

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

T  
616.22447  
6133  
1962  
T. 4. 0. 0.  
3. 4. 1

FACULTAD DE MEDICINA

**CANCER DE LA MAMA**

(REVISION DE 40.000 BIOPSIAS DEL DEPARTAMENTO DE  
ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL ROSALES  
COMPRENDIDAS EN EL PERIODO 1945 - 1961)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

**MARIA DEL CARMEN BELLEGARRIGUE MATAMOROS**

PREVIA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

SAN SALVADOR — EL SALVADOR — CENTRO AMERICA

MAYO 1962

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

DR. NAPOLEON RODRIGUEZ RUIZ

SECRETARIO GENERAL

DR. ROBERTO EMILIO CUELLAR MILLA

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

DR. JOSE KURI A.

SECRETARIO

DR. TOMAS PALOMO ALCANE



JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA MEDICA

PRESIDENTE: Dr. Benjamín Mancía  
PRIMER VOCAL: Dr. Luis Jiménez Escalante  
SEGUNDO VOCAL: Dr. Donaldo Moreno

CLINICA OBSTETRICA

PRESIDENTE: Dr. Antonio Lazo Guerra  
PRIMER VOCAL: Dr. José Isaías Mayén  
SEGUNDO VOCAL: Dr. Antonio Mateu Llorc

CLINICA QUIRURGICA

PRESIDENTE: Dr. Carlos González Bonilla  
PRIMER VOCAL: Dr. Julio César Ulloa  
SEGUNDO VOCAL: Dr. Nasif Juan Hasbún.

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE: Dr. Roberto Masferrer  
PRIMER VOCAL: Dr. Narciso Díaz Bazán  
SEGUNDO VOCAL: Dr. José Nicolás Astacio.

D E D I C A T O R I A

A mis Padres:

Dr. Anselmo Bellegarrigue

Dña. Carmen de Bellegarrigue

A mis hermanos:

Anselmo Victor Manuel

Victoria Eugenia

María Teresa B. de Sosa y Mario Sosa O.

Martha M. de Prado y Carlos C. Prado.

A mis familiares y amigos.



A G R A D E C I M I E N T O S

A los Doctores:

Roberto Masferrer

Narciso Díaz Bazán

José Nicolás Astacio

Profesor Humberto Velásquez, doctor en Filosofía y Letras,  
por su orientación en este trabajo.

A mis profesores.

P L A N D E T R A B A J O

- I INTRODUCCION
- II RESEÑA ANATOMICA
- III CLASIFICACION (Resumen clínico-patológico)
- IV HALLAZGOS EN LOS ARCHIVOS DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DEL HOSPITAL ROSALES DE SAN SALVADOR.
- V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS
- VI BIBLIOGRAFIA.

## I N T R O D U C C I O N

Hace poco más de seis años que estoy en contacto con la Anatomía Patológica. Al efectuar los primeros recorridos a través del microscopio, al escrutar los primeros cadáveres, creí alguna vez que encontraría las respuestas a todas mis preguntas; pero, si bien encontré varias de ellas, se formularon otras quizá imposibles de contestar.

Hace poco más de seis años que estoy en contacto con cadáveres enfermos y enfermos vivos. He podido palpar la muerte hasta formarme una plena conciencia de ella, percibiendo la real diferencia que existe entre el individuo que es y el que dejó de ser. Este contacto con la Patología, con el estudio de las causas de los síntomas y de los efectos de la injuria, ciertamente me ha dejado una base de conocimientos científicos. Así es; pero, sobre todo, el contacto con la muerte me ha enseñado a respetar la vida, a estimarla como nuestra única presente posesión y a luchar contra aquello que la menoscaba y la vuelve penosa.

Llegando al final de mi primera etapa, al escribir mi tesis doctoral, inevitablemente caigo en el misterio más hondo de la Patología: el cáncer. Enemigo de la vida y la belleza, el cáncer parece ser la rebelión de nuestras propias células; parece ser una creación refinada y antigua de la humanidad en su continuo afán de destruirse; pero, bajo las lentes, más bien simula simplemente un fenómeno natural.

Enemigo de la vida, duele y consume; enemigo de la belleza, deforma y destruye. Una localización verdaderamente sarcástica

es la del cáncer de la mama en la mujer. El se presenta con más frecuencia en las que no han tenido hijos y en aquellas que ama mantan de manera incompleta.

El sexo, la frecuencia, la morbilidad, su problema diagnóstico y tratamiento, me inclinan a elegirlo para este trabajo, que es una revisión de los archivos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, y una pequeña contribución al estudio de nuestra patología.

Los archivos del Departamento de Patología se inician el 27 de Mayo de 1945, en que fué practicada la autopsia No.1; la primera biopsia, que aparece como No.2, tiene por fecha el 15 de - Junio del mismo año y, a partir de allí, se continúan en forma ordenada hasta el momento actual, en que se cuenta con un núme-ro aproximado de 3.000 autopsias y 45.000 biopsias.

Estos archivos son una fuente de información científica y el testimonio de la obra de su fundador.

En materia de tumores, y sobre todo glandulares, las denomi-naciones y clasificaciones se han mantenido en constante varia-ción. Especificando aún más, en lo que respecta a tumores malig-nos de la mama, ha surgido una clasificación diferentes casi - por cada individuo.

Como es de esperarse, en una unidad de Patología como la nues-tra de 16 años de evolución, y nacida en medio de tantas circunstancias desfavorables, como sucede a las obras realizadas por - un solo hombre, con la colaboración irregular de uno que otro - patólogo extranjero; como es de esperarse, digo, el criterio de clasificación de tumores malignos de la mama es también irregu-

lar y además, algunas veces, por la premura del tiempo y el exceso de trabajo, éstos han sido catalogados únicamente en base a su malignidad.

Por tanto, el objetivo principal de este trabajo es la reclsificación de los tumores malignos de la mama existentes en el Departamento de Patología del Hospital Rosales, utilizando para ello, la nueva clasificación del Armed Forces Institute of Pa--thology, que ha sido adoptada aquí.

## II- RESEÑA ANATOMICA

Las glándulas mamarias descansan sobre la aponeurosis del -- músculo pectoral mayor de cada lado, y se extienden desde la se gunda costilla, por arriba, hasta la sexta por abajo; y desde -- el borde del esternón hasta la línea axilar anterior en sentido transversal.

Tienen forma de hemisferio, en cuyo centro se eleva una papi la, el pezón, circundado por una zona de piel pigmentada, la -- aréola. La glándula está rodeada por una cantidad más o menos -- variable de tejido adiposo; excepto en las zonas correspondien-- tes al pezón y la aréola, la aponeurosis de la mama está unida a la piel.

Cada glándula consta de doce a veinte lóbulos, separados por tabiques fibrosos que van de la aponeurosis superficial a la -- profunda, los llamados ligamentos de Cooper. Cada lóbulo emite un conducto que termina en el pezón.

Microscópicamente, nos interesa la estructura de la mama adulta, la cual ofrece cambios morfológicos relacionados a la fisiolo-- gía de las glándulas. Por tanto, consideraremos la mama en repo so, la mama en el embarazo y la mama lactante.

Estructura histológica de la mama en reposo: El pezón es una es tructura cilindrocónica, recubierta de epitelio plano estratifi cado y queratinizado, Los conductos principales de cada una de las muchas glándulas que constituyen la mama reciben el nombre de conductos galactóforos; ascienden a través del pezón para a brirse en su vértice en orificios separados. Cerca de los orifi

Más profundamente están revestidos de dos capas de células -  
epiteliales cilíndricas apoyadas en una membrana basal. La subs-  
tancia del pezón está constituida por tejido conectivo denso y  
fibras musculares lisas, dispuestas circularmente alrededor de  
los conductos y en sentido longitudinal paralelamente a ellos.-  
Hay también muchos vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas -  
encapsuladas. La epidermis del pezón, como la de la vagina, es  
sensible a los estrógenos.

Cerca de la aréola y en su superficie hay glándulas sudorípa-  
ras modificadas, de gran volumen, pero no tan voluminosas ni --  
tan modificadas como las propias glándulas mamarias; éstas reci-  
ben el nombre de glándulas areolares o de Montgomery.

Como dice arriba, los conductos galactóferos de los diferen-  
tes lóbulos de la mama convergen debajo de la aréola para pene-  
trar la base del pezón. Al acercarse los conductos a la zona de  
convergencia, parece que aumentan ligeramente de volumen; estas  
porciones dilatadas se denominan senos lactíferos.

Las glándulas drenadas por los conductos que convergen en el  
pezón constituyen los lóbulos de la mama. Cada lóbulo está for-  
mado de varios lobulillos; cada conducto galactóforo principal  
tiene varias ramas que, por hallarse en el interior de los lobu-  
lillos, reciben el nombre de conductos lobulillares.

El aspecto que presenta un corte de mama en reposo es el siguien-  
te: el tejido epitelial es poco, representado solamente por u--  
nos conductos o acúmulos de conductos separados ampliamente en-  
tre sí por tejido conjuntivo. Cada conducto está rodeado de una  
cubierta de tejido conjuntivo relativamente rico en células, de

espesor que corresponde aproximadamente al calibre del conducto.

La mama en la gestación: La mama en reposo probablemente no contiene alvéolos secretorios; está formada solamente por un sistema de conductos. A medida que progresa el embarazo aumenta considerablemente el sistema de conductos. Finalmente, en los extremos de las ramas menores de cada uno de ellos, se desarrollan alvéolos secretorios. A medida que se desarrollan alvéolos en los extremos de los conductos, el tejido conectivo se reduce a delgados tabiques irrigados por abundantes capilares. La mayor parte de crecimiento epitelial se observa antes de que termine el 6o. mes de embarazo; luego se vuelve lento. Hacia el final, las células alveolares comienzan a segregar líquido pre-lácteo.

La mama lactante: Los lobulillos están llenos de alvéolos secretorios, entre los cuales pueden observarse algunos conductos interlobulillares. Durante la secreción, probablemente se pierde una parte del citoplasma en los bordes libres de las células. Por tanto, las glándulas mamarias son de tipo apócrino.

Embriología y Filogenia: Al final de la sexta semana de vida embrionaria, en los embriones humanos de ambos sexos, el ectodermo aumenta de espesor a lo largo de dos líneas, cada una de las cuales va de la axila a la ingle del mismo lado. Reciben el nombre de "líneas mamarias"; y sus células tienen potencialidad de crecer, penetrando en el mesénquima subyacente a todo lo largo de cada línea, para producir glándulas mamarias. En la especie humana, este crecimiento se verifica sólo en un lugar de cada línea; no así en los animales, que tienen que alimentar numero-



la axila. En el hombre pueden encontrarse mamas supernumerarias en cualquier punto correspondiente a las líneas mamarias.

A medida que el embrión se desarrolla, de el acúmulo epitelial que va a dar origen a la glándula, se emiten veinte o más cordones celulares que penetran en el mesénquima siguiendo varias direcciones y vienen a formar conductos simples que después se desarrollan llegando a constituir una glándula compuesta.

Las glándulas exócrinas de la piel se forman de la misma manera. Las glándulas sudoríparas son el ejemplo más sencillo de glándula tubular; de ellas se derivan las glándulas mamarias, - las cuales son más voluminosas y modificadas; y con la influencia hormonal llegan a constituir la mama como órgano glandular, La mama es en sí un conjunto de glándulas compuestas derivadas de las glándulas sudoríparas.

III CLASIFICACION DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LA MAMA

El Departamento de Patología del Hospital Rosales de San Salvador ha adoptado la clasificación de los tumores malignos de la mama que se usa en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, que es la siguiente:

I - Enfermedad de Paget del pezón

II - Carcinoma de los conductos mamarios

a) No infiltrante

1- Carcinoma papilar

2- Comedocarcinoma

b) Infiltrante

1- Carcinoma papilar

2- Comedocarcinoma

3- Carcinoma con fibrosis (C. escirroso).

4- Carcinoma medular con infiltración linfoide.

5- Carcinoma coloide.

III- Carcinoma de los lóbulos.

a) No infiltrante

b) Infiltrante

IV - Carcinoma relativamente raros.

a) Carcinoma de glándulas sudoríparas

b) Carcinoma intraquístico

c) Carcinoma adenoquístico

d) Carcinoma espinocelular

e) Carcinoma basocelular

f) Carcinoma con metaplasia ósea y cartilaginosa.

- V - Cistosarcoma filodio maligno
- VI - Liposarcoma
- VII- Angiosarcoma
- VIII- Linfosarcoma
  - a) Linfosarcoma folicular
  - b) Linfosarcoma difuso
  - c) Retículosarcoma.
- IX - Sarcomas miscelaneos
- X - Formas combinadas.

### Notas para la clasificación:

Como puede observarse, no se usa en esta clasificación la palabra adenocarcinoma; según opinión del Dr. Stewart, porque todo carcinoma originado en la glándula es un adenocarcinoma; sin embargo, podríamos suponer un carcinoma de tipo malpighiano originado en la piel que recubre la mama, el cual no tendría derecho a llamarse adenocarcinoma. Pero como la clasificación determina de una vez si el carcinoma es canalicular o lobular, este pequeño problema está obviado.

La enfermedad de Paget se señala separadamente por su importancia clínica; pero debemos entenderla como un fenómeno que es la expresión cutánea de un carcinoma canalicular subyacente.

Los carcinomas canaliculares (papilar y comedocarcinoma); no infiltrantes, señalados en la clasificación, no ha sido posible encontrarlos en los archivos del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, posiblemente porque nuestra gente consulta cuando sus lesiones ya están avanzadas; pero aún así, yo no podría clasificar como tipo no infiltrante un tumor el cual no puedo tener en mi poder, en la totalidad para su estudio, sino sólo la parte de láminas que se conservan en los archivos.

En la clasificación aparece más abajo el cistosarcoma filodoido en su variedad maligna. Tomaremos los hallazgos encontrados por los doctores Dr. J. Nicolás Astacio y N. Díaz Bazán, en el estudio que se practicó sobre estos tumores.

Breve resumen de las descripciones microscópicas ya aceptadas - e ilustraciones con fotografías tomadas del material del Departamento de Patología del Hospital Rosales.

Enfermedad de Paget.

Las clásicas células de Paget son de forma ovoide, con citoplasma tumefacto y pálido. En la fijación se retrae un poco, apareciendo separado de las células que lo rodean; el núcleo es grande, redondo u ovoide. Pueden encontrarse tanto linfocitos como polinucleares. Las células de Paget son más frecuentes en la capa malpighiana y parece que, con el crecimiento del epitelio, acompañan a las células epidérmicas hasta la queratinización. (ver en la fotografía marcada con la letra A).

Carcinoma canalicular papilar infiltrante (B):

Está caracterizado por el crecimiento atípico papilar del epitelio de los conductos, el cual se eleva en proyecciones solitarias digitadas, que usualmente poseen tallo bien vascularizado. Las proyecciones papilares del tumor, se unen en la luz del conducto formando puentes celulares que semejan en conjunto los radios de una rueda de carreta. En algunas áreas, la proliferación celular es tan densa que las propiedades básicas papilares se hallan sobrepasadas. La luz del conducto se reduce progresivamente y al final, se oblitera. Las áreas del carcinoma papilar intraductal no se necrosan, como en el comedocarcinoma.

Algunos de estos tumores no presentan un alto grado de atipicidad celular. Individualmente, las células son por lo general medianas, el hipercromatismo no es impresionante y el grado de división celular es bajo. La alteración histológica de mayor -

significado es un trastorno de la polaridad celular. Al mismo tiempo se encuentra en el tejido pericanalicular, la infiltración de células malignas.

Este tipo de cáncer se considera como la fase final del carcinoma canalicular no infiltrante, en el cual se encuentra el mismo cuadro histológico, a excepción de la infiltración del tejido.

En el Departamento de Anatomía Patológica no podemos asegurar el diagnóstico de C. canalicular no infiltrante, pues los casos tratados aquí, por lo general, ya han pasado su primera etapa, debido al poco cuidado que de su estado de salud tiene nuestra gente.

#### Comedocarcinoma (C).

La forma no infiltrante de comedocarcinoma difiere del carcinoma papilar en que el crecimiento dentro de los conductos es generalmente más sólido, y se acompaña de necrosis central. El verdadero comedocarcinoma no infiltrante es un tipo raro de carcinoma canalicular. Las células tienen un grado de atipicidad que excede a lo usual del carcinoma papilar; son más largas, más hipercromáticas, muestran mayor pérdida de la polaridad. Son mucho más anaplásicas.

En la lámina se observa una zona representativa, que sin ver el resto podría catalogarse como un comedocarcinoma no infiltrante.

El comedocarcinoma infiltrante tiene todas las potencialidades histológicas de las variadas formas de carcinoma canalicular.

Se encuentran tumores que desarrollan el tipo de carcinoma - escirroso, o carcinoma medular, y a veces se vuelve gruesamente coloide.

En ocasiones, la citología corresponde al llamado carcinoma de glándulas sudoríparas y de nuevo ciertas áreas de un comedo-carcinoma infiltrante se vuelven a células espinosas; es decir, existe un aspecto pleomórfico.

Carcinoma Escirroso o Carcinoma canalicular infiltrante con fibrosis productiva. (D):

Microscópicamente muestran un grado variable de distorsión - estructural en relación al patrón; desde un crecimiento celular bastante ordenado hasta un bien definido pleomorfismo. Las células son medianas generalmente, uniformes por sus cualidades de coloración. Hay producción de fibrosis variable; y en aquellos altamente fibrosos, las células epiteliales aparecen tan comprimidas que se vuelven fusiformes.

La lámina D muestra un ejemplo de C. escirroso.

IV HALLAZGOS EN LOS ARCHIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA -  
PATOLOGICA DEL HOSPITAL ROSALES DE SAN SALVADOR.

Comenzamos por reunir la totalidad de las biopsias de mama - que se encuentran en los archivos del Departamento de Patología y observamos la gráfica número 1 que comprende el período -- 1945-1960.

Hay una curva progresivamente ascendente hasta 1957, que luego desciende bruscamente quedando casi a un mismo nivel en los últimos 3 años.

Esto se debe a factores de tipo humano, relacionados al desarrollo de la patología en el Hospital Rosales y, por ende, al resto de Hospitales de la República.

Vemos hasta 1951 el nacimiento del estudio de la patología.- El médico del país no contaba antes con este medio de diagnóstico, no estaba acostumbrado a él, y por tanto rara vez enviaba una biopsia para su estudio. Pero en 1952 comienza una elevación entusiasta de la curva que podríamos llamarla el "crecimiento natural" hasta llegar a su máximo; y de pronto hay un descenso y una línea casi recta de los últimos 3 años ¿Porqué? Por nuevos factores humanos.

En 1957 se estableció que el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales únicamente daría servicio a su clientela de caridad. Recordemos que esta no es una gráfica relativa a nada, pues se toman en ella el número exacto de biopsias de mama por año.



En vista de los resultados de la gráfica número 1, en la presente gráfica No.2 consideramos las biopsias de mama en relación al número total de biopsias existentes en los archivos. Para mayor facilidad se toman 40.000 biopsias, las cuales datan de -- 1945 a 1961 dividiéndolas en grupos de 5.000 y considerando por separado: tumores malignos, tumores benignos y procesos inflamatorios. Abajo se escriben los grupos de 5.000, a la izquierda el número de biopsias y por curiosidad, arriba, los años correspondientes en que se han verificado cada 5.000 biopsias.

Aquí hay bastantes puntos que analizar: la columna negra representa tumores malignos, la blanca los benignos y la otra, los procesos inflamatorios.

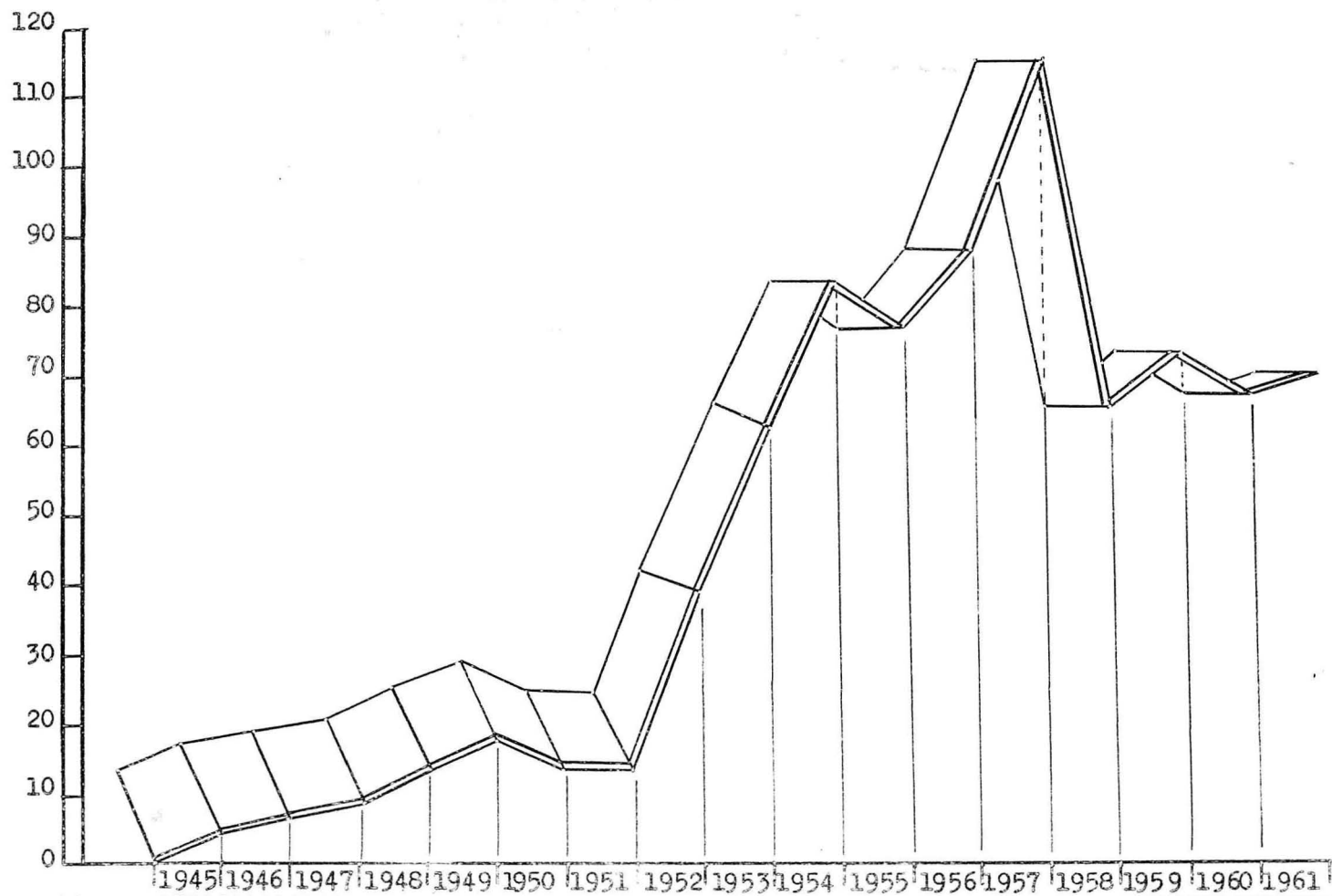
1o.- Se observa que las columnas representativas de los tumores malignos tienen casi la misma altura en los primeros 3 grupos de 5.000 biopsias generales; en cambio, la columna blanca crece.

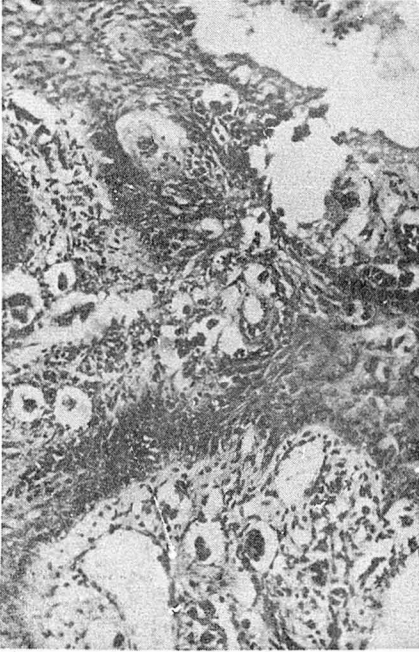
Este fenómeno es probablemente debido a que en los primeros tiempos del estudio de la patología del país, el médico enviaba para su estudio unicamente muestras de aquellas lesiones muy llamativas, cuyo diagnóstico macroscópico de cáncer era evidente; después viene la tendencia a estudiar toda pieza quirúrgica y vemos el aumento de biopsias de tumores benignos.

En cambio los procesos inflamatorios y degenerativos mantienen una línea más o menos uniforme.

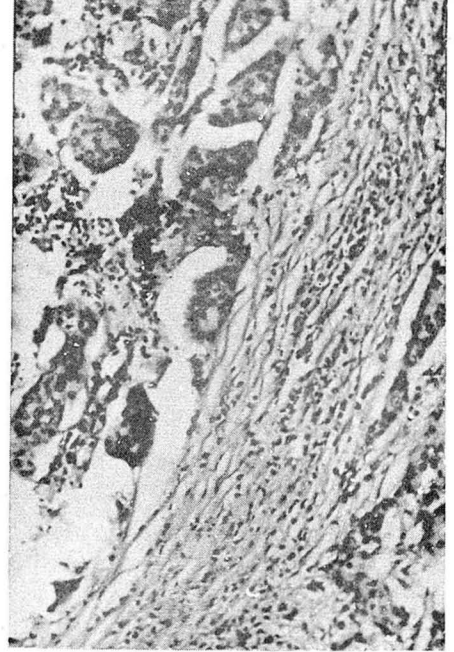
2o.- En los dos últimos grupos de 5.000 biopsias hay un notable descenso de las 3 columnas, sin que se pierda la relación entre ellas.

Gráfica No.1- Biopsias de mama encontradas por año en el Depto.de Anatomía Patológica

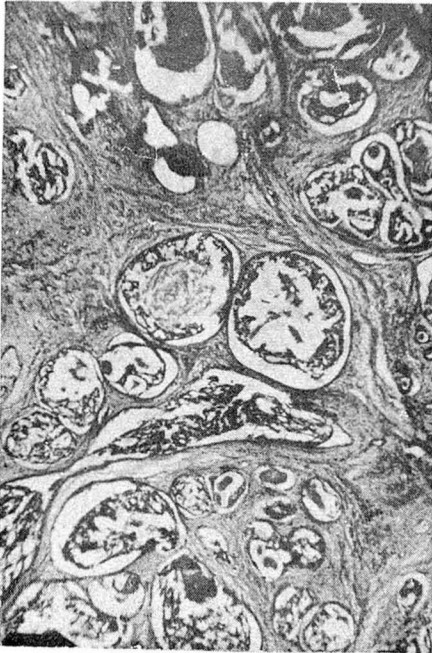




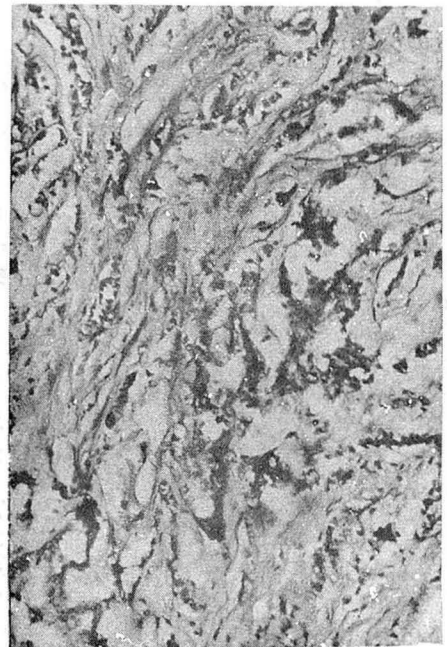
A. Enfermedad de Paget



B. C. Canalicular papilar Infiltrante.



C. Comedocarcinoma



D. C. Canalicular con fibrosis

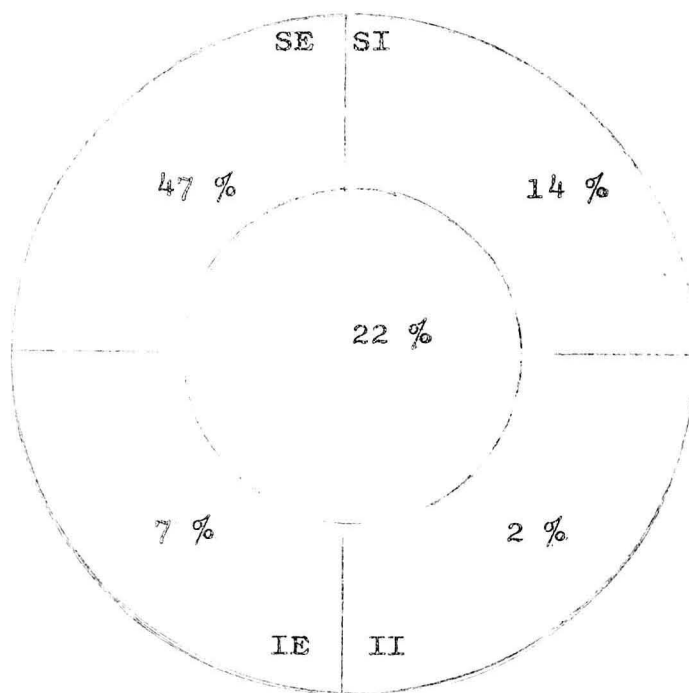
Encontramos 222 casos de tumores malignos de la mama en las primeras 40.000 biopsias archivadas en el Departamento. De estos 222 casos, solamente se constató la edad de 189.

La gráfica No.3 representa la incidencia del cáncer según las edades. El caso más joven se trataba de una muchacha de 18 años de edad que adolecía de un tumor sarcomatoso. Y el caso de mayor edad fué una anciana de 80 años que presentó un carcinoma tipo escirroso.

Para mayor facilidad se han agrupado los casos por décadas de vida; y se observa que la mayor incidencia existe desde los 30 años hasta los 60, y la década más afectada la de 41 a 50.

En lo que respecta a la localización, se sabe que el cuadrante más afectado es el superoexterno; luego sigue el pezón o zona central, después el cuadrante supero interno, y el menos frecuente tomado es el infero interno.

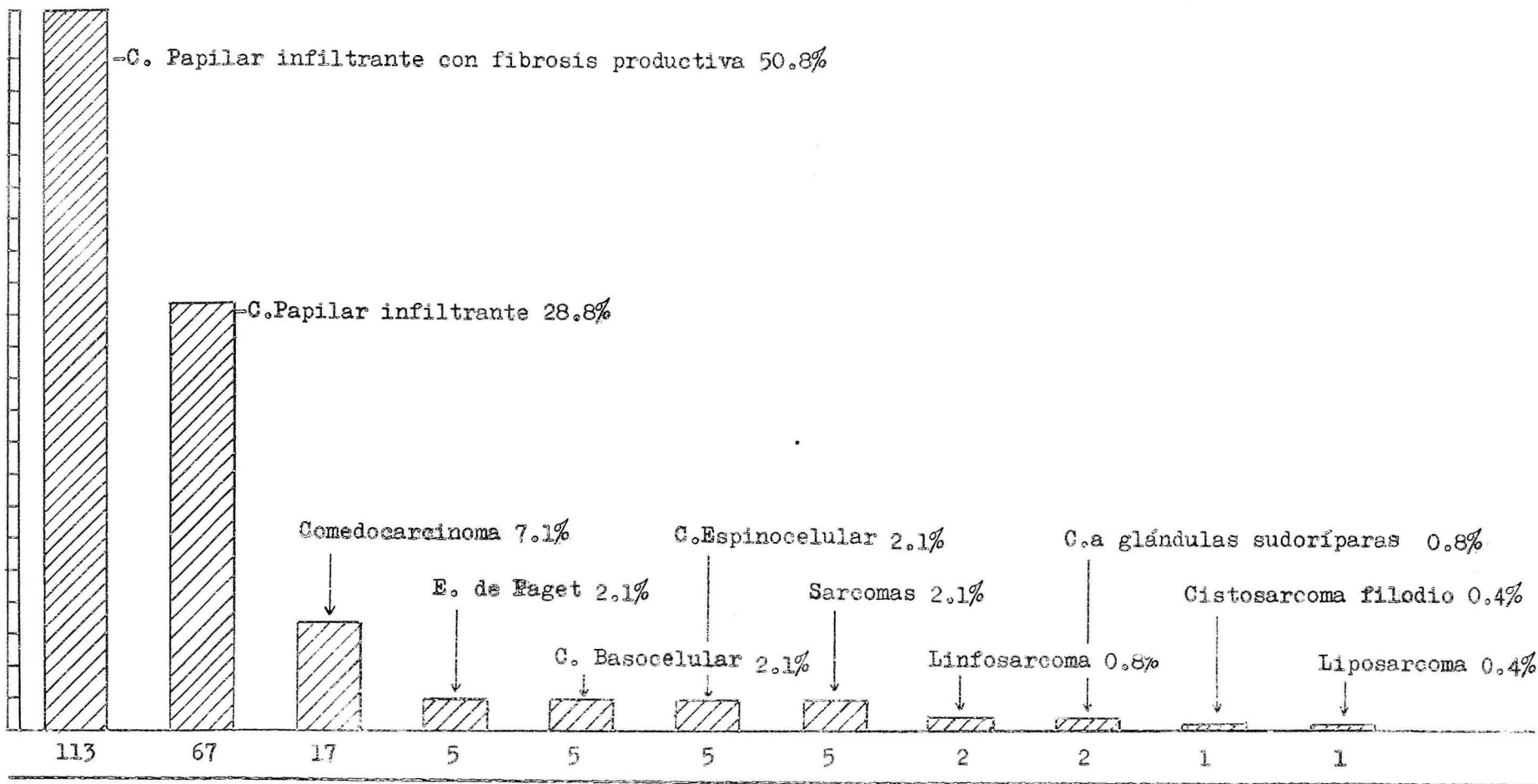
El libro de Regato - Ackerman trae el presente diagrama de un estudio sobre 200 casos llevado a cabo por ellos.



Aquí no se hizo un análisis según la localización de la lesión, pues es de lamentar que sólo en un caso se constató el cuadrante tomado, y raras veces, quizá en un tercio de los casos, cual de las dos mamas.

De los 222 casos, uno es de sexo masculino, la biopsia 23729 y se trata de un carcinoma basocelular originado en la piel.

Gráfica No.4 - De la clasificación de tumores malignos de la mama y porcentajes.



Después de revisar cada uno de los 222 casos, la clasificación ha quedado como aparece en la gráfica número 4.

Se encontró el carcinoma canalicular con fibrosis productiva como el más frecuente; para nosotros el 50.8 %.

En el Armed Forces Institute of Pathology, el Dr. Stewart encontró que significaba el 70%.

Luego sigue el canalicular papilar infiltrante con el 28.8% y el tipo comedocarcinoma infiltrante 7.1%.

Luego vemos que la enfermedad de Paget, que yo la incluiría entre los carcinomas canaliculares, representa sólo el 2.1 %.

Si tomáramos los C. epidermoides como una sola entidad, representarían el 4.3%; pero separados espinocelulares de basocelulares va para cada uno el 2.1 %.

Los otros cuatro se han encontrado muy raras veces y no representan ni una unidad por ciento.

Carcinoma canalicular Infiltrante con fibrosis:

B- 4	B- 8473	B- 14656
B- 74	B- 9246	B- 14707
B- 189	B- 9342	B- 15300
B- 465	B- 9423	B- 15389
B- 605	B- 10083	B- 15497
B- 628	B- 10227	B- 15752
B- 813	B- 10391	B- 15911
B- 820	B- 10594	B- 15924
B- 1295	B- 10959	B- 16314
B- 1484	B- 11062	B- 16987
B- 1531	B- 11255	B- 17831
B- 1929	B- 11798	B- 18018
B- 2885	B- 11860	B- 18486
B- 4203	B- 11916	B- 18687
B- 4546	B- 12066	B- 18792
B- 4657	B- 12235	B- 18978
B-44919	B- 12279	B- 19089
B- 4953	B- 12335	B- 19457
B- 5517	B- 12703	B- 19625
B- 6939	B- 12935	B- 20009
B- 7019	B- 13099	B- 20206
B- 7044	B- 13412	B- 20267
B- 7127	B- 13861	B- 20777
B- 7360	B- 14239	B- 21026
B- 8460	B- 14242	B- 21026



B- 21038	B- 25524	B- 30181
B- 22222	B- 25570	B- 34349
B- 22324	B- 25609	B- 34700
B- 23163	B- 26025	B- 34835
B- 23241	B- 26811	B- 35562
B- 23392	B- 26857	B- 35655
B- 23897	B- 26959	B- 37617
B- 23952	B- 27064	B- 37723
B- 24067	B- 27118	B- 37895
B- 24269	B- 27573	B- 38034
B- 24732	B- 27640	B- 39601
B- 24870	B- 27988	B- 24985
B- 28864	B- 25268	B- 29330

Carcinoma infiltrante papilar.

B- 256	B- 5954	B- 17852
B- 410	B- 6060	B- 18379
B- 1250	B- 6579	B- 18733
B- 1279	B- 6825	B- 19120
B- 1725	B- 7040	B- 19481
B- 1806	B- 7137	B- 21933
B- 1891	B- 7482	B- 23822
B- 1916	B- 7652	B- 23891
B- 1959	B- 8797	B- 24209
B- 2791	B- 8926	B- 25103
B- 2864	B- 9248	B- 25107
B- 3004	B- 9605	B- 25165
B- 3135	B- 9844	B- 26175
B- 3531	B- 9999	B- 28716
B- 3969	B- 11408	B- 29577
B- 4030	B- 11468	B- 30979
B- 4174	B- 11548	B- 31200
B- 4554	B- 11624	B- 32565
B- 4592	B- 12812	B- 33792
B- 4841	B- 13840	B- 31782
B- 5156	B- 14039	B- 35389
B- 5892	B- 16085	B- 39470
B- 39903.		

Comedocarcinoma infiltrante.

3019	15240	32429
14799	17398	13045
17358	22564	12797
19156	3814	18244
36301	16237	36055
3508	17771.	

Cistosarcoma filodio. (malignos, benignos e intermedios).

B- 4599-b	B- 6250-b	B- 6666-b
B- 8190-I	B-32215-b	B-37382-b
B- 29829-I	B-39875-b	B-20933-b
B- 39739-41-M	B-40454-I	

Enfermedad de Paget del pezón.

B- 87	B- 7160	B- 11248
B- 27160	B- 7672	

Carcinoma espinocelular.

B- 6967	B- 9339	B- 26259
B- 39763	B- 12401.	

Carcinoma basocelular.

B- 7175	B- 17108	B- 23729
B- 39231	B- 26403.	

Sarcomas miscelaneos.

B- 737	B- 11174	B- 16966
B- 18274	B- 18038.	

Linfosarcoma difuso.

B- 1665

B- 1628

Carcinoma de glándulas sudoríparas.

B- 5953

B- 6139

Liposarcoma.

B- 25568

## V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

1o.- Se han revisado 40.000 biopsias archivadas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Rosales de San Salvador, encontrándose un total de 663 biopsias de mama, de las cuales 588 son neoplasias y 75 procesos inflamatorios y degenerativos.

De los 588 neoplasias, se aislaron 222 casos de cáncer.

2o.- Se han reclasificado estos 222 casos según la clasificación del Armed Forces Institute of Pathology, contribuyendo con esto para la codificación que actualmente se lleva a cabo en los archivos del Departamento de Patología del Hospital Rosales.

3o.- Se buscan datos estadísticos; pero se encuentra un buen margen de error por factores condicionales que son un reflejo pintoresco de nuestra medicina aún naciente, que se retrata en la corta evolución del estudio de la Patología del país.

En conclusión, se ve que no podemos hablar fuerte todavía; pero sí podemos hacerlo con muchas esperanzas ya que la investigación muestra una curva progresivamente ascendente.

Esto pone de manifiesto que conforme el tiempo avance podemos contar con estudios más completos de las piezas anatómicas, lo cual constituye el refinamiento de uno de los más exactos métodos de diagnóstico.

En relación al cáncer en general, ya se ha sugerido en numerosas ocasiones que debe de hacerse conciencia en la población para lograr lo más posible un diagnóstico precoz; y no está mal repetirlo. Pero, en relación al cáncer de la mama y su

investigación, quiero hacer hincapié en que debería hacerse - constar, en cada biopsia, el sitio exactos de la lesión, es - decir, el cuadrante de la mama para fines estadísticos.

Finalmente, en lo que al estudio de la Patología se refiere sigo creyendo que es necesario que se centralice la investigación anatomopatológica de toda la República para un mejor control de los casos. Para ésto, sería ideal construir un Instituto de Patología en San Salvador.

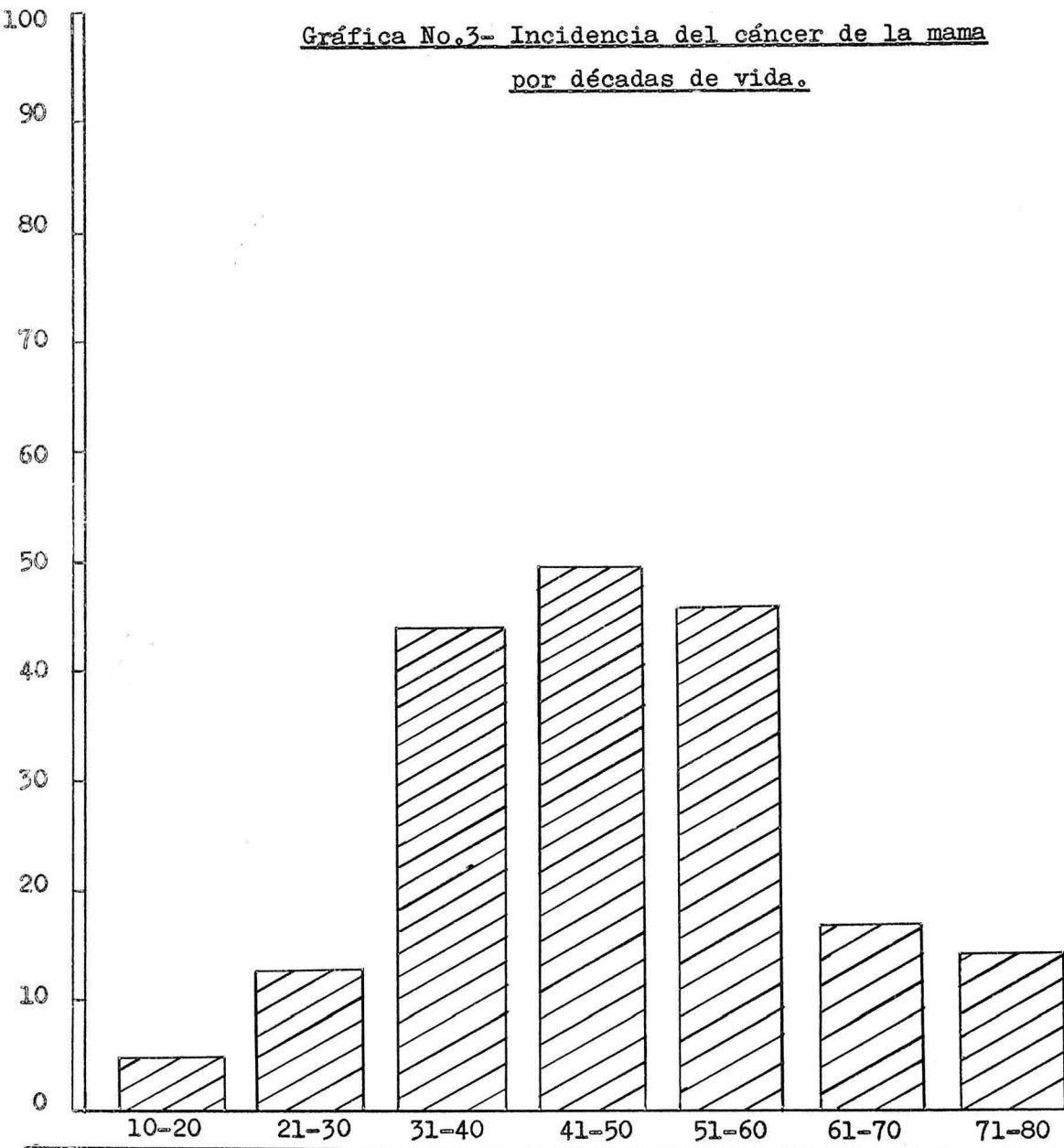


Existe una forma de explicar este descenso relativo, aunque no con números; pero es posiblemente debido a que con los nuevos métodos de estudio adoptados por el Departamento de Anatomía Patológica, y la mayor afluencia de público al Hospital de Maternidad, haya aumentado el número de biopsias de otra clase. (Para el caso, productos de raspado uterino).

Por eso, si vemos los años escritos arriba, podemos asegurar que más o menos desde 1958 el Departamento de Patología estudia más de 5.000 biopsias por año, En 1961 se estudiaron más de -- 7.000.-



No.de Casos



B I B L I O G R A F I A

- 1.- Fred W. Stewart, M.D. TUMORS OF THE BREAST Armed Forces Institute of Pathology. Washington 25 D. C., 1950.
- 2.- Arthur W. Ham. HISTOLOGIA, Tercera Edición 1960, Editorial Interamericana.
- 3.- Regato - Ackerman - CANCER (Diagnóstico, tratamiento y pronóstico). Editora "UTEHA", 1951.
- 4.- Anderson, W. A. D. PATHOLOGY 3th Ed. C.U. Mosby Company St. Louis U. E. A., 1957.
- 5.- Anderson, W. A. D. SYNOPSIS OF PATHOLOGY, 4th Ed. C. U. Mosby Company, St. Louis U. E. A., 1957.
- 6.- Pérez Tamayo -Ruy - PRINCIPIOS DE PATOLOGIA, 1a. Edición La Prensa Médica Mejicana, México, 20 D. F., 1959.
- 7.- Karsner, Howard T. HUMAN PATHOLOGY, 8th Ed. J. B. Lippincott Company, Philadelphia.
- 8.- Davis - Christopher, TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA, 6a. Edición 1958, Editorial Interamericana , S. A.
- 9.- Sosa Orellana, Mario, CANCER EN EL SALVADOR, Tesis Doctoral 1954.
- 10.- Astacio, Julio Ernesto, CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL CANCER EN EL SALVADOR, Tesis Doctoral, 1960.
- 11.- Díaz Bazán, Narciso - Astacio, J. Nicolás, SARCOMA Y CISTO SARCOMA FILODIO (Estudio analítico) Diciembre 1961.
- 12.- Díaz Bazán, Narciso - Masferrer, Roberto - CANCER BILATERAL SIMULTANEO DE LA MAMA, Diciembre 1958.
- 13.- Díaz Bazán, Narciso - Bloch, Max - CITOLOGIA DE TUMORACIONES DE LA MAMA, Archivos del Colegio Médico de El Salvador, Vol. 13, Septiembre 1960.