fig. 4.- *Sobrevida actuarial por estadio clínico.*

Tratamiento	Respuesta completa	Respuesta parcial	Ninguna respuesta	Respuesta desconocida	Total
RT	1	—	—	2	3
RT+QT	—	—	1	—	1
RT+HT	—	1	—	—	1
RT+QT+HT	3	2	—	—	5
RT+QT+C	—	1	—	—	1
QT	—	3	—	1	4
QT+HT	1	1	—	—	2
HT	1	1	1	1	4
No descrito	—	1	—	1	2
Ninguno	—	—	1	—	1
Total	6	10	3	5	24
Porcentaje	25%	42%	12.5%	21%	100%

Cuadro 13.— *Tratamiento de las recidivas de cáncer de mama.*

Estadio	No. pacientes	% sobrevida 3 años	% sobrevida 5 años	
I	10	100	100	
II	25	83	48	} no significativa (*) p: 0,30
IIIa	19	86	67	
IIIb + IV	14	74	0	
N—	9	100	100	} significativa p: 0,05
N—	18	85	48	
No recidiva	49	94	74	} significativa p: 0,01
Recidiva	22	71	36	
Global	71	86	57	

(\*) La diferencia no es significativa solo entre estadios II y IIIa, entre si.

Cuadro 14.— *Sobrevida actuarial a 3 y 5 años por estadio clínico, histología ganglionar y aparición de recidivas.*

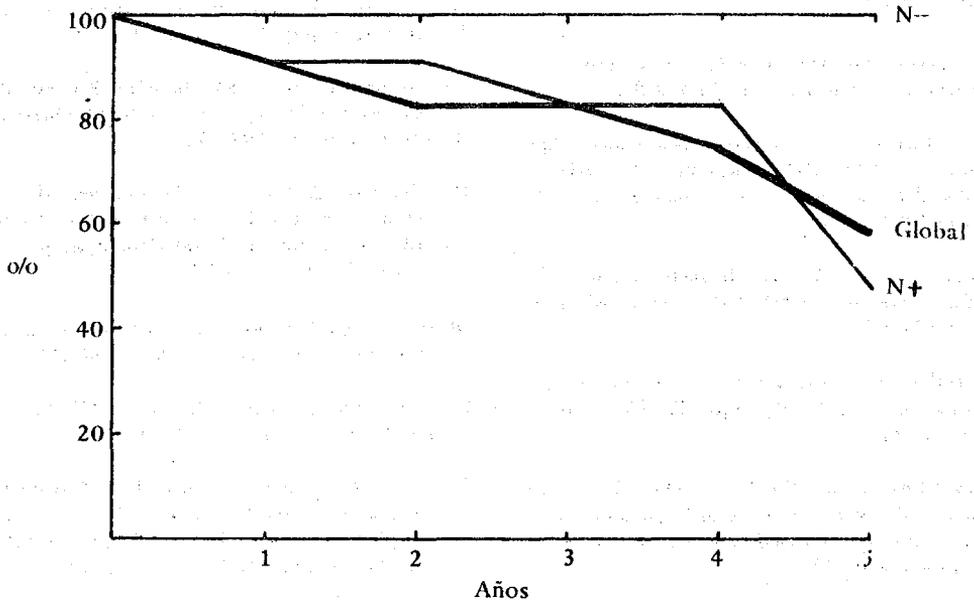


Fig. 5.— Sobrevida actuarial según la histología ganglionar.

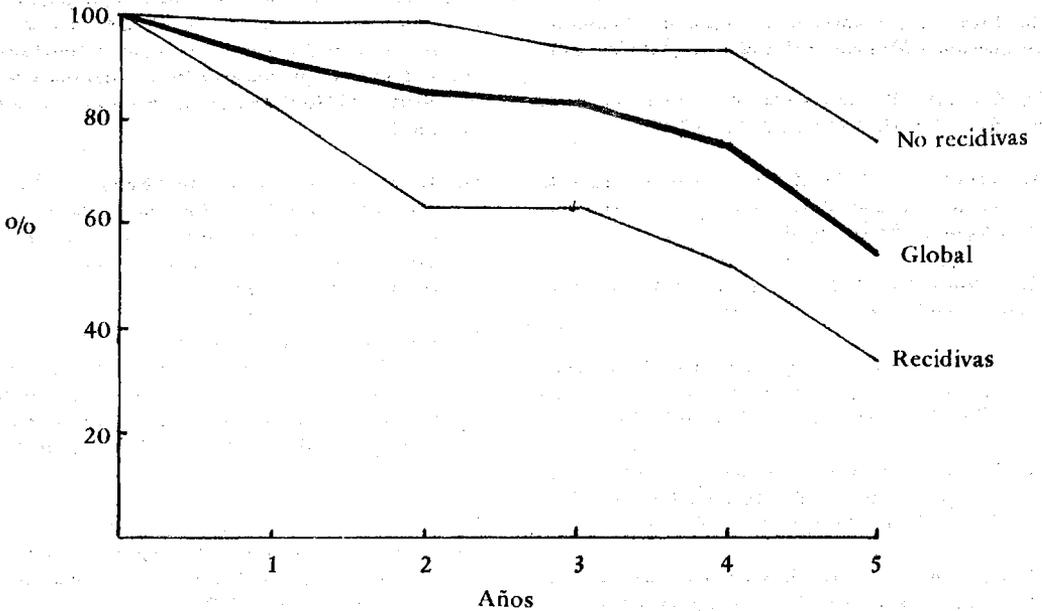


Fig. 6. Sobrevida actuarial según la aparición de recidivas.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Cancer Society (ACS): *Cáncer Facts and Figures*. New York: ACS Inc, 1983.
2. Segi Institute of Cancer Epidemiology: *Age-Adjusted Death Rates for Cancer for Selected Sites (A-Classification) in 43 Countries in 1977*. OMS, 1982, pp. 17.
3. López G: Diez años de incidencia tumoral en Quito, Ecuador, 1964-1973. *Rev. Med. IESS* 2:11-17, 1976.
4. Corral F: *Registro Nacional de Tumores: Síntesis de la evaluación de la prueba piloto*. Quito: RNT, 1985.
5. Keys HM, Bakemeier RF, Savlov ED: Breast Cancer. En: Rubin P: *Clinical Oncology: A Multidisciplinary Approach*. New York: ACS Inc, 1983, pp. 120-140.
6. Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC): *TNM Clasificación de los tumores malignos*. Ginebra: UICC, 1978, pp.49-56.
7. Schwarz D, Flamant R, Lellouch J: *L'essai thérapeutique chez l'homme*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences, 1970, pp. 211-232.
8. Encalada J: Cáncer de mama: quimioterapia adyuvante. *Medicina y Cirugía* 3(2): 50-52, 1980.
9. Espinoza P: Prevención del cáncer mamario. *Rev. Med. IESS* 4(2-3): 243-246, 1979.
10. Ackerman LV, del Regato J: *Cáncer: Diagnosis, Treatment and Prognosis*. 4th ed, St. Louis: Mosby Co., 1970, pp. 830-895.
11. Schottenfeld D: Epidemiology of Breast Cancer. *Clinical Bulletin* 5(4): 135-143, 1975.
12. Strax P: Valoración de programas selectivos para el diagnóstico temprano del cáncer de mama. *Clin. Quir. Norte.Amer.* 58: 667-679, 1978.
13. Rosselli M, Ciatto S, Perigli G, Borelli D, Carcangiu ML, Santucci M: Bilateral Cancer of the Breast. *Tumori* 68:155-160, 1982.
14. Egan RL: Bilateral Breast Carcinomas: Role of Mammography. *Cancer* 38: 931-938, 1976.
15. Martin JK, van Heerden JA, Gaffey TA: Synchronous and Metachronous Carcinoma of the Breast. *Surgery* 91: 12-16, 1982.
16. Robbins G, Berg JW: Bilateral Primary Breast Cancers: A Prospective Clinico-pathological Study. *Cancer* 17: 1501-1527, 1964.
17. Wanebo HJ, Senofsky GM, Fechner RE, Kaiser D, Lynn S, Paradies J: Bilateral Breast Cancer: Risk Reduction by Contralateral Biopsy. *Ann. Surg.* 201:667-674, 1985.
18. Cutler SJ: Classification of Extent of Disease in Breast Cancer. *Sem. Oncol.* 1: 91-96, 1974.
19. Silverberg E: Cancer Statistics, 1985. *Ca-A Cancer J. for Clinicians.* 35: 19-33, 1985.
20. Rosen PO, Senie R, Schottenfeld D, Ashikari R: Noninvasive Breast Carcinoma: Frequency of Undiscovered Invasion and Implications for Treatment. *Ann. Surg.* 189: 377-382, 1979.
21. Golinger RC: Breast Cancer Controversies: Surgical Considerations. *Sem. Oncol.* 7:444-452, 1980.
22. Fox MS: On the Diagnosis and Treatment of Breast Cancer. *JAMA* 241: 489-494, 1979.
23. Wilkinson RH, Clark RM, Mahoney LJ, Reid JM: Conservative Surgery for Breast Cancer. En: *Breast Cancer: Therapeutic Modalities Current and Future*, Symposium held in Toronto. Mississauga: Medical Education Services, Inc. 1983, pp. 15-22.
24. Margolese RG: Therapeutic Strategies - Current and Future. En: *Breast Cancer: Therapeutic Modalities Current and Future*, Symposium held in Toronto. Mississauga: Medical Education Services, Inc. 1983, pp. 23-28.
25. Fisher B, Bauer M, Margolese R et al.: Five-Year Results of a Randomized Clinical Trial Comparing Total Mastectomy and Segmental Mastectomy with or with out Radiation in the Treatment of Breast Cancer. *N. Engl. J. Med.* 312: 665-673, 1985.
26. Levitt SH: Primary Treatment of Early Breast Cancer with Conservation Surgery and Radiation Therapy: The Effect of Adjuvant Chemotherapy. *Cancer* 55: 2140-2148, 1985.
27. Bonadonna G: Recent Progress in Multimodal

Therapy for Resectable Breast Cancer. *Israel J. Med. Sciences* 17: 916-921, 1981.

28. Lippman ME: Recent Developments in the Understanding of Hormone Receptors in Breast Cancer. En: *Breast Cancer: Therapeutic Modalities Current and Future*, Symposium held in Toronto. Mississauga: Medical Education Services, Inc. 1983, pp. 29-32.
29. Parl FF, Schmidt BP, Dupont WD, Wagner RK: Prognostic Significance Of Estrogen Receptor Status in Breast Cancer in Relation to Tumor Stage, Axillary Node Metastasis and Histopathologic Grading. *Cancer* 54: 2237-2242, 1984.
30. Aamdal S, Bormer O, Jorgensen O et al.: Estrogen Receptors and Long-term Prognosis in Breast Cancer. *Cancer* 53: 2525-2529. 1984.
31. Montague E, Fletcher GH: Local Regional Effectiveness of Surgery and Radiation Therapy in the Treatment of Breast Cancer. *Cancer* 55:2266-2272, 1985.
32. Arragiada R, Contesso G, Sarrazin D, Rouessé J, Lasser P, Mouriesse H: Les facteurs pronostiques dans le cancer du sein. *Rev. Prat.* 28: 1039-1054, 1978.
33. Piana L, Martin P, Seradour B, Serment H: Evolution naturelle des cancers du sein: Conceptions thérapeutiques nouvelles. *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.* 7:101-110, 1978.
34. Vernon SW, Tilley BC, Neale AV, Steinfeldt L: Ethnicity, Survival, and Delay in Seeking Treatment for Symptoms of Breast Cancer. *Cancer* 55: 1563-1571, 1985.
35. Pearlman NW, Jochimsen PR: Recurrent breast Cancer: Factors Influencing Survival, Including Treatment. *J. Surg. Oncology* 11:21-29, 1979.
36. Bedwinek JM, Lee J, Fineberg B, Onwieza M: Prognostic Indicators in Patient with Isolated Local-Regional Recurrence of Breast Cancer. *Cancer* 47:2232-2235, 1981.
37. Montague ED: Management of Recurrent Breast Cancer. En: *Fletcher G: Textbook of Radiotherapy*, 3rd. ed., Philadelphia: Lea & Fiber, 1980, pp. 380-381.