

## **PATOLOGIA MAMARIA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA GINECOLOGICA DEL HOSPITAL CENTRAL N° 2 DEL SEGURO SOCIAL DEL PERU\***

Dr. NUÑEZ VIDALON RICARDO (\*\*)

Dr. VALDIVIA PONCE EDUARDO (\*\*\*)

Se presenta la experiencia durante los tres primeros años, en lo referente a patología mamaria en el Servicio de Oncología-Ginecológica del H.C. N° 2 del S.S.P. 854 de un total de 2,785 casos presentaron algún tipo de mastopatía, destacando en orden decreciente de frecuencia: La displasia dolorosa, el fibroadenoma, la displasia fibroquistica, etc., el cáncer mamario ocupó el sexto lugar. La sintomatología más frecuente de consulta fueron la tumoración y el dolor mamaros. El período de vida más afectado está comprendido entre los 30 y 50 años de edad.

El material del presente trabajo está constituido por 2,785 pacientes de diversas razas, de un nivel socio-económico de mediano a elevado y procedentes de diversas regiones del País, que han concurrido al Servicio de Oncología-Ginecológica del Hospital Central N° 2 del Seguro Social del Perú, durante los tres primeros años que tiene fundado el Servicio (1971-1973).

El motivo de consulta ha sido en unos casos alguna forma de mastopatía, en otros problemas ginecológicos diversos y un tercer grupo constituido por personas aparentemente sanas, asintomáticas, que concurrieron con fines de despistaje de cáncer ginecológico.

Todas ellas han sido sometidas a un

examen sistemático de los órganos de la reproducción (mamas y genitales), consistente en:

- a) Anamnesis
- b) Examen Clínico General
- c) Examen Clínico preferencial de mamas y genitales incluyendo colposcopia.

En los casos en los que fue necesario y en lo que a mama respecta, se completó el estudio con exámenes auxiliares como:

- d) Radiografía simple de mama y mamografías, (ductografías).
- e) Estudio citológico de secreción de pezón (8), y otras muestras obtenidas por punción.

---

(\*) Trabajo presentado al II Congreso Latinoamericano de Mastología, Lima, 13 al 16 de Octubre de 1975.

(\*\*) Médico Asistente del Servicio.

(\*\*\*) Médico Jefe de Servicio.

f) Biopsia por incisión o excisión del tumor, en algunos casos solicitamos informe inmediato por congelación durante el acto quirúrgico.

En consecuencia, las 2,785 primoconsultas se refieren, unas a pacientes con patología mamaria evidente, otras con patología incipiente o discutible, y a un tercer grupo de pacientes sin patología mamaria.

El primer y segundo grupo han merecido de varias consultas, para definir el diagnóstico y decidir el tratamiento conveniente, el que se ha hecho ambulatoriamente, aunque en algunos casos se ha requerido de hospitalización; estos dos grupos representan aproximadamente un tercio de la totalidad de las primoconsultas. El grupo de las aparentemente sanas han sido citadas para un examen anual de despistaje.

La incidencia de cada uno de los tipos de patología mamaria, se consigna en la tabla N° 1, dentro de este grupo están consignados aquellos cuyos diagnósticos histopatológicos fueron practicados en otros hospitales u otros Servicios de este Hospital y que concurrieron con fines de interconsulta terapéutica.

En las tablas siguientes del N° 2 al N° 7; presentamos diversos aspectos de esta patología referentes exclusivamente a los casos que fueron operados y en consecuencia cuentan con informe clínico y anatómico completo.

La glándula mamaria como se muestra en la tabla N° 1, puede ser asiento de una gran variedad de patología.

Obviamente, dada la reciente apertura de Nuestro Servicio, en la presente ta-

bla no pueden estar representados la totalidad de los cuadros nosológicos que pueden afectar a estos órganos. Sin embargo esta corta experiencia de 2,785 primoconsultas, 6,000 revisitas y 94 casos quirúrgicos, tienen todo el significado de su autenticidad, ya que los resultados estadísticos preliminares que presentamos son absolutamente independientes de cualquier informe similar ya sea nacional o foráneo.

Referente a la incidencia general como se ve en la tabla N° 1, destaca en primer lugar, que aproximadamente un tercio del total de las pacientes que han concurrido a nuestros consultorios presentaron algún tipo de mastopatía y los dos tercios restantes fueron portadores de mamas normales.

TABLA N° 1  
INCIDENCIA GENERAL

	Casos	%
Mama aberrante	53	1.90
Politelia	100	3.59
Hipertrofia Bilateral	6	0.21
Eczema de pezón	1	0.03
Hipertrofia mamaria	119	4.27
Mastitis infecciosa	15	0.52
Displasia secretorio	20	0.71
Displasia dolorosa	130	4.66
Displasia Fibrosa	8	0.28
Displasia fibroquistica	103	3.69
Ectasia ductal	13	0.46
Adenosis tumoral	70	2.51
Papiloma intraductal	7	0.21
Fibroadenoma	122	4.38
Fibroadenoma intraductal celular	3	0.10
Lipoma	10	0.35
Carcinoma	73	2.62
Enfermedad de Paget	1	0.03
<b>TOTAL PATOLOGICOS</b>	<b>854</b>	<b>30.53</b>
<b>NORMALES</b>	<b>1,931</b>	<b>69.33</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>2,785</b>	<b>99.86</b>

Dentro de este grupo de mastopatias, destacan por su mayor frecuencia las displasias dolorosas 4.66%, el fibroadenoma 4.38%, la hipertrofia mamaria 4.27%, la displasia fibroquística 3.69%.

Dada la importancia cabe subrayar que el cáncer mamario representa un 2.62% del total general y un 8.60% del grupo de las mastopatias; por otra parte ha sido un hallazgo relativamente frecuente 5.59% un tipo de malformación congénita como es la politelia en sus formas más variadas de bilateral, unilateral, axilar o submamario. Todos los casos de mastitis infecciosa excepto dos, corresponden a la mastitis puerperal, corroborándose una vez más la rareza de la mastitis fuera de la lactancia (4).

En la tabla Nº 2, que se refiere a índice de malignidad de estas mastopatias, el 79.78% representan lesiones benignas y un 20.21% lesiones malignas, exclusivamente de substrato epitelial, vale decir carcinomas(1). Este porcentaje de neoplasia maligna relativamente elevado, probablemente se debe a que siendo Nuestro Servicio una dependencia creada para tratar fundamentalmente los problemas oncológicos de la mujer, recibe pacientes derivadas de otros consultorios con sospecha de neoplasia maligna, o bien pacientes de alto riesgo dados sus antecedentes epidemiológicos.

De los 73 casos de cáncer mamario, 54 representan casos originalmente tratados en diversos Centros Hospitalarios de la Capital o en otros Servicios Quirúrgicos de Nuestro Hospital, que concurren con fines de control, seguimiento o tratamiento paliativo; en cambio los 19 casos que aparecen en la tabla Nº 2 re-

TABLA Nº 2

**MALIGNIDAD**

	Casos	%
Benignos	75	79.78
Malignos	19	20.21
TOTAL	94	99.99

TABLA Nº 3

**SINTOMATOLOGIA**

	Casos	%
Tumor	75	81.52
Dolor	40	43.47
Eritrodermia	1	1.08
Retracción	1	1.08
Teloreea espontánea	5	5.40
Tensión	3	3.26
Ganglios regionales	6	6.52
Asintomáticas	4	4.34

TABLA Nº 4

**LOCALIZACION**

	Casos	%
Mama derecha	36	38.29
Mama izquierda	40	42.52
Bilateral	8	8.51
Axilar	10	10.63
TOTAL	94	99.95

presentan casos que recibieron su primer tratamiento en Nuestro Servicio. Naturalmente que el tipo de tratamiento está estrictamente supeditado a la determinación previa del estadio clínico de la enfermedad, que de rutina se establece de acuerdo a las normas recomendadas por la U.I.C.C. (Unión Internacional contra el Cáncer, 2, 3, 6).

TABLA N° 5  
DISTRIBUCION POR EDADES

Edad en años	Casos	%
Menos de 20	1	1.06
21 a 30	25	26.50
31 a 40	30	31.80
41 a 50	33	34.98
50 a 60	3	3.18
Más de 60	2	2.12
TOTAL	94	99.64

Los diversos tipos de displasias tribuarias de la Cirugía o de los tumores benignos de la mama han sido sometidos a una Ablación Quirúrgica mediante incisión siguiendo las líneas de Langer en la piel de la mama (2) y luego sutura subdérmica con excelentes resultados.

La tabla N° 3 nos muestra la sintomatología más frecuente por la que han consultado, destacando claramente con el 81.52% el signo de la tumoración en sus diversas variantes, la gran mayoría de éstas aproximadamente el 90% han sido detectadas por ellas mismas, ya sea en forma ocasional o inducidas por el dolor o mediante la práctica del auto examen mamario, que

siempre recomendamos a nuestras pacientes, la tumoración generalmente ha sido pequeña, tal vez un promedio de 3 cms. de diámetro. La mastalgia unilateral o bilateral focal o regional ha sido síntoma que ocupa el segundo lugar 43.47%, luego la adenopatía regional, especialmente axilar, sospechosa o no estuvo presente en un 6.52% de los casos en menor proporción la telorrea, el derrame provocado no lo consignamos porque es sabido que carece de significación patológica (5), (8).

Las pacientes asintomáticas que concurren con fines de despistaje de cáncer ginecológico han sumado un 4.34%.

La tabla N° 4, nos muestra que la mayoría de las mastopatías son unilaterales, únicas y afectan preferentemente la mama izquierda, la patología de localización axilar ocupa el tercer lugar con un 10.63% y el cuarto lugar la condición de bilateralidad con un 8.51%.

La distribución por edades la vemos en la tabla N° 5, prácticamente las dos terceras partes de estos cuadros nosológicos se presentan entre los 30 y 50 años de edad; por debajo de los 20 años es insignificante: 1.06% igual-

TABLA N° 6  
RELACION CON LA PARIDAD

	N°	%		N°	%
Casada con hijos	59	63.73	Menos de 2 hijos	10	16.66
Casada sin hijos	3	3.29	Más de 2 hijos	50	83.33
Soltera	29	31.86			

TABLA Nº 7  
RELACION CON EL ESTADO CIVIL

	Nº	%
Solteras	32	34.04
Casadas	62	65.95
TOTAL	94	99.99

mente el otro extremo, por encima de los 60 años sólo representa una incidencia del 2.12%. Esto probablemente se debe a que la mayoría de pacientes aseguradas están en la etapa de reproducción de la vida.

Respecto de la paridad de nuestras pacientes, tabla Nº 6, debemos decir que la mayoría 63.73% son casadas y con hijos, de éstas un 16.66% tienen menos de dos hijos y un 83.33% mayor número de hijos; las casadas sin hijos alcanzan un 3.29% y las solteras un 31.86%. Este primer grupo de nuestros hallazgos parecerían contradecir lo generalizado en la literatura, que indica mayor incidencia de cáncer en solteras o casadas sin hijos, si bien esto es verdad; nuestros casos no se refieren exclusivamente al cáncer sino a todo tipo de mastopatía.

Finalmente, en consonancia con lo anterior, la mayoría de nuestras pacientes son casadas, 67.03% y solo un 31.86% son solteras; no se observa en este grupo lo que es habitual en las pacientes con tumor maligno: La predominancia de solteras o casadas sin hijos o madres que rehusan la lactancia.

### CONCLUSIONES

1. Se presenta la experiencia de tres años en lo referente a patología

mamaria, en un Servicio de Oncología-Ginecológica de un Hospital General dedicado a la atención de empleados que pertenecen a un nivel socio-económico medio o alto.

2. En el Servicio en mención se han atendido tres tipos de pacientes:
  - a) Asintomáticas
  - b) Sintomáticas
  - c) Pacientes con sospecha o diagnóstico de neoplasia maligna transferida de otros Servicios o Centros Hospitalarios.
3. Todas las pacientes han sido sometidas a un examen integral, considerándose como tal, órganos genitales y glándulas mamarias.
4. Aproximadamente un tercio de todas las pacientes, han presentado algún tipo de mastopatía y los dos tercios restantes fueron normales.
5. De 854 pacientes con algún tipo de mastopatía, 94 fueron hospitalizadas con fines de intervención quirúrgica.
6. Dentro del grupo de las mamas patológicas, destacan en orden decreciente de frecuencia: La displasia dolorosa, el fibroadenoma, la hipertrofia mamaria, la displasia fibroquística, etc., el cáncer mamario ocupa el sexto lugar.
7. La patología mamaria benigna tributaria de la Cirugía, ha sido tratada por ablación, mediante incisión semicircular siguiendo las líneas de Langer de la piel, seguida de sutura subdérmica.

8. Los casos de cáncer mamario, previamente son clasificados de acuerdo al Sistema Internacional: TNM, siendo sometidas a intervención quirúrgica solamente las comprendidas entre los estadios clínicos 0 al II.

La naturaleza y magnitud de la intervención está supeditada a la extensión de la enfermedad y condiciones individuales tales como: Edad, riesgo quirúrgico, etc. Hemos practicado: Mastectomía Radical ti-

po Halsted, M.R. Modificada y Mastectomía total.

9. La sintomatología más frecuente por la que se ha consultado lo constituyen, la tumoración y la mastalgia.
10. La mayoría de las lesiones son de presentación unilateral y a nivel del cuadrante superoexterno de la mama izquierda.
11. El período de vida más afectado está comprendido entre los 30 y 50 años de edad.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) BOQUOI, E., KRENZER, G., MEYER, D. "Diagnostico de tumores mamaros Benignos y Malignos". Medicina Alemana, Ed. Castellana. Vol. XIV, N° 6, pág. 766. Buenos Aires, 1973.
- 2) HAAGENSEN, C.D., "Disease of the Breast". Sec. Edition. Sounders Company. Phyladelphia, 1971.
- 3) MAC WHIRTER, "Tratamiento del Cáncer de Mama" en Clínica Oncológica de Keith E. Halman. Pág. 1 al 25. 1972.
- 4) NOGUES ARMANDO, "Enfermedades de la mama". Págs. 125-126. Ed. López Echegoyen. Bs. As. 1965.
- 5) PATRICK, L., HENRY Jr., PILNIK, SAMUEL. Cirujanos del Ser. de Cirugía de la Mama. Colegio Med. de New York, "Secreciones por el pezón". Tribuno Médica. Tomo XXXIII N° 3. Pág. BI. Editor Arturo Basi Páez.
- 6) PEREZ MONDREGO, "Clasificación T.N.M. de la Unión Internacional contra el Cáncer". Acta Oncológica. Vol. VIII N° 2. Pág. 185. Madrid. 1969.
- 7) R. W. SCARFF, Y. H. TORLONI, "Tipos Histopatológicos de Tumores de Mama" en Clasificación Histológica Internacional de Tumores N° 2. Pág. 13-18. O.M.S. Ginebra.
- 8) SIRTORI, C. "Citología de la Mama". Symp. Sobre patología tumoral de la mama. Madrid, Oct. 1970. Gaceta Médica, Año XXVI, N° 3, pág. 115. 1971.
- 9) URBAN A. JEROME. "The Rol of Super Radical Operation for Breast Cancer", Sixth Nat. de Cancer Conf. Proceedings. Pág. 145-151. Linpincott Co. 1970.