

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Cirugía



TESIS DOCTORAL

**Evolución de enfermas mastectomizadas por neoformación
de mama y su correlación con estrógenos urinarios**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Francisco Turrión Sanz

Madrid, 2015

Francisco Turrión Sanz

TP
1981

121



* 5 3 0 9 8 5 5 9 8 5 *
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

x - 53 - 6767 67 - 2

EVOLUCION DE ENFERMAS MASTECTOMIZADAS POR NEOFORMACION
DE MAMA Y SU CORRELACION CON ESTROGENOS URINARIOS

Departamento de Cirugía
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
1981



BIBLIOTECA

© Francisco Turrión Sanz
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1981
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-15920-1981

EVOLUCION DE ENFERMAS MASTECTOMIZADAS POR NEOFORMACION
DE MAMA Y CORRELACION CON ESTROGENOS URINARIOS.

Agradesco al Dr. San Román Terán la
dirección de esta tesis, y al Dr. Cifuen-
tes Langa su estímulo y apoyo para reali-
zarla. . .

A mi esposa Lola e hijos

INDICE

I - Introducciónpág. 4

II - Bioquímica de los estrógenospag. 8

III - Material y métodospag.18

IV - Resultadospag. 99

V - Discusiónpag 122

VI - Conclusionespag 132

VII - Bibliografía pag 134

I - INTRODUCCION

El cáncer de mama forma parte de los tumores hormono-dependientes como comprobó primeramente Beatson en 1.896 con la practica de la ovariectomía en enfermas con ciclo menstrual normal, para la supresión de una de las fuentes de estrógenos.

Desde entonces se ha aceptado este supuesto hasta la actualidad, existiendo autores como Niessen-Meyer que consideran su indicación siempre que existan valores estrogénicos, bien por determinación urinaria o por frotis vaginal, incluso hasta los setenta años.

Posteriormente a la ovariectomía se encuentra influido todo tumor mamario por las hormonas sexuales procedentes de las glándulas suprarrenales, portadoras de esteroides de 18, 19 y mas átomos de carbón, especialmente de estrona en lo que se refiere a los primeros.

Igualmente facilitan el desarrollo de tumores en la mama otras hormonas como la prolactina y la hormona somatotropa de la hipófisis.

Teniendo en cuenta estas relaciones hormonales con el desarrollo de los tumores mamarios se practican igualmente intervenciones o tratamientos médicos que frenen o eliminen la acción de estas glándulas al igual que las de los ovarios.

La existencia de un periodo asintomático después de la ovariectomía por encima de un año hace suponer la posibilidad de una buena respuesta a un tratamiento hormonal posterior. Pero es indudable, que el cáncer de mama tiene una hormono-dependencia parcial atribuible según Pearson en 1.957 (53) a la diferente constitución cromosómica de las células carcinomatosas. Estas pueden adquirir caracteres masculinos con la aparición de un cromosoma Y, constituyendo una evolución celular sexual como pregoniza Claveron 1.962 (19). Estos caracteres serían mas difíciles definir en las mujeres ovariectomizadas o después de la menopausia.

Han sido estudiados elementos biológicos diferentes para su apreciación tales como:

- 1) Tipo histológico de lesión: un carcinoma muy diferenciado deberá ser hormonodependiente pero su diferenciación puede variar en las metástasis en relación con el tumor primitivo.

2) Tasa de esteroides de C 18 a 21: la valoración total de los tres estrógenos no tiene significación y si en cambio la relación entre los tres, o con sus metabolitos u otras hormonas esteroideas .

La determinación de los 17- estosteroides y de la etiocolanolona urinarias, método del discriminante de Bulbrook, se considera una de las más exactas.

3) Medida de FSH hipofisaria, que si se encuentra aumentada en la orina de la mujer joven y ovariectomizada, entre 5 y 40 U. , indicaría otra fuente de estrógenos y la necesidad de una suprarrenalectomía médica o quirúrgica y en los casos indicados hipofisectomía.

4) Estudio del frotis vaginal: se han observado formas activas después de la ovariectomía y menopausia e incluso después de la suprarrenalectomía, y sobre todo después de la androgenoterapia que indican una dishormonogénesis proveniente del tejido tumoral mismo.

5) La apreciación del intervalo libre entre la intervención y la aparición de metástasis o la respuesta a la ovariectomía en el caso de presentarse estas, se encuentra según Darzent (1971) (24) entre las mayormente seguras.

En el presente trabajo se ha elegido la determinación fraccionada de los estrógenos urinarios como indicación de la actividad hormonal tanto en enfermas pre como postmenopausicas con cáncer de mama , en primer lugar, determinantes de la ovariectomía profiláctica.

Es indispensable el control de la actividad hormonal en enfermas jóvenes ovariectomizadas aunque también en las menopausias para sentar una indicación hormonal, motivo de una segunda base de estudio.

Ante un tratamiento hormonal debe de controlarse su efecto de rebote por la posibilidad de transformación de andrógenos en estrógenos bien por el tejido tumoral o por la suprarrenal, ovarios o metabolismo hepático ^{West (1958) y Adams (1958)}

De este plantamiento ~~de la~~ ^{se ha} requerido ~~revisiones~~ ^{revisiones} a largo plazo ~~(en el trabajo)~~ ^{para observaciones}, ~~que son~~ ^{que son} ~~formas~~ ^{formas} ~~asintomáticas~~ ^{asintomáticas} llegan ampliamente a los diez años ~~posterior~~ ^{posterior} intervenidas quirúrgicamente antes de 1970, en el Servicio de Ginecología General de la Fundación Amador Díaz, donde se recibió el material necesario, realizado el plantamiento por el Dr. Cifuentes Langa y colaborado el Dr. San Román.

Tratamiento en función de la hormonodependencia.

En el cáncer de mama femenino está indicada la ovariectomía en forma profiláctica en todas las enfermas con actividad sexual y siempre que existan metástasis ganglionares, como han comprobado Niessen-Meyer y colab. en 1.965 (49) con series de enfermas de cinco años, ovariectomizadas o no, observando la supervivencia mayor de un año y el intervalo libre igualmente aumentado.

En enfermas postmenopáusicas, los ovarios pueden transformar la testosterona en estradiol o pueden ser el origen de formas de ci tología vaginal activa en mujeres cancerosas en proporción doble que las normales, encontrándose hasta un veinticuatro por ciento según autores como Dargent (24). Por estos motivos puede practicarse también la ovariectomía, o tratamiento hormonal.

Con esta intervención se consigue un descenso de los estrógenos urinarios a los valores normales de mujeres postmenopáusicas, ya que éstos no desaparecen completamente como se conoce por diferentes tra bajos como los de Bulbrook (15).

Otros intentos terapéuticos, médicos o quirúrgicos, practicados para la supresión de los estrógenos, en casos de comprobada de pendencia hormonal, son la suprarrenalectomía, que destruye la posibilidad de síntesis de esteroides de C 18, y la hipofisectomía. Ambas terapéuticas tienen indicación en las mujeres entre cuarenta y sesenta y cinco años, respondiendo mal por debajo de esta edad.

Las determinaciones de los estrógenos urinarios tienden a de cender fundamentalmente cuando no hay signos de actividad tumoral, aunque incluso no están ausentes ni después de la hipofisectomía . Esto indicaría nuevas fuentes de formación de estrógenos entre las que estaría implicada el tejido tumoral, como señala Bulbrook (16)

Responden a estos tratamientos las lesiones de partes blandas, óseas y viscerales, especialmente el pulmón y mas difícilmente el hi gado y el cerebro.

En enfermas jóvenes y menores de cuarenta años, así como las que han sido ovariectomizadas o son menopáusicas, se puede iniciar un tratamiento de quimioterapia hormonal y /o antimitótica con las que se consigue frenar las hormonas hipofisarias y cambiar el medio hormonal.

En casos de tratamiento con hormonas masculinas, como la testosterona o sus derivados menos virilizantes, pueden surgir a dosis elevadas, con mas frecuencia de 100 miligramos semanales, trastornos del metabolismo del calcio y del agua, como consecuencia de producir hipercalcemias. Estas se motivarían por la excesiva movilización de calcio con existencia de cuadros gastrointestinales y neurológicos principalmente.

Estas hormonas están indicadas para el tratamiento de las metastasis de partes blandas, óseas y de pulmón.

Por otra parte se puede utilizar la quimioterapia antimitótica no hormonal en los mismos casos citados anteriormente, Presenta esta terapéutica el riesgo de una mortalidad del cinco por ciento cuando se practica intensivamente.

Su mecanismo de acción a nivel hormonal, se basa en una inhibición de la actividad ovárica, suprarrenal e hipofisaria como afirma Flechter (26) por el estudio citológico vaginal y hormonal.

Está especialmente indicada en los casos menos sensibles a otras terapias hormonales como son principalmente las mujeres menores de cuarenta años.

Tienen la ventaja de poder realizar tratamientos múltiples entre los que se asocia un esteroide suprarrenal y tres o cuatro preparados antimitóticos y antiblásticos diferentes que actúan a diferentes niveles de la reproducción celular. Con estos preparados se obtienen porcentajes de remisiones muy variables según diferentes autores como Cooper, Brennan, etc..

crita por Ryan (56).

b) eliminación por vía biliar al intestino, donde se recoge el 40% de los estrógenos marcados con C_{14} (55).

c) conjugación con el ácido glucurónico o sulfatos, originando los glucurónidos o sulfoconjugados correspondientes, que pasan a la sangre y por ser solubles son eliminados por vía renal en un 15% de su totalidad (12).

d) degradación mal conocida a productos cetónicos, alcohólicos, anhídrido carbónico y urea.

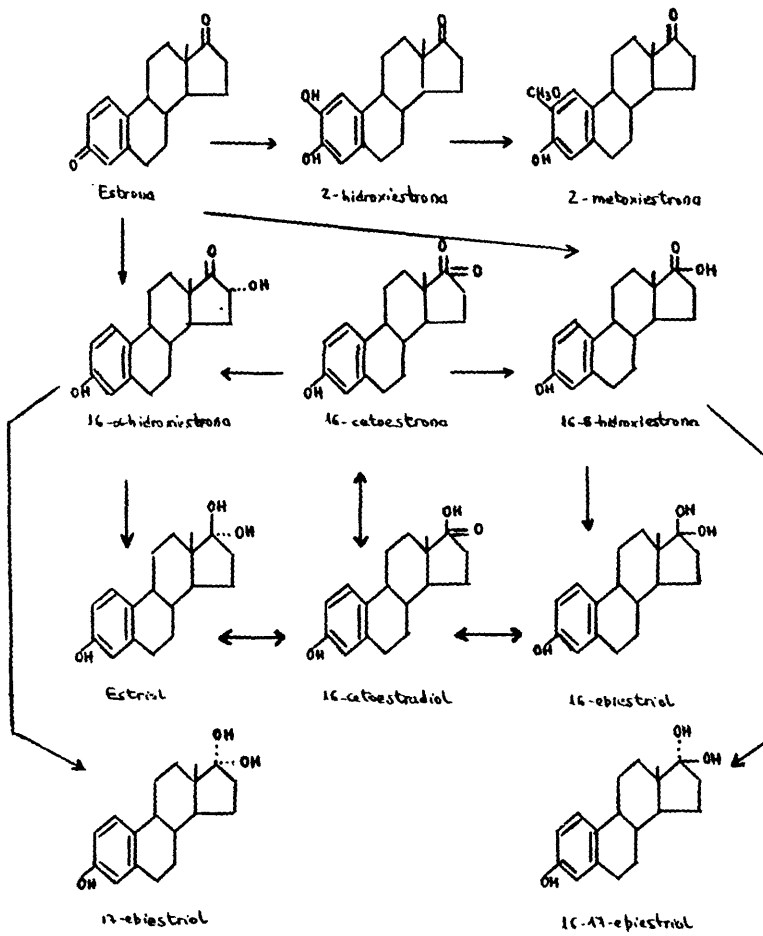
Es preciso tener en cuenta la transformación de andrógenos en estrógenos por parte de la glándula hepática, descrita por Heard en 1.955, a la hora de valorar un tratamiento hormonal.

Las alteraciones metabólicas derivadas de enfermedades hepáticas reducen marcadamente la 2-hidroxilación del estradiol, persistiendo no obstante la 16-hidroxilación (Stoa, 1.967) (60), por lo que tiende a aumentar la conversión de estradiol hacia estriol.

Ciertas disendocrinias, como el hipertiroidismo, aumentan la oxidación del C_2 del estradiol, con producción de estrógenos lábiles (2-metoxiestrona y 2-hidroxiestrona) y disminuyen la eliminación de estriol en orina. El fenómeno contrario ocurre en el hipotiroidismo (13)

IV. Eliminación. - Otra vía de eliminación estrogénica la constituye la orina, en la que las mayores proporciones corresponden al estriol y estrona, siendo menor la cantidad de estradiol.

METABOLISMO DE LOS ESTROGENOS



CADR14-2

La estrona se elimina como tal y en forma de los compuestos 2-metoxiestrona, 16-alfa-hidroxiestrona y 3,16-beta-17-beta-estriol.

Los valores totales diarios durante el ciclo, en la mujer púber no grávida, sufren variaciones, obteniéndose cifras relativamente bajas en la primera fase del ciclo (fase estrogénica), experimentando un aumento brusco, con ligero descenso en el momento de la ovulación. Otro aumento estrogénico tiene lugar hacia la mitad de la segunda fase del ciclo (fase luteínica), manteniéndose hasta unos días antes de la menstruación.

Las proporciones relativas de los tres estrógenos son de 28, 16 y 56 por cien, de estrona, estradiol y estriol, en este orden, durante la fase estrogénica, convirtiéndose en 25, 19 y 56 por cien, en la fase luteínica (29), para totalizar aproximadamente entre 20 y 60 microgramos/ día respectivamente.

En el embarazo aumentan considerablemente las cifras de estrógenos, de modo paulatino hasta el término del mismo (30), mientras que en la menopausia descienden claramente aunque sin llegar a cero, ya que sus valores normales oscilan entre 4 y 7 microgramos de estrógenos totales en veinticuatro horas.

En las enfermas portadoras de neoplasia de mama, previamente a la intervención quirúrgica, o tratamiento hormonal, no se observan variaciones en las determinaciones estrogénicas urinarias, independientemente de su estado pre o postmenopáusico, (54).

Los estrógenos urinarios en enfermas tratadas quirúrgicamente, con o sin tratamiento hormonal, por neoplasias de mama han sido muy variables en la literatura y serán el objeto de estudio en este trabajo en relación con su estado clínico y tratamiento.

Síntesis de estrógenos por tejidos endocrinos.-

Merced a los trabajos de Pincus y otros autores se conocía la síntesis de corticoides y andrógenos, así como la de progesterona, a partir del colesterol. La primera evidencia de la unión de la biosíntesis de estrógenos y otros esteroides, se debe a Heard y colaboradores (1.955) (33), quienes administraron testosterona- C_{14} a una yegua embarazada, obteniendo en la orina estrona marcada. Un año más tarde, Bagget y colab. (6) lo comprobaron a su vez con tejido ovárico, detectando la presencia de estradiol marcado. Fue definitivamente Ryan (56) en 1.951, quien estableció que los estrógenos eran sintetizados en el ovario utilizando las mismas vías y precursores intermedios que las otras hormonas esteroideas, mediante la incubación in vitro de ovario con progesterona- C_{14} , obteniendo androstenediona y posteriormente estradiol y estrona, cuando utilizaba microsomas de placenta.

Nathanson y colab. (48) demostraron en 1.952, que la elevación de estrógenos, después de la administración de testosterona a mujeres castradas y menopáusicas, era debido a un aumento de los tres estrógenos naturales. Estos experimentos excluyen las gonadas como fuente de transformación.

Las observaciones de West en 1956 (62), extendidas a mujeres adrenalectomizadas, confirmaron los resultados anteriores, a excepción del estriol que no se encontró en la orina. Esta experiencia sugiere que la zona reticular de la glándula suprarrenal se comportaría como una tercera gónada o zona sexual suprarrenal (Botella) (8) y se formarían estrógenos bajo la influencia de gonadotropinas hipofisarias.

Son bien conocidas las relaciones del metabolismo común de las hormonas sexuales y los corticoides, que pueden suplirse recíprocamente.

Existen estrógenos en orina hasta tres semanas después de la hipofisectomía, siendo preciso este tiempo para la eliminación de las hormonas suprarrenales e hipofimarias existentes. Del mismo modo y durante el mes siguiente a la ovariectomía, aparece un hiperestronismo de tipo individual a base de estrona, que es debido a la intensa estimulación de las glándulas suprarrenales por parte de la hipófisis, que continuará con unos dinteles altos de sus hormonas posteriormente. Durante esta fase el componente fundamental es la estrona que sufrirá un proceso metabólico con transformación en el hígado a estradiol y estriol, que se recogen en la orina en las mujeres ovariectomizadas en las siguientes proporciones:

estrona	1,8 \pm 1,0	microgrs./24 horas
estradiol	0,6 \pm 0,8	" "
estriol	2,9 \pm 2,2	" "

Las cifras totales expresadas en microgramos/24 horas son de 5,3 \pm 2,6, en mujeres menopáusicas afectadas de neoplasia mamaria metastatizantes (17).

En las mujeres postmenopáusicas normales estos valores se caracterizan por una mayor excreción de estriol, que alcanza los 3,9 \pm 5,3 microgramos/24 horas, siendo por este motivo ligeramente superiores los resultados totales.

Síntesis de estrógenos y esteroides en enfermas con cáncer de mama.

Se han llevado a cabo incubaciones "in vitro" con tejido carcinomatoso de mama y esteroides marcados con carbono 14. Después de la incubación con dehidroepiandrosterona- C_{14} , se obtuvieron cuatro componentes sobre la cromatografía de papel. El primero de ellos fue 4-androstene-3,17-diona (2). Otros dos componentes pertenecen a la fracción estriol: 5-androstene-3-beta-16-alfa-17-beta-triol (alfatriol) y 5-androstene-3-beta-16-beta-17-beta-triol (beta-triol) (3). Fueron descubiertos en 1.967 por Adams y Poulas. Como ya se conocía desde 1.959 por Ryan, se transformaba el alfa-triol en un cuarenta por ciento en 16-alfa-hidroxi-testosterona.

En un segundo ensayo con pregnenolona- C_{14} se obtenía entonces progesterona.

Y por último, con la testosterona- C_{14} se lograba androstenediona y 16-alfa-hidroxi-testosterona.

En todas estas experiencias se comprobó la presencia de 35-S-sulfato y 35-S-DHEA, identificados por electroforesis, no estando el primero de ellos presente en los controles con estudios de enfermas no afectadas de neoplasia. Así mismo se puso de manifiesto la existencia de un sistema dehidrogenasa delta-5-3-beta-hidroxiesteroide en tejidos de cáncer de mama.

Los resultados obtenidos en los cultivos con testosterona- C_{14} , demuestran la posibilidad de transformar andrógenos en estrógenos por el carcinoma de mama, cuya síntesis se consideraba privativa de suprarrenal, testículo, ovario y placenta (57).

Es posible que se forme estriol por la vía de la 16-alfa-hidroxi-testosterona, a partir de alfa-triol desde la dehidroepiandrosterona, existiendo así un nuevo paso en la síntesis de estriol. Sin embargo no se ha conseguido demostrar su formación desde la DHEA, debido a una rápida hidroxilación en posición dieciseis.

En la orina de mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama se ha encontrado una elevada cantidad de estriol por Marsmonston (46) en 1.956, con concentración decreciente de DHEA. Esto sugiere la utilización por el tejido carcinomatoso de la DHEA para transformarla en estriol, elevándose los valores de esta y decreciendo los de aquel.

Otros autores como Brown (1.958), niessen-Mayer (1.963), Pearson (1.964), Stern (1.964) y Adams (1.968) encuentran igualmente aumentado el estriol en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama y enfermedades benignas de la misma, siendo proporcional a la elevación del alfa-triol.

En enfermas con cáncer de mama que han sido ovariectomizadas y a drenalectomizadas se ha demostrado por Adams (1.968) la persistencia de estrógenos en orina, debiendo ser considerado su origen en la neoplasia mamaria. El hígado, tejido mamario normal y quizás metástasis del tumor primitivo podfan estar implicados, (4).

Anteriormente ya se había observado el comportamiento paraendocrino del carcinoma de mama metastatizante por West y colaboradores en 1.956, donde demostraron la conversión de la testosteronaaa estrógenos en estas pacientes.

Otra confirmación mas la presentaron Chang y Dao en 1.961 (23)

quienes administraron cortisona-C₁₄ a mujeres ovariectomizadas y adrenalectomizadas con cáncer de mama, aislando en la orina 11-beta hidroxiestrona y 11-beta-hidroxiestradiol.

El cáncer de mama en hombres está implicado en la transformación de estradiol-C₁₄ a estriol en mayor intensidad que en el grupo control, según los trabajos de Zumoff en 1966 (63).

La excreción anormal de dos metabolitos de la dehidroepiandrosterona, como son la androsterona y la etiocolanolona, en enfermas con carcinoma de mama inicial fue señalado por Bulbrook en 1962 (18) y refleja el paso desde la DHEA hacia el estriol señalado anteriormente.

Los trabajos de Stern en 1964, demuestran la existencia de diferente excreción hormonal en enfermas cancerosas en comparación con las normales. Para ser valorable se debe elegir una combinación de varias hormonas como el estriol, la androsterona y el residuo proteico de las gonadotropinas en las postmenopáusicas y en cambio, etiocolanolona, androsterona, estrona, estradiol y residuo proteico de las gonadotropinas hipofisarias en las premenopáusicas (59).

Fijación de estrógenos con preparados marcados en diferentes tejidos.-

Para conocer el mecanismo de acción de los estrógenos y su influencia sobre el crecimiento tumoral, se ha recurrido al estudio con preparados marcados, que en cantidades pequeñas y no lábiles, no alteren su metabolismo y puedan ser detectados con contadores de isótopos en los tejidos objeto de estudio e identificados por cromatografía. Se administran en una sola dosis a intervalos variables antes de la operación, para saber si son más sensibles a la estimulación hormonal o selectivamente absorben más hormona.

Estos experimentos fueron realizados inicialmente por Glascock (1.959) (32) observando la acumulación de hexestrol marcado en órganos genitales e hipófisis de ovejas y cabras jóvenes.

Posteriormente en 1.962 Jensen y Jacobson (32) comprobaron en ratas jóvenes la aumentada concentración de estradiol marcado en útero, vagina e hipófisis, donde era retenido por un periodo mucho más largo que en otros tejidos como músculo, sangre e hígado. En este órgano se observó por cromatografía que existía una mezcla de estradiol y sus metabolitos.

En personas se demostró la habilidad del tejido tumoral para captar estrógenos y retenerlo más que el músculo y la sangre mediante la administración de hexestrol marcado por Folca (1.961) (27), antes de la ovariectomía y adrenalectomía y en el momento de la operación, en estudio realizado sobre diez enfermas.

Un estudio más amplio ha sido llevado a cabo por Ellis y colab. (25) en 1.969 en veintidós enfermas, de las que 26 recibieron testosterona, 11 progesterona, 22 estradiol-17 β y 14 2-metil-dehidro-testosterona, antes de recibir estradiol marcado en periodos variables de horas antes de ser intervenidas. Durante la intervención se extirpan partes de tumor mamario, tejido mamario normal, grasa y músculo de los que se extrae el material radioactivo para estudio con contador líquido de centelleo. Con la testosterona la captación alcanzaba su máximo a los diez minutos desapareciendo a las seis horas de todos los tejidos. La progesterona desaparecía rápidamente también en tejido tumoral. El estradiol en cambio era retenido durante cuatro horas por el tejido mamario normal y tumoral.

En estos trabajos comprobaron la inhibición de la captación de estradiol C-14 con la administración previa de testosterona en un 70 % del

tejido tumoral pero no afectando en cambio al tejido mamario normal.

Por cromatografía se observó que mientras el estradiol-17 B permanecía invariable, la progesterona se metabolizaba en una tercera parte y la testosterona era metabolizada casi totalmente a 16-dehidroandrost-4-ene-3,17 diona.

En mujeres postmenopáusicas con carcinoma de mama avanzado han sido estudiadas la concentración de estrona y estradiol marcados por Pearlman en 1.969 (52), alcanzando un estado de concentración constante en pacientes con función hepática normal. En el plasma obtienen una mayor proporción de radioactividad conjugada, mientras que era totalmente libre en tejido mamario normal y canceroso, adenopatías metastatizadas, músculo y piel. Su concentración por gramos de tejido está muy aumentada en la mama normal y tejido adiposo.

Otros autores como Braunsberg y colab. en 1.967 (11) observaron que el tejido tumoral y adenopatías metastatizadas contenían mas radioactividad libre que otros tejidos.

Igualmente se ha calculado la cantidad de hormona que se sustituiría diariamente dando resultados para el estradiol de 766 l/ día y de 2.117 a 2.360 para la estrona.

El estradiol aparecido en plasma libre radioactivo es menor del 1 % y del 8 % el conjugado, encontrándose por orina el 18 % según Hellman y colab. en 1.967 (35), comprobándose que es mas rápidamente excretado por la orina por Sandberg en 1.965 (58).

Mientras la determinación del receptor estrógeno de las células carcinomales de tumores primitivos y metastáticos de mama, se ha podido comprobar, que los casos mas indiferenciados no responden a la técnica de Knight (40) y por Feyer (47) en 1.977, relacionando su menor intervalo libre con receptores negativos. En los casos de ser los receptores positivos para estrógeno y progesterona, responden bien el 78 % de los tumores metastáticos, como demuestran Osborne y Ho Guire en 1.973 (51):

III - MATERIAL Y METODOS

C. E - Unidad
C. I. a ~~1944~~ 1945
26.000 07.1944 - Potey

Han sido objeto de este estudio, un total de noventa y ocho enfermas, todas las cuales fueron mastectomizadas por presentar neoformaciones de mama. Se practicó, así mismo, la ovariectomía quirúrgica bilateral, cuando su estado hormonal demostraba actividad estrogénica en la determinación urinaria. En dos casos se realizó la castración con radioterapia.

Todas las enfermas que presentaban afectación ganglionar o con histología de carácter mas invasivo, recibieron tratamiento de radioterapia complementaria.

Estas enfermas se estudiaron periodicamente cada seis meses desde su intervención, en aquellos casos de buena evolución, durante un plazo de diez años. En cada revisión se practicaba un hemograma, con estudio radiológico de tórax, columna dordolumbar, pelvis y cráneo, y determinaciones fraccionadas de los eg trógenos urinarios, cuando llegaban al año, y sólamente estudio de tórax y analí tica, cuando eran revisiones de seis meses.

En la exploración clínica se investigaba la presencia de metástasis cutaneas, en ganglios regionales axilares y supraoclaviculares y contralaterales, en la mama restante y en hígado.

Para la confirmación de metástasis óseas se ha utilizado la scintigrafía con estroncio marcado (Sr^{85}) y el hepatograma para los casos de las hepáticas.

Se describen todas las historias clínicas muy resumidas, agrupadas en tres conjuntos correspondientes a enfermas con mala evolución sin tratamiento, en prim er lugar; enfermas con tratamiento en segundo lugar y enfermas de buena evolución sin tratamiento, en tercer lugar.

La determinación de los estrógenos urinarios se llevó a cabo según el método de Brown, mediante la reacción de Kober, con purificaciones que permiten obtener los estrógenos bastante puros para la colorimetría.

Antes de las determinaciones de estrógenos urinarios, excepto en los casos de tratamiento hormonal, no recibían las enfermas ninguna medicación que pudiera enmascarar los resultados en la valoración de la cromatografía, porque afectarían la coloración de la orina. En los casos de tratamiento hormonal se respetaba un plazo de tres o mas días sin medicación.

METODO DE DOSIFICACION DE ESTROGENOS.-

El metodo químico utilizado se basa en la dosificación de los fenolesteroïdes mediante la clásica reacción de Kober (39), introducida por Brown (14) con purificaciones para obtener los estrógenos bastante puros para la colorimetría.

Consta de seis fases:

1) Hidrólisis.- Una quinta parte de la diuresis total de veinticuatro horas se pone a hervir de reflujo y cuando está hirviendo, se le añaden por el condensador treinta cc. de ácido clorhídrico concentrado, manteniendo en ebullición durante una hora. Bajo chorro de agua se enfría después rápidamente.

2) Extracción.- Tiene lugar en un embudo de separación con éter sulfúrico, con doscientos cc. la primera vez y dos extracciones mas de cien cc. cada una.

Estas dos soluciones etereas se lavan con ochenta cc. de carbonato sódico, de ph 10, 5. Se descarta la solución acuosa y se añaden veinte cc. de hidróxido sódico al ocho por cien, agitando y descartando la fase acuosa. Por último se lava con bicarbonato sódico al ocho por cien y con diez cc. de agua destilada. Se seca con sulfato sódico anhidro.

El extracto etéreo se destila en un matraz a sequedad en baño maría, recuperándose el éter sulfúrico. Con el matraz caliente se añade un cc. de etanol al 76 %, se deja enfriar y se agragan 26 cc. de benceno, disolviéndolo bien.

El benceno se pasa a un embudo de separación que contenga 25 cc. de éter de petróleo, y se extrae la mezcla dos veces con 25 cc. de agua destilada, y después con 25 cc. de hidróxido sódico al 1,6 recogién dose en otro matraz. Con el agua se extrae el estriol y con el hidróxido sódico la estrona y el estradiol.

Saponificación.- A la fracción acuosa que contiene el estriol, se le añaden 2 g. de hidróxido sódico y 1,2 g a la alcalina. Se hierve durante media hora en un sistema de reflujo, se enfría y se le añaden 6 g. de bicarbonato sódico. De esta mezcla, la fracción estriol se extrae con 500 cc. de éter sulfúrico y la estrona-estradiol con 25 cc. de benceno, que después se lavan con 5 cc. de agua destilada.

Posteriormente, el estriol se extrae del éter, dos veces, con 25 cc. de hidróxido sódico al 1,6 %, y la estrona-estradiol, después de añadir 25 cc. de

de éter de petróleo, se extrae igualmente dos veces.

3) Metilación.- Los extractos alcalinos se colocan al baño maría a 37°. Se le añade 0,9 g. de ácido bórico en sustancia y posteriormente 1 cc. de sulfato de metilo, agitando bien hasta su disolución. Se deja durante treinta minutos, al cabo de los cuales se añaden 2 cc. de hidróxido sódico al 20% y 1 cc. de sulfato de metilo, manteniéndolo de nuevo treinta minutos a treinta y siete grados, o bien dejándolo durante una noche a la temperatura ambiente.

4) Extracción de los estrógenos metilados.- A ambas fracciones se les añaden 10 cc. de OH NA al 20% y 2,5 cc. de H₂O₂ de 30 vol. %. En un embudo de separación se extrae la fracción estriol con 250 cc. de benceno, y después de descartar la fase acuosa, se lava al benceno dos veces con 5 cc. de agua, secándolo después con sulfato sódico anhidro, quedando así preparado para la cromatografía.

Para la fracción estrona-estradiol se realizan las mismas operaciones pero con éter de petróleo en lugar de benceno.

5) Cromatografía.- Las columnas se preparan colocando en el fondo un poco de algodón de vidrio, añadiéndole una capa de arena lavada, y entonces tapando la columna se llena de benceno o de éter de petróleo, y se añaden 2 g. de alúmina, previamente estandarizada, y cuando está sedimentada y sin secar, se coloca encima una nueva capa de arena a fin de no levantar la.

Cromatografía del estriol.- En una columna preparada anteriormente se disponen los siguientes eluyentes:

a) 25 cc. de benceno en que se extrajo el estriol metilado, que se queda retenido en la alúmina.

b) 15 cc. de una mezcla etanol-benceno al 1,4%.

c) 15 cc. de una mezcla etanol-benceno al 2,5%.

d) 18 cc. de una mezcla etanol-benceno al 10%. Esta última mezcla es la que eluye el estriol metilado, recogiéndole en un tubo de Kober donde se realiza la colorimetría.

Cromatografía de estrona-estradiol.- En una columna preparada se obtienen los siguientes eluyentes:

- a) los 25 cc. de éter de petróleo en que se extrajeron la estrona y el estradiol, que quedan retenidos en la alúmina.
- b) 12 cc. de una mezcla de benceno-éter de proporción del 25/75.
- c) 15 cc. de una mezcla benceno-éter de proporción al 40/60, que eluye la estrona.
- d) 12 cc. de una mezcla de benceno-éter de proporción al 40/60.
- e) 12 cc. de benceno puro que eluye el estradiol.

Estas fracciones se recogen en tubos de Kober para la colorimetría.

6) Colorimetría.- A cada tubo en que se han recogido los diferentes solutos, se le añaden 0,2 cc. de una solución de hidroquinona al 2%. Se evapora a sequedad en baño maría hirviendo bajo corriente de nitrógeno.

El desarrollo de color se realiza añadiéndole a cada tubo 3cc. de una solución de hidroquinona al 2 %, en ácido sulfúrico al 76 % para el estriol al 66 % para la estrona y al 60 % para el estradiol. Para el tubo en blanco se evaporan los 0,2 cc. de hidroquinona y se añaden 3 cc. de uno de los reactivos de color.

Se pone al baño de maría hirviendo durante veinte minutos, se enfría y se añade 1 cc. de agua destilada al tubo del estriol. Se hierven al baño maría durante diez minutos, se enfrían y se hacen las colorimetrías.

La colorimetría se debe realizar en espectrofotómetro a tres longitudes de ondas. Para la estrona y estradiol : 440 - 516 - 552 milimicras y para el estriol : 480 - 512 - 552 milimicras.

Las densidades ópticas son corregidas aplicando la fórmula de Allen , de la siguiente forma: $D_{0.} = 2 \cdot D_{516} - (D_{480} + D_{552})$ para estrona y estradiol y en forma de $D_{0.} = 2 \cdot D_{512} - (D_{480} + D_{552})$, para el estriol.

Estas lecturas corregidas se comparan con las correspondientes de la curva de calibración , realizadas con estrógenos puros, y sabiendo la diuresis total, se calcula la eliminación en veinticuatro horas.

Precisión del método.- Se realiza mediante pruebas de recuperación, en las que a cantidades conocidas de una sustancia pura, se añade una muestra antes del análisis, comparando los resultados con esta.

En conjunto la recuperación es del 83 % y la desviación standard del $\pm 0,15$ a $0,21$. Error de $0,07$ a $0,09$.

1º GRUPO MALA EVOLUCION SIN TRATAMIENTO

CASO Nº 1

M. H. F., treinta y nueve años, casada. Menstruación regular. Cuatro hijos. No lactancias.

Presenta desde hace tres meses una tumoración, de 1 x 1 cms., en cuadrante superior externo de la mama derecha, que tiende a fijar el pezón pero no la piel. Observa la enferma que ha aumentado de tamaño, siendo actualmente de unos 2 x 2 cms. No existen adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo, ni contralaterales. La Maniobra de Bataldi es positiva.

Se practicó una biopsia urgente de dicha mama, seguida de una mastectomía ampliada y ovariectomía bilateral. Histológicamente se clasificó como T2 N1 Mo, correspondiendo a un carcinoma escirro que metastatizaba en las adenopatías axilares y producía embolos linfáticos. Recibió radioterapia postoperatoria con dosis total de 14.000 Rads. distribuidos en seis campos.

Las exploraciones clínicas y radiológicas así como la analítica fueron normales hasta el 4º año, en el que aparecieron adenopatías supraclaviculares homolaterales, así como tos seca y dolor en línea axilar de hemitórax derecho, sin fiebre. A la exploración se apreció hepatomegalia de cuatro traveses de dedo y en la auscultación desaparición del murmullo vesicular en la base de hemitórax derecho. La velocidad de sedimentación era 70-116. La radiografía de tórax demostró la existencia de una opacidad que ocupa el tercio inferior del pulmón derecho. En el hepatograma se observó un flujo hepático disminuido, con aumento del tamaño del hígado y captación del isótopo disminuida en ambos lóbulos hepáticos.

Los valores obtenidos por las determinaciones fraccionadas de estrógenos urinarios en este mismo año mostraron un aumento en el total a partir de la estrona y del estriol. Los resultados constan a continuación:

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
0,0	2,4	3,1	5,5	3
3,0	1,1	2,9	7,0	4

Se instauró un tratamiento de quimioterapia con antimetabólicos (fluor-derivados) a razón de 250 mgs., en días alternos, no administrándose andrógenos debido a la afectación hepática.

Dos meses después presentó la enferma prurito generalizado e ictericia intensa, con coluria y acolia, anorexia y pérdida de 13 kgs., de peso. Se mantuvo el tratamiento durante dos meses, al cabo de los cuales - la enferma falleció por coma hepático.



Fig. 1. Caso nº 2. Metástasis en costillas y clavícula derecha.

CASO N° 2

A. M. E., cuarenta y cuatro años, casada, dos lactancias de 12 meses. Menstruación conservada.

Desde hace 6 meses presentó una tumoración en cuadrantes superiores de mama izquierda, de 4 x 4 cms., con ligera fijación de piel y retracción de pezón. No se aprecian adenopatías. La Maniobra de Baraldi es positiva.

Fue intervenida, previa biopsia urgente practicándose una mastectomía ampliada Halsted y ovariectomía quirúrgica bilateral. Se trataba de un carcinoma de tipo complejo, metastatizante en una adenopatía, que se clasificó como T3 N1 Mo. Recibió radioterapia postoperatoria.

La enferma estuvo asintomática hasta los dos años y medio, en que presentó una radioulo neuralgia ciática derecha con impotencia funcional, siendo negativas las exploraciones radiológicas y de escintigrafía con estroncio marcado (SR 85) en columna lumbar y pelvis.

A los tres años continuaba con dolor ciático derecho, comprobándose aumento de captación de isótopo en articulación sacro-iliaca derecha, - así como osteolisis y osteoesclerosis en la radiografía de pelvis (Fig. 2) y en clavícula y costillas derechas (fig. 1). La velocidad de sedimentación - era de 30-56, y la retención de bromo sulfaleina de 9,6%. Descendieron los valores de estrógenos urinarios.

Recibió tratamiento de radioterapia y quimioterapia múltiple con antimetabolitos y dromostanolona un mes después, mejorando su impotencia funcional, pero apareciendo afectación hepática seis meses más tarde, con ulterior fallecimiento por coma hepático.

Las determinaciones de estrógenos urinarios fueron las siguientes:

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
2,4	1,2	3,4	7,0	6 meses
1,7	2,5	3,4	7,6	1 año
2,9	1,7	0,8	5,4	18 meses
2,1	0,6	0,0	2,7	30 meses
1,1	0,4	0,0	1,5	3 años

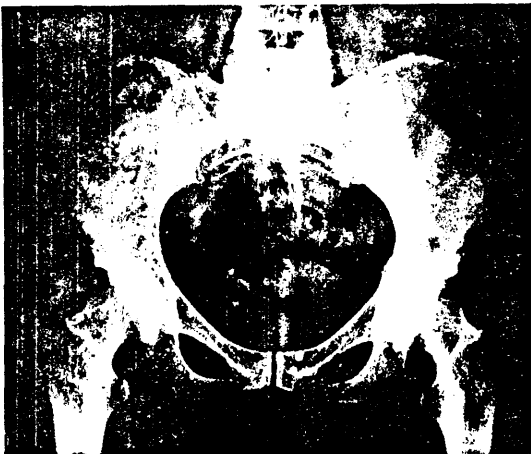


Fig. 2. Caso nº 2. Metástasis en sacroiliaca derecha.

CASO N° 3

Z. M. P., treinta y seis años, casada. Menstruación normal. Cuatro hijos. Cuatro lactancias de seis meses.

Hace año y medio presentó una tumoración en cuadrante infero externo de mama derecha, que actualmente es de 5 x 5 cms., con fijación de opiel pero no de pezón. No se exploran adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. La Maniobra de Baraldi es fuertemente positiva.

Se realizó una mastectomía ampliada Urban, precedida de la biopsia urgente, y una ovariectomía quirúrgica bilateral. Se catalogó como T3 N1 Mo, originado por un carcinoma ductal infiltrante y metastatizante en adenopatías axilares y de la cadena mamaria interna. Se completó el tratamiento con dos ciclos de radioterapia postoperatoria, siendo administrada una dosis total de 14.000 rads.

Las exploraciones sistemáticas fueron normales hasta transcurrido un año de la intervención, en que aparecieron ictericia, astenia y anorexia. Clínicamente se apreció una hepatomegalia de cuatro traveses de dedo. En la gammagrafía hepática se registró una zona fría que correspondía a todo el lóbulo derecho. La T.G.O. era de 240 u. La T.G.P. de 60 u. La eritrosedimentación era de 62/94. Radiológicamente existía una atrofia ósea difusa de columna. Los estrógenos fueron:

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
0,0	0,0	4,3	4,3	un mes
5,9	1,9	1,2	9,0	un año

Recibió quimioterapia falleciendo tres meses después.

CASO Nº 4

R.R.F., cuarenta años, casada, dos hijos. Dos lactancias de dieciocho meses. Menstruación normal. Mastitis derecha en una de las lactancias.

Desde hace diez meses notó una tumoración en cuadrante superior externo de mama derecha, que es actualmente de 6 x 6 cms., con retracción de piel y de pezón, pero sin adenopatías observables. Maniobra de Baraldi positiva.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban con castración bilateral quirúrgica, previa biopsia urgente de mama. Se trataba de un carcinoma complejo sin metástasis axilares, que se clasificó como T3 No Mo. Recibió radioterapia previa a la intervención y posteriormente.

Su evolución fue asintomática hasta el 1º año, en que presentó dolor en la articulación coxofemoral derecha irradiada hacia la rodilla. En las radiografías se confirmó la presencia de osteólisis en cuello de femur derecho y en cráneo, estando aumentada la captación con estroncio radioactivo (SR 85). La eritrosedimentación era de 90/110. La tercera determinación de estrógenos urinarios mostró una elevación del estradiol.

Se instauró un tratamiento de quimioterapia múltiple con antimetabolitos y alquilantes del tipo de mostas nitrogenadas, apareciendo a los 6 meses, una carcinomatosis osea generalizada (Fig. 3, 4, 5 y 6) y como hepático con exitus posterior.

Se obtuvieron los siguientes valores de estrógenos urinarios:

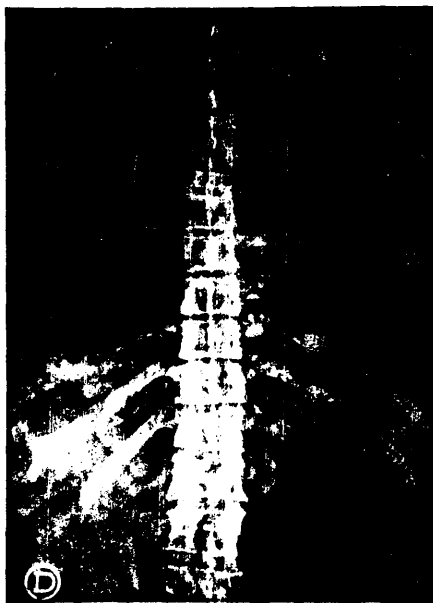
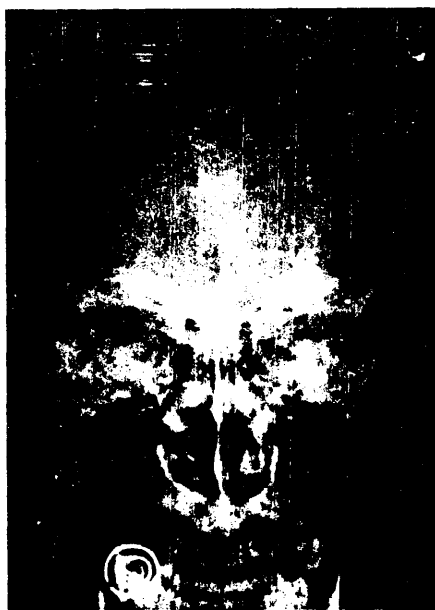
<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
0,5	0,2	2,9	3,6	6 meses
0,0	2,3	3,3	5,6	1 año
1,5	0,0	0,0	1,5	18 meses (1)

(1) Quimioterapia instaurada 6 meses antes de esta determinación.

CASO Nº 4.

Metástasis craneales (arriba)

Carcinomatosis ósea (abajo)



CASO Nº 5

A. R. A., cuarenta y cuatro años, casada, cuatro hijos. Lac - tancias de un año sin grietas ni mastitis. Menstruación regular.

Desde hace tres años, notó una tumoración en cuadrante supero externo de mama derecha que se ha extendido a toda la mama y retrae - piel y pezón. Adenopatías axilares rodaderas homolaterales pero no con - tralaterales ni supraclaviculares. Baraldi positivo.

Recibió un tratamiento de radioterapia preoperatoria de 6.000 rads y es intervenida a los tres meses, practicándose una mastectomía am pliada Urban y castración quirúrgica bilateral, por tratarse de un car - cinoma escirro metastatizante en todas las adenopatías axilares y de la mamaria interna y de alta malignidad. Se clasificó como T3 N1.

Recibió tratamiento de radioferapia postoperatoria de 14.000 rads.

Se practicaron determinaciones de estrógenos urinarios a los 6 días de la intervención y a los dos años, fecha hasta la cual la enfer - ma se encontró asintomática en todas las exploraciones practicadas, pero presentando seis meses después metástasis pulmonares nodulares múltiples. Se inició un tratamiento con antimetabolitos y testosterona hasta el 3º - año en el que la enferma presentó coma hepático. Falleció meses después.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
5,5	0,0	0,0	5,5	6 días
0,0	0,0	0,8	0,8	2 años

CASO Nº 6

A. T. C. , treinta y cuatro años, casada. Tres hijos. No lactancias. Menstruacion normal.

Desde hace dos meses notó una tumoración en cuadrante infero externo de mama derecha, de 2 x 2 cms., dura, sin fijación de piel ni de pezón ni a planos profundos. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas. Maniobra de Baraldi positiva.

Se practicó una mastectomía ampliada Halstad y ovariectomía bilateral, precedidas de biopsia urgente. Se trataba de un carcinoma simple - de elevada malignidad, metastatizante en todas las adenopatías que correspondía a un T2 N1 Mo. Se aplicó radioterapia posteriormente.

Al año de evolución presentó derrame pleural derecho y un nódulo cutáneo de permeación sobre lecho operatorio. La velocidad de sedimentación era de 38/66. Existía una elevación de estrona y estradiol en los análisis de orina. Se instauró un tratamiento con antimetabolitos fluoro derivados.

A los dieciocho meses apareció una adenopatía supraclavicular izquierda y metástasis en base de pulmón derecho. Recibió tratamiento con testosterona añadido al anterior. La enferma no volvió a revisión.

Resultados estrogénicos obtenidos:

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
1,9	5,2	0,0	5,1	1 mes
0,0	0,0	1,0	1,0	6 meses
0,9	1,0	0,0	1,9	1 año
0,0	0,0	1,0	1,0	18 meses (1)

(1) Tratamiento desde 6 meses antes con antimetabolitos.

CASO N° 7

A. V. G., treinta y ocho años, casada. Menstruación conservada.

Un hijo con lactancia de 12 meses.

Desde hace un mes presentó una tumoración de 1 x 1 cms., en región areolar de mama izquierda, que no fija piel ni pezón. No existen adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo, ni contralaterales. Maniobra de Baraldi positiva.

Fue realizada una mastectomía ampliada Halsted, previa biopsia urgente de mama, y castración quirúrgica bilateral. La clasificación histológica correspondió a un T1 No Mo, debido a un carcinoma trabecular, asentado sobre una adenosis, no infiltrante ni metastatizante. Dadas las características de la tumoración no se aplicó radioterapia postoperatoria.

Las exploraciones sucesivas fueron normales, hasta el comienzo del 5º año, en que la enferma presentó disnea de reposo y tos seca, acompañados de cefaleas y vómitos. Meses después apareció afonía. La velocidad de sedimentación era de 14-22 y en la exploración radiológica practicada se apreciaron zonas de osteolisis en craneo y una siembra de nódulos muy finos en ambos campos pulmonares (fig. 7, 8 y 9).

En este momento se comprobó la elevación de los estrógenos urinarios, correspondiendo a la quinta valoración realizada a lo largo de la evolución. Dicho aumento se obtenía a expensas del estradiol, como se observa en el siguiente cuadro:

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales años de evolución</u>	
0,0	0,0	0,8	0,8	1
1,1	1,7	0,8	2,8	2
1,5	0,4	1,7	3,6	3
2,6	1,3	2,1	6,0	4
0,2	4,6	2,2	7,0	5

La enferma recibió un tratamiento de quimioterapia múltiple a partir de ese año, con antimetabolitos (fluoro-derivados) en dosis de 250 mgs., en días alternos, con control hemático semanal, y preparados de dro mostanolona a dosis de 100 mgs., por semana, que se mantienen ininterrumpidamente durante tres meses, al cabo de los cuales apareció un coma por insuficiencia respiratoria.

En la radiografía de tórax se apreciaban la progresión de las metástasis pulmonares (Fig. 10 y 11). La enferma falleció posteriormente.



Fig. 10 y 11. Caso N° 7. Metástasis pulmonares nodulares bilaterales.



CASO Nº 7. Metástasis en pulmón derecho (arriba) y metástasis óseas.



CASO Nº 8

M.J. V. G., treinta y ocho años, casada. Un hijo. No lactancias.
Menstruación regular.

Desde hace seis meses notó una tumoración en cuadrante supero externo de mama izquierda de 4 x 4 cms., sin fijación de piel ni de pezón. No se exploran adenopatías axilares ni supraclaviculares. Maniobra de Baraldi - positiva.

Fué realizada una mastectomía ampliada Halsted y ovariectomía bilateral quirúrgica, previa biopsia urgente de mama, por tratarse de un adenocarcinoma, metastatizante en adenopatías axilares. La clasificación correspondió a un T2 N1 Mo. Se aplicó radioterapia postoperatoria.

Estuvo asintomática hasta el 5º año de evolución, en que presentó ciática, con dolor a la presión en apófisis espinosas de últimas vertebrae lumbares, confirmándose radiologicamente la presencia de una osteolisis a nivel de L-III. En la determinación de los estrógenos urinarios se registraron aumentos de estradiol y estriol.

Se comenzó con una quimioterapia de fluoro-derivados y mostazas nitrogenadas y radioterapia, falleciendo la enferma unos meses más tarde.

Los resultados estrogénicos se expresan a continuación:

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
0,7	0,0	0,0	0,7	4
0,7	1,3	0,8	2,8	5

CASO N° 9

I. B. H., enferma de treinta años, casada, dos hijos, lactancias de doce meses. Dos abortos. Grietas en ambas lactancias, en ambos pezones. Menstruación normal.

Desde hace ocho meses presenta una tumoración, de 5 x 5 cm., en cuadrantes externos de mama izquierda, con fijación de piel y de pezón. Adenopatías axilares rodaderas. Baraldi positivo.

Recibe un tratamiento de radioterapia preoperatorio de 6.000 r.

Se trata con una mastectomía ampliada Urban y castración quirúrgica bilateral, por ser un carcinoma complejo con metástasis en adenopatías de la cadena mamaria interna. Recibe radioterapia postoperatoria de 14.000 r. (T3N1+)

A los seis meses presenta derrame pleural y atelectasia de mitad inferior del pulmón izquierdo. Se trata con antineoplásicos, falleciendo la enferma seis meses después por insuficiencia respiratoria.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,9	0,0	6,6	8,9	preovariectomía
0,8	0,9	1,5	3,2	6 meses

CASO N° 10

A. G. R., enferma de cuarenta y seis años, casada, un hijo, no lactancias. Menstruación regular.

Desde hace dos meses nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 2 x 2 cm., sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Baraldi positivo.

Se practica biopsia urgente de mama seguida de mastectomía ampliada Halsted, por tratarse de un carcinoma ductal, metastáticamente en una de cuatro adenopatías. Recibe tratamiento de radioterapia postoperatorio. (T2N0+)

A los siete años presenta leucocitosis por metástasis en I-III, comprobada por osteoclinio y captación aumentada de tecnecio 95. Se inicia su terapia.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,0	1,2	1,1	3,2	6 meses
1,2	1,2	0,0	3,2	2 años

CASO N° 11

F. L. M., enferma de cuarenta y dos años, casada, dos hijos, lactancias de tres meses y grietas en las mamas en los dos pezones.

Desde hace dos años presenta una tumoración en cuadrante inferoexterno de mama derecha, de 3 x 2 cm., sin retracción de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Baraldi ligeramente positivo.

Se trata mediante una mastectomía Urban y castración quirúrgica bilateral, por ser un carcinoma trabecular no metastatizante. Mama restante con adenosis y mastopatía fibrosa. (T2 NO-).

Al año de evolución presenta disnea y tos irritativa, apreciándose en la radiografía de tórax nódulos pulmonares múltiples. Se trata con antimetabolitos.

Seis meses después aparecen nódulos cutáneos de permeación, manteniéndose de los mismos nódulos pulmonares. A los dos años presenta carcinomatosis generalizada y fallece.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
3,7	1,4	3,7	8,8	preovariectomía
0,8	0,3	0,1	1,2	1 año

CASO N° 12

A. P. M., enferma de cuarenta años, casada, tres hijos que no lactaron. Mastitis en mama derecha. Menstruación normal.

Desde hace un mes nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 3 x 3 cm., sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías. Baraldi positivo. (T2 NO-).

Se practica mastectomía Urban y castración quirúrgica, por ser biopsiado un carcinoma indiferenciado sobre una mastopatía, no metastatizante. Recibe radioterapia postoperatoria.

A los cinco años presenta lumbociática, tos irritativa con disnea, ascitis y edemas maleolares. Presenta derrame pleural izquierdo y dos zonas frías en el hepatograma. Tumoración en mama contralateral. Se inicia tratamiento con antimetabolitos y dromostanolona.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,8	0,7	1,6	3,1	1 año
6,6	1,5	2,0	4,1	5 años

CASO Nº 13

E. R. J., enferma de 47 años, soltera, con menstruación normal.

Desde hace un año y medio presenta una tumoración en cuadrante superior externo de mama derecha, de 7 x 7 cm., con fijación de piel y de pezón. Adenopatías axilares rodaderas. Baraldi positivo.

Se trata con radioterapia y se practica mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía bilateral, por carcinoma trabecular metastatizante. Recibe radioterapia postoperatoria. (T3N4+).

Al año presenta náuseas, vómitos y dolor abdominal con hepatomegalia de tres dedos. Gamagrafía hepática con tres zonas frías. Adenopatía supraclavicular. Fallece tres meses después.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
4,2	2,6	8,2	15,7	proovariectomía
1,0	0,1	0,0	1,0	1 año

CASO Nº 14

J. T. S., enferma de cuarenta y cuatro años, casada, tres hijos, con lactancias de dieciocho meses. Menstruación regular.

Desde hace un año nota una tumoración en cuadrante superior externo de mama derecha, con fijación de piel y de pezón. Adenopatías axilares rodaderas Baraldi positivo. (T3N4+).

Recibe radioterapia preoperatoria. Se trata mediante una mastectomía simple, por ser un carcinoma ductal, mas radioterapia postoperatoria.

Al año presenta náuseas y hepatomegalia con pruebas hepáticas elevadas presentando coma hepático posteriormente.

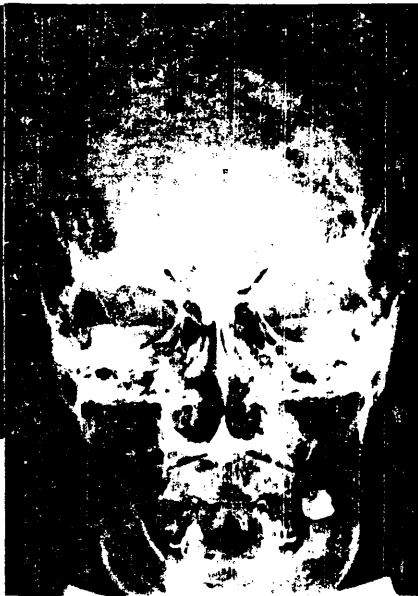
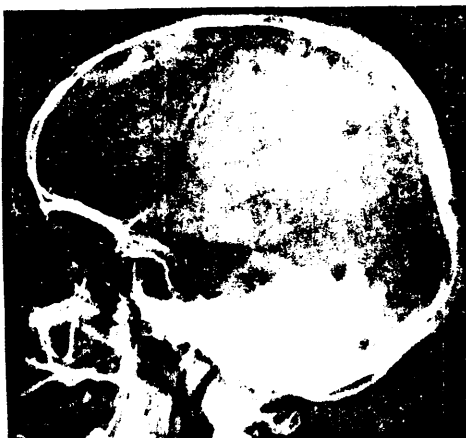
<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
4,4	0,9	2,7	8,0	previos
1,6	3,6	0,6	5,8	6 meses

CASO Nº 15

F. D. M., enferma de cincuenta años, casada, sin hijos, Menopausia hace tres años.

Desde hace un mes nota una tumoración en cuadrante superior interno de mama izquierda, de 3 x 3 cm., sin fijación de piel ni de pezón. Adenopatías no explorables axilares ni supraclaviculares. Baraldi positivo.

Fue realizada una biopsia urgente y mastectomía ampliada Urban con ova



CASO Nº 15. Metástasis craneales y en columna lumbar (I-III).



riectomía bilateral, por un carcinoma de células pequeñas infiltrante pero no metastático. (T2 N0 -).

Al sexto año fueron observadas metástasis craneales y en columna dorsal lumbar en las radiografías correspondientes así como aumento de la captación de estroncio 85. Recibió tratamiento con antineoplásicos y un mes después fue practicada la hipofisectomía. Posteriormente al mes aparecen defectos de captación hepática y hepatomegalia.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,0	0,0	0,0	2,0	5 años
2,8	2,3	0,0	5,1	6 años
0,9	0,0	0,6	1,5	6 años y antineoplásicos
0,0	0,0	0,0	0,0	6 años e hipofisectomía

CASO N° 16

M. F. F. (T3 N+), enferma de sesenta y nueve años, casada, dos hijos, con lactancias de doce meses. Menopausia a los 53 años. Mastitis derecha en una lactancia.

Desde hace cinco meses nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 6 x 6 cm., con retracción del pezón. Dos adenopatías axilares nodulares. Baraldi positivo en esa mama.

Se biopsia y se trata mediante una mastectomía ampliada Patey que muestra afectación de adenopatías axilares por carcinoma escirro. Recibe tratamiento de radioterapia complementario de 14.000 rads.

A los tres años y medio presenta hepatomegalia de cuatro traveses de dedo con nódulos cutáneos de permeación y zonas de osteólisis en columna lumbar y pelvis. Recibe quimioterapia hormonal, falleciendo meses después.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolucion</u>
0,6	0,0	0,6	1,2	2 años
0,0	2,0	1,2	3,2	3 años

CASO N° 17

C. L. P. (T3 N+), enferma de cincuenta y un años, casada, dos hijos, lactancias de doce meses, menopausia actual.

Desde hace siete meses nota una tumoración en cuadrantes externos de mama izquierda, de 7 x 7 cm., con retracción de piel y de pezón. Adenopatía axilar nodular. Baraldi positivo en esa mama.

Recibe radioterapia preoperatoria. Se trata mediante mastectomía amplia

da Halsted por ser un carcinoma trabecular, indiferenciado, infiltrante y metastatizante en adenopatías axilares y embolizante en vasos sanguíneos. Recibe radioterapia postoperatoria.

A los dos años y medio presenta una tumoración axilar izquierda, dura y que engloba el paquete vasculonervioso con gran edema de brazo. Se inicia quimioterapia múltiple no volviendo a revisión la enferma.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,0	0,0	0,0	0,0	2 años
0,0	1,7	1,7	3,4	2 años y medio

CASO N° 18

A. E. B. (T3 H-), enferma de sesenta años, casada, cuatro hijos, lactancias de mas de un año, menopausica a los cincuenta años.

Desde hace ocho meses nota una tumoración en cuadrante superointerno de mama izquierda, que es actualmente de 5 x 5 cm., percibiéndose retracción del pezón. No adenopatías homolaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trata mediante una mastectomía ampliada Halsted, por resultar su biopsia un carcinoma lobulillar sin afectación ganglionar.

A los cuatro años presenta metastasis en la mama contralateral, hepatomegalia y osteolisis en columna lumbar y pelvis. Fallece meses después.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,8	0,5	0,0	1,3	1 año
0,0	0,0	4,5	4,5	2 años
1,3	0,4	1,5	3,2	3 años

CASO N° 19

B. H. R. (T2 H+), enferma de cincuenta y nueve años, casada, siete hijos, lactancias de un año. Menopausia hace cuatro años.

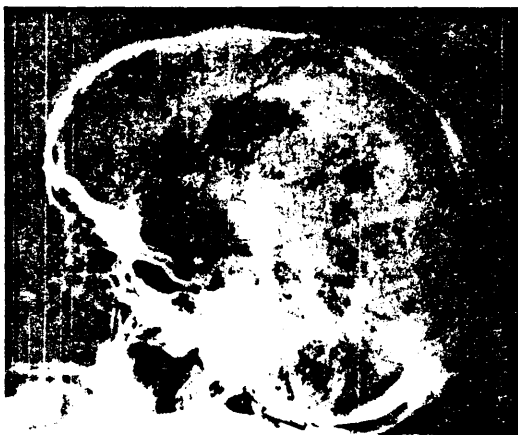
Desde hace dos meses nota una tumoración de 3x3 cm., en cuadrante superoexterno de mama izquierda con tendencia a fijar piel y pezón. No adenopatías homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practica una mastectomía ampliada Urban por tratarse de un carcinoma escirró, que metastatiza en adenopatías axilares (cinco). Recibe tratamiento de radioterapia postoperatorio de 14. 000 rads.

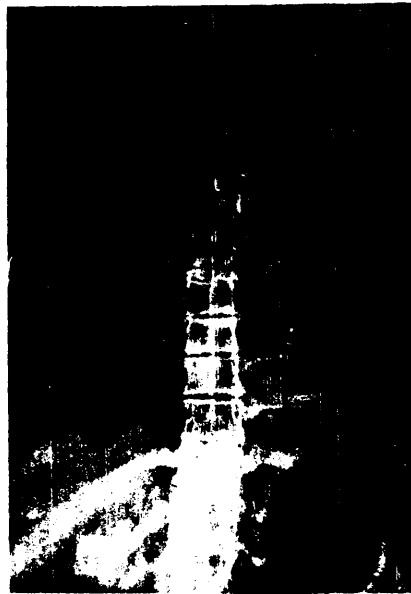
Al cuarto año aparecen metastasis supraclaviculares y cutaneas y cuatro meses después osteolisis lumbares. Se trata con radioterapia y poliquimio



CASO 48 19. Metástasis pulmonares y craneales.



CASO Nº 19. Metástasis en columna dorsal y lumbar



rapia, falleciendo meses después.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>17-cetos</u>	<u>17-hidro</u>
0,9	0,9	0,1	1,9	1 año		
1,3	0,1	0,0	1,4	2 años		
1,2	1,9	2,2	5,3	3 años	12,5	12,6
0,3	1,2	1,2	2,7	4 años		
1,7	1,3	1,8	4,7	4 años		
0,9	5,0	6,5	12,4	5 años	(Dromostanolona)	

CASO N° 20

M. S. F. (T2 N+), enferma de sesenta años, casada, dos hijos, lactancias de uno y dos años. Menopausia a los 52.

Desde hace un mes presenta una tumoración en cuadrantes inferiores de mama izquierda, de 3 x 3 cm., con retracción de pezón y de piel. Adenopatías axilares homolaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practica una mastectomía Halsted, por tratarse de un carcinoma trabecular infiltrante y metastatizante en adenopatías (siete). Recibe tratamiento de radioterapia postoperatorio de 14.000 rads.

Presenta metástasis en columna al año por lo que se inicia tratamiento de radioterapia y quimioterapia no volviendo la enferma posteriormente.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
3,2	0,6	0,0	3,8	1 año
0,0	0,0	0,0	0,0	1 año

CASO N° 21

A. A. O. (T3 N+), enferma de setenta y siete años, soltera, menopausica a los cuarenta y siete años.

Desde hace un año nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 4 x 4 cm. con retracción de piel y de pezón. Adenopatías axilares rodaderas homolaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practica una mastectomía Patey, por presentar un carcinoma escirro metastatizante en adenopatías. Dada su capacidad vital pulmonar no recibe radioterapia postoperatoria.

Al año tiene una sicabra nodular pulmonar bilateral falleciendo después.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,7	0,3	0,0	1,0	1 mes
0,4	0,4	2,2	3,0	1 año

CASO N° 22

V. B. P. (T2 N+), enferma de cincuenta y seis años, soltera, con menopausia quirúrgica hace quince años.

Desde hace un mes nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama izquierda, de 4 x 4 cm. sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías homolaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trata mediante una mastectomía ampliada Halsted, por presentar un carcinoma comedón y cribiforme, metastatizante en adenopatías axilares. Recibe radioterapia postoperatoria con dosis de 14.000 rads.

Al año de evolución presenta linfangitis carcinomatosa en ambos campos pulmonares y hepatomegalia de tres traveses de dedo, falleciendo meses después por insuficiencia respiratoria.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,9	0,9	0,0	1,8	1 mes
2,4	0,0	2,5	4,9	1 año

2º GRUPO. TRATAMIENTO HORMONAL

CASO Nº 23

H. A. A. (T3 H+), enferma de cuarenta y cuatro años, soltera, con menstruación normal.

Desde hace dos meses nota una tumoreación en cuadrante superoexterno de mama izquierda, de 7 x 7 cm., con fijación de piel pero no a planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una biopsia de mama, resultando un carcinoma ductal, por lo que se trató con radioterapia preoperatoria con dosis de 7.000 R. sobre la mama y 9.000 R. sobre cadenas ganglionares.

Cinco meses después se realizó la mastectomía Eatey con ovariectomía quirúrgica bilateral, encontrándose metástasis en siete adenopatías.

Recibió un tratamiento de telecobaltoterapia complementario de 6.000 R.

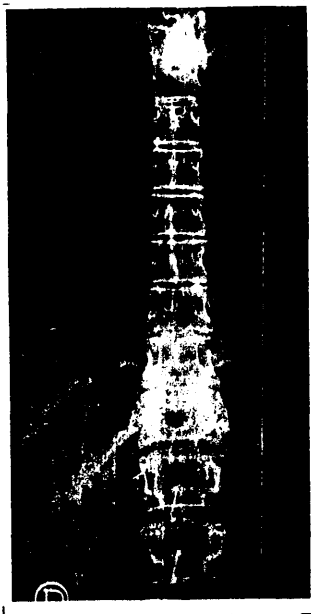
Al año y seis meses inicia un tratamiento de hipofisectomía médica con 100 mg. de tiroides, 0,5 mg. de prednisolona y 10 mg. de etinil estradiol diariamente, que continua por espacio de seis meses, al cabo de los cuales se suspende por continuar con cifras altas de 17-estesteroides urinarios.

A los dos años y medio presentó metástasis en mama derecha que es tratada con radioterapia.

A los cuatro años apareció nodulación cutánea de permeación y osteolisis en C-VI y VII y D-IV y en cráneo. Se trató con andrógenos orales, a dosis de 200mg/día.

A los cuatro años y medio presenta metástasis en columna lumbar y linfangitis carcinomatosa pulmonar, falleciendo posteriormente.

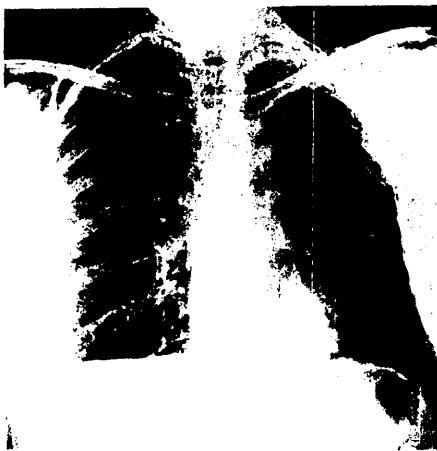
<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>17-est.</u>	<u>17-hidr.</u>
0,9	0,6	4,6	6,1	preoper.	-	-
1,9	13,5	1,3	16,7	6 meses	-	-
0,0	0,1	2,9	3,0	1 año y $\frac{1}{2}$	13,6	12,6
2,5	3,7	3,6	9,8	19 meses	10,3	17,5
9,4	0,0	0,2	3,6	22 meses	18,2	7,0
0,0	0,0	33,8	33,8	25 meses	19,4	10,8



CASO Nº 23. Metástasis en D-IV



Metástasis en C-VII



Metástasis de linfangitis pulmonar
Metástasis en C-VII



CASO N° 24

F. E. P., cuarenta y seis años, soltera. Menstruación conservada.

Desde hace un mes nota una tumoración de 3 x 3 cms., en cuadrante superior externo de la mama izquierda, dolorosa, que no ha aumentado de tamaño, ni fija piel ni pezón. No se encuentran adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni hemo, ni contralaterales. La Maniobra de Baraldi es positiva.

Fue practicada una mastectomía ampliada, previa biopsia urgente y ovariectomía quirúrgica bilateral. Histologicamente se trataba de un carcinoma cordonal, metastatizante en las adenopatías axilares extirpadas. Se clasificó como T2 N1 Mo. Recibió un tratamiento de radioterapia postoperatoria con un total de 15.000 rads.

Después de finalizar la radioterapia fue sometida a tratamiento con antimetabolitos (fluoro-derivados), a dosis de 250 mgs., por semana, durante un año y medio al cabo del cual se suspendió.

A los dos años de la intervención presentó lumbociática izquierda con irradiación hacia rodilla y pie, así como parestesias y pérdida de fuerza. La velocidad de sedimentación era de 26-50, siendo las exploraciones radiológicas practicadas normales. Se reinstauró el tratamiento con antimetabolitos a igual dosis (250 mgs., por semana), durante tres meses, suspendiéndose nuevamente.

A los dos años y medio continua con dolores oseos, pero sin variación radiológica. Se reanudó la terapia con antimetabolitos en igual forma. La quinta determinación de estrógenos urinarios mostró un aumento, en relación con la anterior, de estradiol y estriol.

Los 17-esteroideos fueron de 13,2 mgs. y los 17-hidroxicorticoides 11,9 mgs. en veinticuatro horas.

Al cabo del tercer año volvió a presentar la enferma dolor en región lumbosacra y a la presión en las últimas vértebras dorsales. Se apreció un aumento selectivo de captación de estroncio marcado (Sr^{85}) en columna entre diez y veinticinco cm. por encima de coxis. En las radiografías se confirmó la presencia de metástasis por osteolisis en D- XI , L-IV y L-V (fig. 20 y 21), La velocidad de sedimentación era de 42 /78. La sexta determinación de estrógenos en orina demostró un aumento de estradiol y estríol, descendiendo, sin embargo, los 17-ceto e hidroxicorticoides. Se trató con testosterona, 100 mg. semanales, y radioterapia a dosis de 4.000 r.

A los tres años y medio apareció rarefacción de ambos iliacos e ictericia por colestasis , secundaria al tratamiento. Se comprobó aumento de estrona y estradiol en la orina, iniciándose seguidamente quimioterapia con antimetabolitos.

A los cuatro años existían imágenes de osteolisis en pubis y columna habiendo remitido la ictericia. Continuó la enferma con el mismo tratamiento, siendo revisada posteriormente durante dos años con hallazgos ófnicos similares.

A continuación quedan expresados los resultados de las sucesivas determinaciones estrogénicas urinarias:

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
1,8	0,0	2,3	4,1	1 mes
1,1	0,6	2,2	3,9	6 meses
0,7	2,0	0,0	2,7	1
1,2	0,4	1,5	3,1	18 meses
1,1	1,8	2,1	5,0	2
0,0	2,7	3,4	6,1	3
4,3	5,3	0,0	9,6	42 meses (1)

<u>17-cetosteroides</u>	<u>17-hidroxicorticoides</u>	<u>evolución</u>
13,2 mgs/dfa	11,9 mgs./dfa	30 meses
10,6 "	5,8 "	3 años

(1) En tratamiento con testosterona diez meses antes.



Figs. 29 y 30. Caso n° 24. Tomografías de metástasis en D-XI.

CASO N° 25

C. F. C. (T4 N+), enferma de treinta y ocho años, casada, tres hijos. Lactancias de diez a doce meses. Menstruación regular.

Desde hace una año nota una tumoración en región areolar de la mama izquierda que actualmente es de 10 x 10 cm., con retracción de piel y de pezón y fijación a planos profundos. Adenopatías axilares fijas de 2 x 2 cm. pero no contralaterales ni supraclaviculares. Baraldi positivo en esa mama.

Recibió un tratamiento de radioterapia preoperatorio de 14.000 R.

Fue intervenida a los tres meses, practicándose una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, ya que se trataba de un carcinoma cordonal, ductal, metastatizante en seis adenopatías.

Se completó el tratamiento con radioterapia postoperatoria.

Al año presentó metástasis cutáneas de permeación. Inició un tratamiento con testosterona, a dosis de 250mg. dos veces por semana, además de prednisolona, a dosis de 8 mg. diarios.

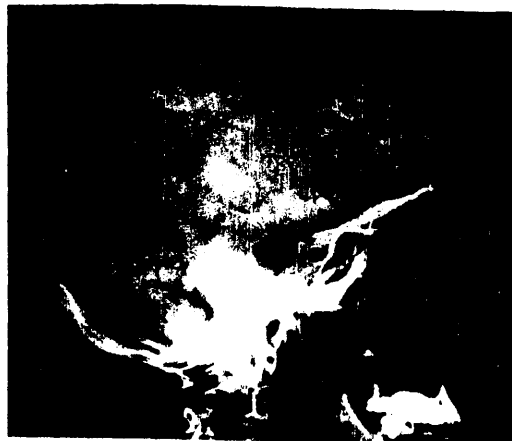
Al año y un mes aparecieron un derrame pleural izquierdo y una linfangitis en ambos campos pulmonares. Inició un tratamiento con quimioterapia con Onco - tiotepa y 5-fluor uracilo en días alternos.

Al año y tres meses falleció por insuficiencia respiratoria.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,7	1,0	0,0	3,7	preoperatorios
4,3	3,0	2,0	9,3	1 año y un mes

Fig. n° 24 (caso n° 23)

Metástasis craneales con osteoesclerosis.



CASO N° 26

E.J.P. (12 K+), enferma de treinta y ocho años, casada, tres hijos, con lactancias entre once y cuatro meses. Grietas en ambos pezones en todas las lactancias. Menstruación normal.

Presenta una tumoración de 3 x 3 cm. en cuadrante superoexterno de mama derecha, desde hace tres meses, coincidiendo con la tercera lactancia, de fijación de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral por tratarse de un carcinoma complejo metastatizante en adenopatías de axila y cadena mamaria interna.

Recibió un tratamiento de radioterapia postoperatoria de 12.000 R.

A los nueve meses se inició un tratamiento con dromostanolona, a razón de 100 mg. cada diez días hasta un total de 2.000 mg.

La enferma se encuentra normal y asintomática a los cinco años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,9	5,9	3,5	11,3	9 meses	-
0,0	12,7	8,5	21,2	12 meses	dromostanolona
0,4	0,4	2,6	3,4	15 "	-
0,0	0,0	0,0	0,0	2 años	-
0,0	2,0	2,4	4,4	preoperatorios.	-



Fig. 32 y 33 (caso n° 27). Derrame pleural derecho y linfangitis carcinomatosa.

CASO Nº 27

M.J. L. P., cuarenta y cuatro años, soltera. Menstruación regular.

Desde hace doce meses presenta una tumoración en cuadrante superior externo y región areolar de la mama derecha, que es actualmente de 7 x 7 cms., con fijación de piel. No hay adenopatías regionales. La maniobra de Baraldi es positiva.

Se instauró radioterapia y se practicó ovariectomía quirúrgica bilateral, seguidas tres meses después de una mastectomía Patey. Se trataba de un carcinoma indiferenciado metastatizante en adenopatías axilares, clasificándose como T3 N1 Mo. Recibió radioterapia postoperatoria.

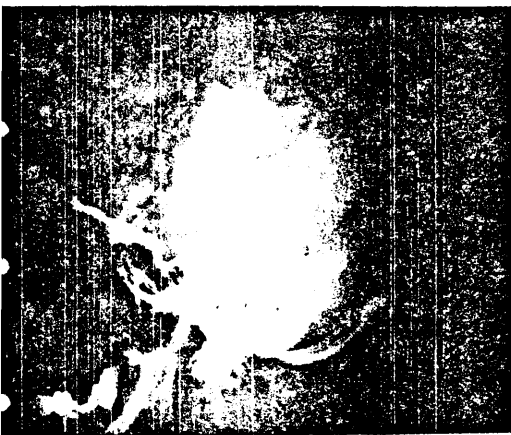
A los once meses de la intervención se hallaron cifras altas de estrógenos urinarios y 17 cetoesteroides, comprobándose zonas de osteolisis en craneo y en IV y V vertebra cervicales (figs. 34 y 35). Un mes después apareció derrame pleural derecho, osteolisis en columna lumbar y articulación sacroiliaca derecha y defecto de captación del lóbulo hepático izquierdo. Se inició tratamiento con dexametasona, un mg. diario, desde la aparición de las primeras manifestaciones metastáticas.

Al año y medio presentó fractura espontánea del cuello de fémur, comprobándose un descenso de los estrógenos urinarios. Tres meses después observó una carcinomatosis generalizada, con localización preferente en columna vertebral y tórax, falleciendo la enferma a los seis meses.

A continuación se muestran los resultados de estrógenos urinarios:

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>	<u>tratamiento previo</u>
2,8	3,5	1,3	7,6	un mes	- - -
2,0	1,7	2,6	6,3	6 meses	—
6,4	6,9	12,4	25,7	11 meses	—
0,0	0,7	1,0	1,7	18 meses	dexametasona 1 mg/día
0,0	1,7	3,1	4,8	2 años	" " " "

<u>17-cetoesteroides</u>	<u>17-hidroxicorticoides</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento previo</u>
31,0 mgs/día	15,9 mgs., /día	11 meses	—
16,2 mgs/día	13,3 mgs.,/día	1 año	dexametasona 1 mg/día
6,8 mgs/día	11,7 mgs., /día	13 meses	" " " "
9,9 mgs/día	12,3 mgs., /día	2 años	" " " "



Figs. 34 y 35. Caso N° 27. Metástasis craneales

CASO N° 28

I. H. S. (T3 N4), enferma de cuarenta y dos años, casada, tres hijos, con dos lactancias de doce meses. Grietas y mastitis derecha en la tercera lactancia. Menstruación normal.

Desde hace un año nota una tumoración en cuadrante supeorexterno de mama derecha, de 4 x 4 cm., con retracción de piel y de pezón pero libre de planos profundos. Adenopatías axilares rodaderas homolaterales, pero no supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi fuertemente positivo.

No pudo recibir tratamiento de radioterapia preoperatorio por ser bronquítica crónica.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma comedón complejo, metastatizante en seis adenopatías.

Dada su broncopatía no se trató posteriormente con radioterapia.

Desde su intervención continuó el tratamiento con prednisona, con dosis de 16 mg. diarios.

A los seis meses recibió tratamiento con metil-testosterona con dosis de 100 mg., cada siete días, durante tres meses.

Al año y medio presentó metástasis cutáneas en surco submamario de la mama izquierda. Se inició un tratamiento de quimioterapia múltiple, no volviendo posteriormente la enferma a revisión.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
4,1	3,3	3,6	11,0	preoperat.	prednisona
3,5	2,0	17,8	23,3	6 meses	"
5,4	1,7	4,7	11,8	1 año	" + testosterona



Fig. n°36 (caso n° 27).

Metástasis en pelvis y fémur izquierdo.

CASO Nº 29

M.P. M. (T3 N4) mama izquierda (T3 N-) mama derecha. Enferma de cuarenta años, soltera, menstruación conservada.

Desde hace nueve meses nota la presencia de dos tumoraciones en ambas mamas, en cuadrantes superoexternos, de 5 x 5 cm., que fijan y retraen el pezón, pero están libres de piel y de planos profundos. Adenopatías axilares izquierdas rodaderas de 2 cm. Baraldi positivo en ambas mamas. No existían adenopatías supraclaviculares ni axilares contralaterales.

Se trata mediante una mastectomía ampliada bilateral tipo Urban y ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma cordonal metastatizante en adenopatías axilares izquierdas.

Recibe un tratamiento complementario de radioterapia sobre cada mama de 14.000 R.

Al mes de la intervención se inicia un tratamiento con dromostanolona, con dosis de 100 mg. cada diez días, durante seis meses, repitiéndose tres meses después otro nuevo ciclo.

Al año y medio presenta un nódulo cutáneo de permeación en pared de hemitorax derecho, metastático, confirmado por su biopsia. Recibe un tratamiento de radioterapia local y un nuevo ciclo con dromostanolona.

A los tres años presenta metástasis en lecho operatorio izquierdo y metástasis óseas difusas en columna y pelvis. Recibe tratamiento de radioterapia y quimioterapia múltiple, con el que la enferma continúa hasta dos años después, en que fallece.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,6	3,1	7,6	12,3	6 meses	dromostanolona
2,0	0,9	1,9	4,8	1 año	"
1,4	1,6	0,0	3,0	18 meses	-
3,2	0,9	1,5	5,6	2 años	dromostanolona
0,0	3,7	0,3	4,0	2 años	
0,0	1,0	0,0	1,0	30 meses	

CASO NO 30

I.M.O. (T3 N4), enferma de treinta y ocho años, casada, con dos hijos, Menstruación regular. Lactancias de doce y seis meses.

Desde hace un año nota una tumoración en cuadrantes superiores de mama izquierda, de 3 x 8 cm, con fijación de piel y de pezón. Adenopatías axilares homolaterales. No supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi positivo.

Recibe tratamiento de radioterapia preoperatorio de 14.000 R.

Se interviene, practicándose una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma indiferenciado, metastatizante en seis adenopatías, siendo dos de ellas de la cadena mamaria interna. Recibe radioterapia postoperatoria.

A los tres meses inicia un tratamiento con metil-testosterona, 100 mg por semana, y fluor-uracil, con 25⁰ mg. a la semana.

Al año presenta metástasis cutáneas. Continúa el tratamiento en ciclos y radioterapia sobre la misma.

Nueve meses después aparece hepatomegalia con zonas frías en el hepatograma y metástasis en columna lumbar y pulmonar con imagen condensante en su tórax, falleciendo dos meses después por coma hepático.

estrona	estradiol	estriol	totales	evolución	tratamiento
0,9	1,7	0,7	5,3	1 año	testosterona fluor-uracil
6,2	5,8	1,2	13,2	18 meses	"

CASO N° 31

M. P. S. (T3 N4), enferma de treinta y cinco años, casada, dos hijos. Menstruación regular. Lactancias de seis meses. Mastitis derecha una vez.

Desde hace seis meses nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 5 x 3 cm, con retracción de piel y de pezón. Esta en su tercera gestación. Adenopatías axilares rodaderas. No supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma indiferenciado, metastatizante en siete adenopatías, siendo dos de ellas de la cadena mamaria interna.

Recibió radioterapia postoperatoria de 14.000 R.

A los tres meses se inicia un tratamiento con dromostanolona, 100mg. por semana, y fluor-uracil, 250 mg. por semana, con varios ciclos.

A los nueve meses presenta metástasis pulmonares bilaterales con linfangitis e imágenes nodulares, falleciendo tres meses después.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
2,2	3,7	1,2	7,1	4 meses	dromostanolona fluor-uracilo
1,4	6,1	4,7	12,2	7 "	"
1,9	2,2	2,8	6,9	1 año	"

CASO Nº 32

M. U. L. (T3 M4), enferma de treinta y siete años, soltera, con menstruación regular.

Desde hace seis meses nota una tumoración en cuadrantes externos de mama derecha, de 5 x 4 cm., con fijación de pezón. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas. Baraldi positivo en esa mama.

Madre fallecida por carcinoma de útero.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted y ovariectomía quirúrgica bilateral, por presentar un carcinoma escirro, metastatizante en tres adenopatías axilares. Recibió un tratamiento, de radioterapia complementaria de 14.000 R.

Al mes inició un tratamiento con metil-testosterona, 250 mg. por semana, y fluor-uracilo a dosis similares, en ciclos repetidos.

Al año y medio se suspendió el tratamiento con metil-testosterona, continuando con fluor-uracilo, hasta los tres años, en que presentó leucopenia.

Después del cuarto año no volvió la enferma a revisión.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,9	0,6	2,1	3,6	1 mes	testosterona
6,9	5,5	1,3	13,7	3 meses	fluor-uracilo
2,9	2,2	16,5	21,6	6 "	"
2,5	0,0	1,2	3,7	1 año	"
1,3	0,0	0,0	1,3	18 meses	fluor-uracilo
1,0	0,0	0,0	1,0	3 años	"

CASO N° 33

D. C. M. (TO N-) en ambas mamas. Enferma de cuarenta y seis años, casada, sin hijos, un aborto. Menstruación regular.

Desde hace tres meses nota tumoraciones en cuadrantes superiores de ambas mamas, menores de 2 cm., sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldi negativo.

Se trató mediante una mastectomía Patey bilateral, por presentar un carcinoma lobulillar bilateral, sin afectación ganglionar.

Al año se inició un tratamiento con dromostanolona, 100 mg. por semana, durante seis meses. Se volvió a instaurar a los tres años igualmente.

La enferma se encuentra asintomática a los ocho años.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>	<u>17-ceto</u>	<u>17-h.</u>
1,5	0,2	8,5	9,8	1 año	-	-	-
6,3	3,3	7,0	16,6	18 meses	dromostan.	10,9	8,5
1,2	2,1	0,1	3,4	1 años	-	-	-
2,9	2,4	9,5	14,8	3 "	-	-	-
0,7	0,9	2,4	4,0	4 "	-	-	-

CASO N° 34

C. L. D. (T2 N-), enferma de cuarenta y cinco años, casada, dos hijos, Lactancias de 9 y 4 meses. Menstruación normal.

Desde hace un mes nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 3 x 3 cm., sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por presentar un carcinoma escirro, no metastatizante. Recibió tratamiento de radioterapia postoperatorio de 14.000 R.

Se trató durante los seis primeros meses con metil-testosterona, 100 mg. por semana, La enferma se encuentra normal a los ocho años.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,6	2,1	5,3	8,0	1 mes	-
0,6	2,2	2,0	4,8	6 "	testosterona
3,1	3,3	6,9	13,3	1 año	-

CASO Nº 35

A. B. A. (T2 N-), enferma de cuarenta y un años, casada, sin hijos, Menstruación normal hasta hace seis meses por anexectomía quirúrgica.

Desde hace un mes nota una tumoración en cuadrantes externos de mama izquierda, de 3 x 3 cm., sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted por tratarse de un carcinoma ductal no metastatizante.

A los dos años se trató con dexametasona, 0,5 mg. diarios, tiroides, 100 mg. diarios, y 10mg. diarios de linestrenol, durante seis meses.

La enferma se encuentra normal a los ocho años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratam.</u>	<u>17-ceto.</u>	<u>17-hid.</u>
2,1	4,9	3,6	10,6	1 años		16,6	10,7
2,5	2,1	1,0	5,6	3 "	dexam tiroid: gestag:	8,3	7,1

CASO Nº 36

V. V. Y. (T2 N-), enferma de cuarenta y cinco años, soltera, con menstruación regular.

Desde hace tres meses presenta una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha de 4 x 4 cm. sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral por presentar un carcinoma trabecular no metastatizante.

Al año se trató con androsterona, 50mg. por quince días, durante seis meses y después con dromostanolona, 100 mg. cada quince días.

Después de los dos años no volvió a revisión.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,9	1,7	2,0	4,6	1 año	-
1,0	1,4	0,8	3,2	18 meses	androdterona

CASO N° 37

F. D. C. (T2 N+), enferma de cincuenta y cuatro años, casada, dos hijos, Lactancias de doce meses. Menopausia a los cuarenta y nueve años.

Desde hace dos meses nota una tumoración en cuadrante inferoexterno de mama izquierda, de 4 x 4 cm., con fijación de pezón pero no de piel. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas, pero no supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban, por tratarse de un carcinoma ductal, sólido, metastatizante en cuatro adenopatías axilares. Recibió tratamiento complementario de radioterapia de 14.000 R.

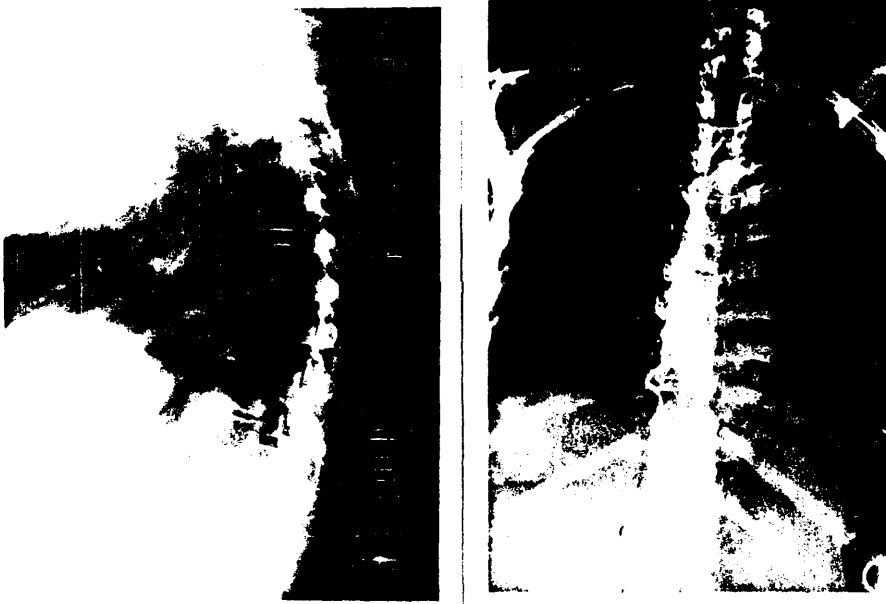
A los seis meses inició tratamiento con dromostanolona, 100 mg. cada siete días, hasta un total de dos gramos.

Al año se instauró tratamiento con fluor-uracilo, 25^U mg. por semana, y en ciclos según su tolerancia.

A los dos años se trató con dexametasona, 0,5 mg por día; tiroides, 100 mg diarios y gestágenos orales con 10 mg diarios, durante un mes por no tolerarlo la enferma, volviéndose a iniciar tres meses después.

A los dos años y medio presentó una metástasis axilar izquierda que engloba el paquete vasculonervioso y produce elefantiasis intensa. Metástasis en columna dorsal y en sacro y fémur izquierdo. Se trató con hipofisectomía química, falleciendo un mes después.

<u>estróna</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>	<u>17-ceto.</u>	<u>17-hi.</u>
1,5	0,0	1,4	2,9	2 meses	-	-	-
1,4	1,9	3,0	6,3	6 "	dromostanol.	-	-
2,8	2,2	0,7	5,7	18 "	fluor-uracilo	-	-
-	-	-	-	2 años	dexametas tiroides	11,5	13,9
-	-	-	-	25 meses	gestágenos	11,2	9,8
-	-	-	-	26 "	suspendido dexametas.	10,0	8,4
-	-	-	-	27 "	tiroides gestágenos	10,1	11,2
-	-	-	-	28 "	"	12,8	4,3
-	-	-	-	31 "	prehipofisect.	7,7	9,9



CASO Nº 37. Metastasis en D-VII (arriba) y en sacro y femures.



CASO N° 18

B. H. P. (T3 N4), enferma de cincuenta y tres años, casada, cuatro hijos, Lactancias de un año. Menopausia a los cuarenta y siete años.

Desde hace un año presenta una tumoración en cuadrante superoexterno de mama izquierda, de 6 x 6 cm., con fijación de piel y de pezón y secreción sanguinolenta por el mismo. Adenopatías axilares homolaterales duras y rodaderas. Na contralaterales ni supraclaviculares. Baraldi positivo en esa mama.

Recibió un tratamiento de radioterapia preoperatorio de 14.000 R.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban, por tratarse de un carcinoma indiferenciado, metastatizante en seis adenopatías, de las que dos eran de la cadena mamaria interna. Recibió radioterapia complementaria.

A los cuatro meses se inició tratamiento con dromostanolona, 100 mg. semanales y fluor-uracilo, 250 mg. semanales.

Al año presentó metástasis de nódulos finos en ambos campos pulmonares y osteolisis de costillas de hemitórax izquierdo, falleciendo a los 6 meses.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,0	0,0	4,9	4,9	previos	-
3,6	0,8	1,5	5,9	6 meses	dromostanolona fluor-uracilo
0,7	0,6	0,0	1,3	1 año	"

CASO N° 19

F. H. L. (T3 N4), enferma de cincuenta y tres años, casada, dos hijos. No lactancias. Menopausia desde hace seis años.

Desde hace tres meses nota una tumoración en cuadrante inferoexterno de mama izquierda, de 5 x 5 cm., con fijación de piel y de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Urban, por presentar un carcinoma ductal, metastatizante en dos adenopatías axilares. Recibió tratamiento postoperatorio de radioterapia de 14.000 R.

Se inició un tratamiento con testosterona, 100 mg. por semana, que a los seis meses se cambió por dromostanolona, con 100 mg. cada quince días.

Al año y medio presentó una adenopatía supraclavicular que se trató con radioterapia. Continuó con buena tolerancia el tratamiento anterior, en ciclos de seis meses.

La enferma se encontró asintomática a los cinco años, no volviendo a revisión.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,0	2,3	0,0	2,3	2 años	dronostenolona
0,1	4,5	3,4	8,0	3 años	"
1,9	1,2	1,0	4,1	4 años	"
5,5	2,3	0,0	7,8	5 años	"

CASO Nº 40

E. U. P. (T2 H4), enferma de cincuenta y tres años, casada, tres hijos. No lactancias. Menopausia desde hace dos años.

Desde hace seis meses nota una tumefacción en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 4 x 4 cm., con fijación de pezón pero no de piel ni de planos profundos. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas, menores de un cm. No adenopatías supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi positivo e en esa mama.

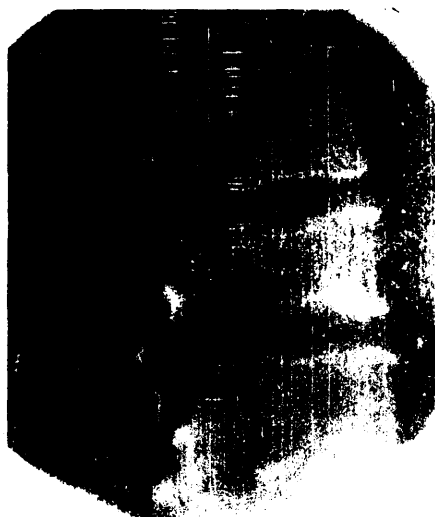
Se trató mediante una mastectomía ampliada ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por presentar un carcinoma indiferenciado metastatizante en tres adenopatías. Recibió un tratamiento de radioterapia postoperatoria complementaria de 14.000 R.

Se inició tratamiento de quimioterapia con fluor-uracilo, 250 mg. por semana y nandrolona, 25 mg. por semana, en ciclos bien tolerados por la enferma.

Al año y medio presentó metástasis en columna lumbar y pelvis, por lo que se instauró un tratamiento de quimioterapia múltiple, que llevó hasta su fallecimiento por coma hepático dos meses después.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,5	0,0	0,7	1,2	6 meses	-
1,2	2,4	0,6	4,2	1 año	fluor-uracilo nandrolona
0,6	2,0	4,5	7,1	18 meses	"

CASO Nº 40. Metástasis en L-III



CASO Nº 41

P. J. A. (T2 N-), enferma de cincuenta años, casada, siete hijos. Lactancias de doce meses. Grietas en ambas mamas en tres ocasiones. Menopausia a los cuarenta y cinco años.

Desde hace tres meses nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 4 x 4 cm., sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma complejo, metastatizante en dos adenopatías. Recibió tratamiento de radioterapia de 14.000 R.

Recibió tratamiento de testosterona, 100 mg. cada diez días, un año.

A los dos años presentó osteolisis en columna dorsal (D III-IV) por lo que recibió quimioterapia múltiple hasta su fallecimiento a los siete meses con coma hepático.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
3,2	1,2	4,8	9,2	4 meses	testosterona
3,9	0,7	1,8	6,4	1 año	"
0,9	0,1	0,0	1,0	2 años	-

CASO Nº 42

A. J. J. (T3 N4), enferma de cincuenta años, casada, cinco hijos. Lactancias entre doce y dieciocho meses. Menopausia actual.

Desde hace cinco meses nota una tumoración en cuadrante inferoexterno de mama izquierda, de 5 x 5 cm., con retracción del pezón y edema de piel. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas de 1cm. Baraldi positivo .

Se trató con radioterapia preoperatoria y mastectomía ampliada Halsted, por tratarse de un carcinoma trabecular, metastatizante en cinco adenopatías.

Recibió radioterapia postoperatoria, así como tratamiento con fluor-uracilo, 250 mg. por semana en varios ciclos.

Al año presentó metástasis cutáneas en coraza y derrama pleural izquierdo por lo que se instauró quimioterapia múltiple, falleciendo tres meses después por insuficiencia respiratoria.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,8	1,8	0,0	3,6	preoperator.	-
2,0	3,9	1,5	7,4	1 mes	-
0,8	0,0	0,0	0,8	3 meses	fluor-uracilo
0,0	0,0	8,6	8,6	1 año	"

CASO NO 43

M. L. A. (T2 N4), enferma de cincuenta y siete años, casada, tres hijos. Lactancias de doce meses. Menopausia hace siete años.

Desde hace tres meses notó una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, con fijación de pezón pero no de piel. No adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted, por tratarse de un carcinoma ductal con metástasis en dos adenopatías. Recibió tratamiento de radioterapia postoperatoria de 14.000 R.

Al mes se inició un tratamiento de quimioterapia con testosterona, 250 mg. por semana y antimetabolitos del tipo de fluor-uracilo, 250 mg. por semana, que la enferma ha realizada en ciclos hasta los dos años.

La enferma se encuentra asintomática a los diez años de evolución.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estrinol</u>	<u>totales</u>	<u>evolucion</u>	<u>tratamiento</u>
6,6	0,0	2,5	9,1	1 mes	-
1,5	0,0	5,6	7,1	3 meses	testosterona fluor-uracilo
3,2	1,9	0,0	5,1	9 "	"
3,4	1,4	2,6	7,4	18 "	"
1,6	1,1	3,2	5,3	18 "	"
1,2	0,5	0,0	1,7	2 años	"

CASO N° 44

P. M. G., enferma de cuarenta y un años, soltera, con menopausia quirúrgica hace seis años por tumoración uterina benigna. (T3 N4).

Desde hace seis meses nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 5 x 5 cm, con fijación de pezón. No adenopatías ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted, por tratarse de un carcinoma ductal, metastatizante en cuatro adenopatías. Recibió tratamiento de radioterapia complementario de 14.000 R.

A los tres meses se inició un tratamiento de quimioterapia con metil testosterona y antimetabolitos como el fluor-uracilo, a dosis de 100 y 250 mg. por semana respectivamente.

La enferma realizó ciclos repetidos de su tratamiento hasta los años en que presentó metástasis pulmonares bilaterales nodulares, por lo que falleció seis meses después en insuficiencia respiratoria.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,8	1,6	0,0	2,4	3 meses	testosterona fluor-uracilo
1,0	0,0	0,8	1,8	6 "	"
0,1	0,2	0,0	0,3	18 "	"

EASO N° 47

M. M. H. (T3 H2 +), enferma de sesenta y dos años, casada, dos hijos lactancias de doce meses. Menopausia a los cincuenta años.

Presentó, desde hacía seis meses, una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 8 x 8 cm., que retrae el pezón y fija la piel. Adenopatías axilares homolaterales de 4 x 4 cm. Baraldi fuertemente positivo en esa mama.

Recibió tratamiento de radioterapia pre y postoperatoria, con dosis de 6.000 y 14.000 R. respectivamente.

Al año y medio presentó metástasis en mama contralateral, ya que en ambos casos se trataba de un carcinoma escirro, metastatizante en las adenopatías axilares en la primera mastectomía ampliada Halsted, pero no en la segunda.

Se inició tratamiento de quimioterapia con dromostanona y fluor-uracilo, a dosis de 100 mg. y 250 mg. por semanas respectivamente.

A los dos años y medio aparecieron metástasis cutáneas y pulmonares no volviendo a revisión.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,2	0,0	1,8	3,0	13 meses	-
0,0	0,7	2,3	3,0	19 "	dromostanona fluor-uracilo
0,6	0,0	0,5	1,1	2 años	"
0,0	0,0	0,0	0,0	30 meses	"

CASO N° 46

A. M. M. (T2 N-), enferma de cincuenta años, soltera, con menopausia actual.

Desde hace seis meses notó una tumoración en cuadrantes superiores de mama derecha, de 3 x 3 cm., que no fija piel ni pezón. No adenopatías homo ni contralaterales, axilares ni supraclaviculares. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató con una mastectomía ampliada Halsted, por tratarse de una neoformación ductal, no metastatizante. Recibió radioterapia sobre ovarios con 2,000 R.

A los cinco años aparecieron metástasis supraclaviculares y cutáneas homolaterales. Recibió tratamiento con dromostanolona, a dosis de 166 mg. por semana, y radioterapia.

A los seis años presentó metástasis en columna dorsal con aplastamiento de D XII, y osteolisis en pelvis, no volviendo la enferma a revisión.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,6	1,3	0,0	2,9	5 años	-
0,8	0,0	2,8	3,6	6 años	dromostanolona

CASO N° 47

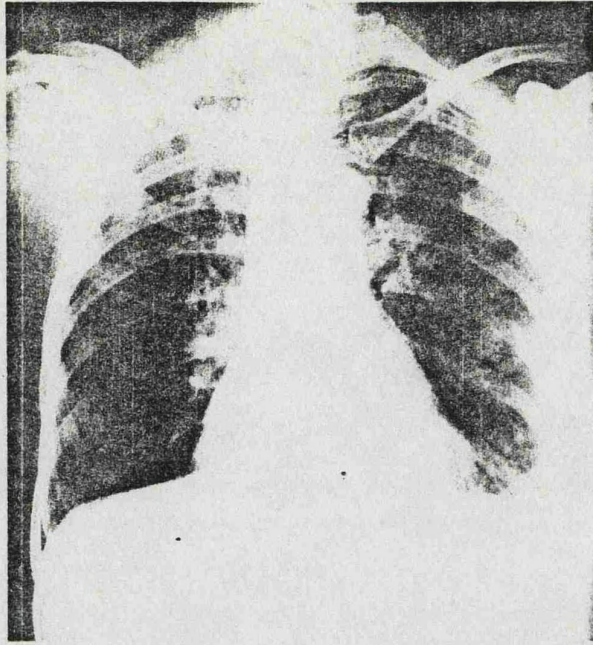
C. P. C. (T3 M+), enferma de cincuenta y seis años, casada, once hijos. Lactancias de tres meses. Mastitis izquierda. Menopausia a los cuarenta y nueve años.

Desde hace un año presentó una tumoración en cuadrante superointerno de mama derecha, de 7 x 7 cm., que retrae piel y pezón. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas de 1 cm. Baraldi positivo en esa mama.

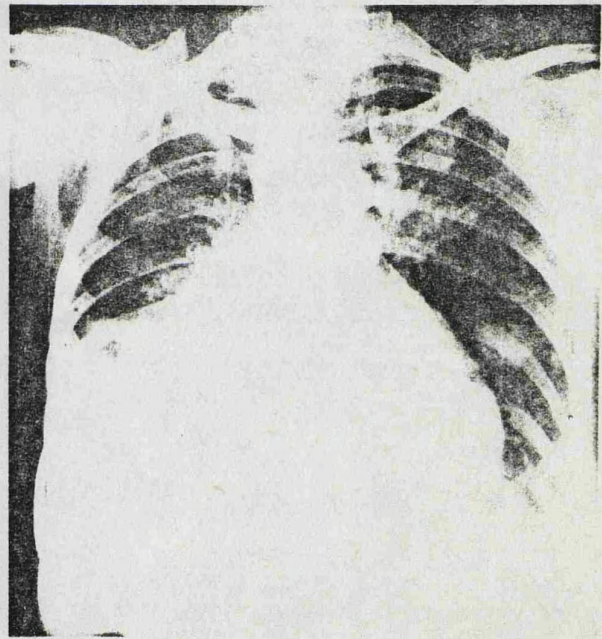
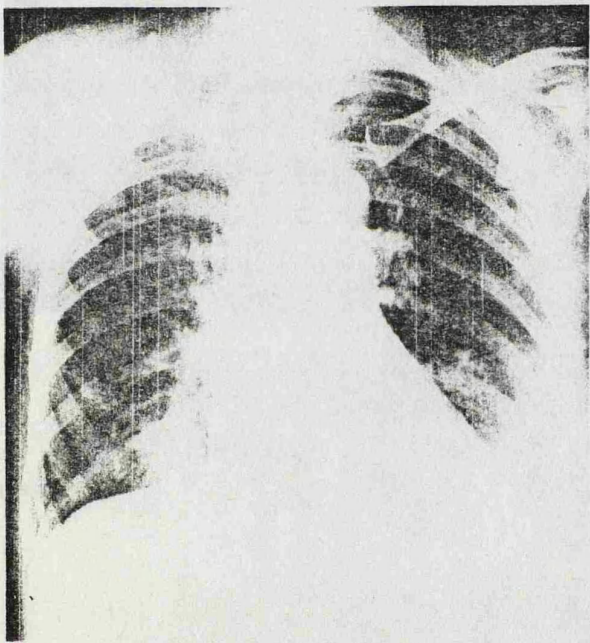
Recibió radioterapia preoperatoria y se practicó una mastectomía ampliada Halsted por tratarse de un carcinoma ductal sólido, metastatizante en una adenopatía. Se radió posteriormente con 14.000 R.

A los tres meses se inició tratamiento con fluro-uracilo, con dosis de 250 mg. por semana, durante un año. A los dos años se trata con metiltestosterona, con dosis de 100 mg., por diez días.

A los tres años y medio existían metástasis pulmonares en ambas bases. Se empezó con poliquimioterapia múltiple triple en ciclos hasta su fallecimiento a los seis años.



CASO Nº 47. Metástasis pulmonares iniciales y meses después con derrame pleural.



<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>	<u>cetos hidro</u>
0,9	2,1	0,0	3,0	1 mes	-	-
1,0	0,1	2,8	3,9	6 meses	fluor-uracilo	-
0,9	3,1	2,6	6,6	2 años	"	-
1,6	2,4	2,7	6,7	30 meses	"	-
3,4	3,6	7,5	13,5	42 "	testosterona	-
1,4	1,8	1,0	4,2	4 años	poliquimiot.	10,7 10,4
0,0	4,3	3,7	8,0	54 meses	"	-
3,4	6,6	5,5	15,5	5 años	prednisona	-

CASO N° 48

E. E. P. (T3 N-), enferma de cuarenta y nueve años, casada, sin hijos. Menopausia desde hace dos años.

Desde hace cuatro meses presentó una tumoración en cuadrante superior interno de mama izquierda, de 6 x 6 cm., que retrae piel pero no pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldá positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Urban, por existir una neoplasia formación gigantocelular, no metastatizante en cadenas ganglionares. Recibió tratamiento de radioterapia postoperatorio de 14.000 R y 2.000 R. sobre ambos ovarios.

A los cinco años y medio aparecieron metástasis en pulmón derecho, mama derecha y nódulos cutáneos en pared de ambos hemitórax. Recibió tratamiento de radioterapia sobre la mama y los nódulos cutáneos. Se comenzó tratamiento de quimioterapia posteriormente con dromostanolona, y poliquimioterapia con cinco preparados, en ciclos repetidos durante dos años, al cabo de los cuales fallece la enferma por carcinomatosis generalizada.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,2	1,0	0,0	2,2	4 años	-
1,2	1,4	1,4	4,0	6 años	poliquimiot.



CASO N° 48. Metástasis en iliacos,
isquion y fémur derecho (arriba) y
craneales y en fémur izquierdo.

CASO N° 49

P. Q. R. (T3 N-), enferma de sesenta años, casada, sin hijos. Menopausia a los cuarenta y cinco años.

Desde hace un mes presentó una tumoración en región areolar de mama derecha, de 2 x 2 mm., sin fijación de piel ni de pezón. Secreción sanguinolenta por el pezón. No adenopatías ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató, mediante una mastectomía ampliada Halsted, por existir una neoformación intraductal papilar, no metastatizante.

A los tres años se trató con testosterona, 100 mg., por semana, durante seis meses. A los cuatro años se inició tratamiento con tiroides, dexametasona y gestágenos a dosis de 100, 0,5 y 10 mg. respectivamente, durante tres meses.

La enferma se encuentra asintomática a los doce años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>	<u>cetos</u>	<u>hidro</u>
4,5	5,3	0,5	10,3	30 meses	-	-	-
3,5	12,5	1,6	17,6	3 años	-	-	-
0,5	3,2	2,6	6,3	42 meses	testosterona	-	-
1,9	1,9	5,7	9,5	4 años	-	12,4	7,3
-	-	-	-	53 meses	hipofisect. médica	13,6	16,2

CASO N° 50

S. R. R. (T3 N4), enferma de cincuenta y cuatro años, casada, un hijo. No lactancias. Menopausia quirúrgica a los cuarenta y dos años.

Desde hace dos meses nota una tumoración en cuadrante inferointerno de mama izquierda, de 4 x 4 cm., con fijación de piel pero no de planos profundos. No adenopatías homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban, por presentar una neoformación ductal, cribiforme, metastatizante en axila y cadena mamaria interna. Recibió tratamiento de radioterapia pre y postoperatorio.

Al mes inició tratamiento con antimetabolitos, del tipo del flóro-uracilo, a dosis de 250 mg. por semana, según tolerancia.

A los nueve meses presentó metástasis cutáneas en pared de hemitórax derecho y derrame pleural izquierdo. Se añadió al tratamiento metil-tos-

tosterona, a dosis de 250 mg. por semana, falleciendo la enferma seis meses después por insuficiencia respiratoria.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,7	0,3	1,0	2,0	1 mes	-
0,8	0,0	5,4	6,2	1 año	fluor-uracilo testosterona

CASO Nº 51

C. S. G. (T2 M-), enferma de cincuenta y ocho años, casada, sin hijos. Menopausia hace nueve años.

Desde hace dos meses notó una tumoración en cuadrante superior interno de mama izquierda, de 2 x 2 cm., con fijación de pezón pero no de piel. No adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted, por presentar una neoformación gelatinosa, de carácter no metastatizante.

Al año se comenzó un tratamiento con anti-tabolitos del tipo del fluor-uracilo y metil-testosterona, a dosis de 250 y 100 mg. respectivamente, que realizó en ciclos según la tolerancia.

A los tres años y medio presentó derrame pleural, continuando con el tratamiento anterior. Seis meses después aparecieron metástasis cutáneas y adenopatía axilar homolaterales.

A los cuatro años y meses se observó afectación de la mama contralateral que se trató con radioterapia.

La enferma falleció un año después, con hepatomegalia y disnea intrínseca, por carcinomatosis generalizada.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,0	0,0	2,1	2,1	1 año	-
1,3	0,0	0,0	1,3	3 años	fluor-uracilo testosterona
1,9	0,9	0,0	2,8	4 años	"
0,2	0,0	0,0	0,2	54 meses	"

CASO Nº 52

F. T. D. (T3 N4), enferma de cincuenta y cuatro años, casada, cuatro hijos. Lactancia de doce meses. Menopausia hace seis años.

Desde hace un año notó una tumoración en cuadrantes superiores de mama izquierda, de 3 x 3 cm., con fijación de piel y de pezón, pero no de planos profundos. Adenopatías axilares rodaderas de 1cm., pero no contralaterales ni supraclav-iculares. Baraldi positivo en esa mama.

Recibió radioterapia pre y postoperatoria. Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted, por presentar un carcinoma escirro, metastatizante en seis adenopatías axilares.

A los tres meses se instauró tratamiento con metil-testosterona y anti-metabolitos como el fluor-uracilo, a dosis de 100 y 250 mg. por semana.

A los seis meses presentó metástasis en columna lumbar y pulmonares múltiples, falleciendo al año y medio por insuficiencia respiratoria.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,0	0,0	0,0	0,0	1 año	fluor-uracilo testosterona
5,3	4,2	1,7	11,2	18 meses	"

CASO Nº 53

R. A. J. (T2 N4), enferma de sesenta años, soltera. Menopausia hace cinco años.

Desde hace tres meses nota la presencia de una adenopatía axilar izquierda, de 2 x 2 cm., y una tumoración en cuadrantes superiores de mama izquierda, de 4 x 4 cm., con fijación de pezón. No adenopatías supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Urban, por existir un carcinoma escirro, metastatizante en nueve adenopatías axilares. Recibió tratamiento de radioterapia de 14.000 R.

Recibió tratamiento con tiroides, gestágenos y dexametasona, a dosis de 100, 10 y 0,5 mg., respectivamente durante los seis primeros meses, continuando a los dos años con metil-testosterona. La enferma se encuentra asintomática a los siete años.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>	<u>cetos hidroxi</u>
1,0	2,0	0,0	3,0	1 mes	-	21,3- 17,2
1,8	3,7	10,0	15,5	5 meses	hipofisect. medica	7,3 0,0
1,0	3,0	5,1	9,1	7 meses	"	15,6 6,5
0,8	1,1	2,3	4,2	1 año	-	9,0 5,8
0,0	2,3	5,4	7,7	2 años	-	- -

CASO NO 54

C. B. J. (T3 H4), enferma de cincuenta y cuatro años, soltera. Menopausia a los cincuenta años.

Desde hace siete meses presenta una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 5 x 5 cm., con fijación de pezón pero no de piel ni de planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted, por tratarse de una neoformación ductal, metastatizante en tres adenopatías axilares. Recibió un tratamiento de radioterapia complementario de 14.000 R.

Al mes se inició un tratamiento con antimetabolitos del tipo de fluoruracilo, a dosis de 250 mg., por semana, en ciclos según su tolerancia.

Al año y medio es intervenida por otra neoformación de la mama restante, de tipo ductal, metastatizante en dos adenopatías axilares de la mastectomía ampliada Halsted realizada. Recibió tratamiento de radioterapia.

A continuación recibió tratamiento con antimetabolitos en ciclos.

A los dos años presentó metástasis en columna lumbar, a nivel de L-V, por lo que fue nuevamente tratada con radioterapia y posteriormente continuó con antimetabolitos.

A los dos años y medio aparecieron metástasis pulmonares bilaterales tratadas con testosterona y seis meses después hepáticas, falleciendo.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,5	0,0	0,6	1,1	1 mes	-
0,5	0,0	0,9	1,4	1 año	fluor-uracilo
1,2	1,5	1,4	4,1	18 meses	"
0,0	0,0	1,0	1,0	2 años	"
1,2	1,9	0,9	4,1	3 años	testosterona

CASO Nº 55

C. A. B. (T3 N4), enferma de sesenta y cinco años, soltera. Menopausia a los cincuenta y un años.

Desde hace ocho meses, nota una tumoración en región areolar de mama derecha, de 5 x 5 cm., con fijación de pezón pero no de piel. Adenopatías axilares de 1cm. rodaderas, pero no contralaterales ni supraclaviculares. Heraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía Patey, por tratarse de una neoformación escirro, metastatizante en adenopatías. Recibió radioterapia postoperatoria.

A los tres años presentó metástasis cutánea en lecho operatorio que fue tratada con radioterapia. Recibió tratamiento con antimetabolitos, como fluor-uracilo, a dosis de 250 mg. por semana.

A los cuatro años y medio aparecieron metástasis cutáneas y supraclaviculares derechas y en ambos campos pulmonares. Recibió tratamiento de testosterona y fluoruracilo a dosis de 250 mg. por semana.

A los cinco años tuvo metástasis hepáticas y en la mama restante, falleciendo posteriormente.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,3	0,0	0,0	0,3	3 años	-
0,0	0,0	0,0	0,0	4 años	fluor-uracilo
0,6	0,0	0,7	1,3	4 años	"

CASO Nº 56

P. G. P (T4 N2), enferma de cincuenta y siete años, casada, ocho hijos lactancias de doce meses. Menopausia a los cuarenta y siete años.

Desde hace un año presenta una tumoración en cuadrante superoexterno, que actualmente ocupa toda la mama, con adenopatía axilar de 2 x 2 cm., fija, y adenopatías supraclaviculares homolaterales. Derrame pleural en base izquierda y hepatomegalia de cuatro traveses de dedo. Infiltración de médula ósea.

Se trató con radioterapia y antimetabolitos, con dosis de 250 mg., por semana. Se practicó a los cuatro meses una mastectomía Patey, por tratarse

de un carcinoma escirro,metastatizante en dieciseis adenopatías.

A los seis meses falleció por insuficiencia respiratoria.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,7	0,0	0,0	1,7	1 mes	-
2,4	0,5	1,8	4,7	6 meses	fluor-uracilo

CASO Nº 57

J. Ll. F. (T3 N4), enferma de cincuenta años, casada, sin hijos. Menopausia a los cuarenta y nueve años.

Desde hace un año notó una tumoración en región areolar de mama derecha, de 5 x 5 cm., con fijación de pezón pero no de piel ni de planos profundos.No adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban,por tratarse de un carcinoma ductal,metastatizante en adenopatías axilares y de la cadena mamaria interna, en cuatro y dos ganglios respectivamente.Recibió tratamiento de radioterapia postoperatorio de 14.000 R.

Se inició al mes tratamiento con fluor-uracilo y dromostanolona, con dosis de 250 y 100 mg. cada siete y quince días respectivamente, en ciclos.

Al año presentó metastasis en columna dorsolumbar, falleciendo meses después.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
7,4	3,0	1,4	11,8	iniciales	-
0,0	1,2	1,2	2,4	1 año	fluor-uracilo dromostanolona

CASO Nº 58

M. M. A. (T3 N4), enferma de cincuenta y siete años, casada, sin hijos Menopausia a los cuarenta y nueve años.

Desde hace un año presentó una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 6 x 6 cm., con fijación de piel.Adenopatías axilares rodaderas homolaterales pero no supraclaviculares ni contralaterales.

Baraldi positivo en esa mama.

Recibió tratamiento de radioterapia pre y postoperatorio.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Urban, por tratarse de un carcinoma escirro, metastatizante en diez adenopatías axilares y dos de la cadena mamaria interna. Recibió tratamiento con antimetabolitos como el fluor-uracilo, con dosis de 250 mg. por semana, en ciclos según tolerancia.

A los tres años presentó derrame pleural y meses después insuficiencia respiratoria por metástasis pulmonares, falleciendo posteriormente.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,0	0,3	0,8	2,1	inicial	-
0,6	0,5	1,2	2,3	1 año	fluo-uracilo

CASO Nº 50

E. A. B. (T2 H4), enferma de cincuenta años, soltera. Menopausia actual.

Desde hace un mes notó una tumoración en cuadrantes superiores de mama derecha, de 4 x 4 cm., sin fijación de piel ni pezón. Adenopatías axilares rodaderas, menores de 1cm., pero no supraclaviculares ni contralateras. Baraldi positivo en esta mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban, por presentar una neoplasia compleja de mama, metastatizante en siete adenopatías axilares y en una de la cadena mamaria interna. Recibió tratamiento de radioterapia.

Al mes se inició tratamiento con dromostanolona, con dosis de 100 mg. por semana, durante cinco meses. Posteriormente se trató con gestágenos y dexametasona, con dosis de 10 y 0,5 mg. diarios, suspendiéndose al mes por presentar la enferma hepatitis. Ovariectomía quirúrgica bilateral.

A los catorce meses recibió tratamiento de prednisolona, con dosis de 16 mg. diarios por leucopenia, durante un mes.

La enferma se encuentra asintomática a los siete años de evolución.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>	<u>catos</u>	<u>hidro</u>
6,4	2,8	6,8	16,0	iniciales	-	-	-
0,4	0,1	0,0	0,5	6 meses	dromostanol.	9,1	9,1
-	-	-	-	7 "	gestágenos dexametasona	12,2	9,1
-	-	-	-	8 "	"	6,5	4,5
-	-	-	-	11 "	-	9,7	9,0
3,3	2,6	11,6	17,5	15 "	prednisolona		

CASO N° 60

C. G. G. (T2 N4), enferma de cincuenta y cuatro años, casada, siete hijos. Lactancias de doce meses. Mastitis derecha. Menopausia hace dos años.

Desde hace un mes notó una tumoración en cuadrante inferointerno de mama izquierda, de 2 x 2 cm., sin fijación de piel ni de pezón. Adenopatía axilar de 1 cm. rodadera, pero no supraclavicular ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató con mastectomía ampliada Urban y ovariectomía quirúrgica bilateral, por presentar un carcinoma ductal, sólido, metastatizante en dos adenopatías axilares. Recibió radioterapia con dosis de 14.000 R.

Al año y medio recibió tratamiento con testosterona, con dosis de 250 mg. por semana, durante seis meses.

La enferma no volvió a revisión después de los tres años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,8	0,5	0,0	1,3	iniciales	-
1,5	0,0	5,7	7,2	18 meses	-
5,0	3,7	7,0	15,7	2 años	testosterona

CASO N° 61

M. M. M. (T3 N-), enferma de sesenta años, casada, dos hijos. Lactancias de dieciocho meses. Grietas en los pezones de ambas mamas. Menopausia a los cincuenta y dos años.

Desde hace un año notó una tumoración en región areolar de mama izquierda, de 5 x 5 cm., con fijación de pezón. No adenopatías ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató con mastectomía ampliada Halsted, por tener un carcinoma escirro, no metastatizante. Recibió tratamiento de radioterapia.

A los seis meses se inició tratamiento con dromostanolona, con dosis de 100 mg., por quince días durante seis meses.

La enferma no volvió a revisión después del año.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,7	0,8	0,5	3,0	iniciales	-
4,4	2,1	4,4	10,9	6 meses	dromostanolona

CASO Nº 62

C. S. P. (T2 H+), enferma de sesenta y cinco años, soltera, Menopausia a los cincuenta y un años.

Desde hace tres meses notó una tumoración en cuadrantes superiores de mama derecha, de 4 x 4 cm., sin fijación de piel ni de pezón. Adenopatías axilares rodaderas de 1cm., pero no supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted, por presentar un carcinoma escirroso, metastatizante en catorce adenopatías. Recibió tratamiento de radioterapia postoperatorio con dosis de 14.000 R.

A los seis meses se inició tratamiento con dromostanolona, con dosis de 100 mg. por semana, durante seis meses, al cabo de los cuales se suspendió por ser normales los estrógenos urinarios.

La enferma se encuentra asintomática después de ocho años de evolución.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
1,3	1,8	2,1	5,2	6 meses	-
0,8	0,6	0,6	2,0	1 año	dromostanolona
1,1	1,0	4,1	6,2	18 meses	-

CASO Nº 63

D. S. E. (T2 H-), enferma de cincuenta y ocho años, casada, tres hijos. Lactancias de doce meses. No grietas ni mastitis. Menopausia a los cincuenta y un años.

Desde hace un mes presentó una tumoración de cuadrantes superiores de mama izquierda, de 3 x 3 cm., sin fijación de piel ni de pezón, ni de planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por presentar un carcinoma intraductal, no metastatizante. Recibió radioterapia postoperatoria de 14.000 R.

A los seis meses se instauró un tratamiento con dromostanolona, con

dosis de 100 mg. por semana, durante cinco meses, suspendiéndose por ser normales los estrógenos urinarios.

Al cabo de dos años se reinstauró el tratamiento con dromostanolona, durante otros cinco meses, pero se suspendió al elevarse los estrógenos urinarios.

La enferma se encuentra asintomática a los ocho años de evolución.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
0,9	1,2	1,2	3,3	iniciales	-
1,7	2,1	1,8	5,6	6 meses	-
0,0	2,9	3,6	6,5	1 año	dromostanolona
1,2	1,9	2,4	5,5	2 años	-
3,5	3,4	7,5	14,4	27 meses	dromostanolona

CASO N° 64

C. S. L. (T2 N-), enferma de cincuenta y tres años, casada, sin hijos. Menopausia hace tres años.

Desde hace tres meses notó una tumoración en región areolar de mama derecha, de 4 x 4 cm., sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma escirroso, no metastatizante en adenopatías. Recibió radioterapia con dosis de 14.000 R.

A los seis meses se inició tratamiento con dromostanolona, con dosis de 100 mg. por semana, durante cinco meses.

La enferma no volvió a revisión después de los tres años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>tratamiento</u>
3,3	4,4	2,6	10,3	6 meses	-
1,7	1,0	1,5	4,2	2 años	-
0,5	0,0	0,2	2,7	3 años	-

GRUPO 3º . ENFERMAS CON BUENA EVOLUCION SIN TRATAMIENTO

CASO Nº 65.

M.A. O. (T2 N+), enferma de treinta y ocho años, casada, tres hijos, lactancias de cuatro meses. Mastitis izquierda en una lactancia. Menstruación regular.

Desde hace cuatro meses nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama izquierda, de 2 x 2 cm., que fue biopsiado anteriormente. No adenopatías ni homo ni contralaterales.

Recibe tratamiento de radioterapia preoperatorio, practicándose posteriormente una mastectomía Patey con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma ductal sobre una mastopatía, metastatizante en cuatro adenopatías. Recibe radioterapia postoperatoria. Ovariectomía quirúrgica.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,7	0,5	1,0	4,2	preoperatorios
0,4	0,5	0,0	0,9	6 meses
0,9	2,2	0,0	3,1	2 años
3,0	0,5	2,0	5,5	3 años

CASO Nº 66

N. A. D. (T1 N-), enferma de cuarenta y seis años, soltera, con menstruación regular.

Desde hace un mes presenta una tumoración, de 1 x 1 cm. en región areolar de mama izquierda, que no fija piel ni pezón. No adenopatías ni homo ni contralaterales axilares ni supraclaviculares. Baraldi positivo.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban y ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma ductal, no metastatizante.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,7	1,5	0,0	2,2	4 años
0,0	0,0	0,0	0,0	5 años
0,0	0,0	2,9	2,9	7 años.

La enferma se encuentra asintomática después de diez años de su intervención.

CASO N° 67

D. A. L. (T2 N-), enferma de cuarenta y tres años, casada, cuatro hijos con lactancias de doce meses. Grietas en ambos pezones en las lactancias. Menstruación normal.

Desde hace tres meses presenta una tumoración en cuadrante inferoexterno de mama derecha, que no fija piel ni pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo (2x2 cm).

Se practica una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, por resultar la biopsia intraoperatoria un carcinoma escirro, no metastatizante.

Está asintomática a los once años de evolución.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolucion</u>
0,0	0,0	0,3	0,3	4 años
0,4	0,8	0,1	1,3	6 años
1,0	1,0	3,2	5,2	7 años
1,1	3,1	1,4	5,6	8 años

CASO N° 68

E. G. M. (T3 N-), enferma de cuarenta y cinco años, casada, tres hijos, con lactancias de doce y diez meses. Grietas en los pezones en las lactancias. Menstruación conservada.

Desde hace dos meses refiere la existencia de una tumoración en cuadrantes superiores de mama izquierda con fijación de pezón y piel, pero no a planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama. (5x5 cm).

Se realizó una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, previa biopsia intraoperatoria, por presentar un carcinoma escirro, no metastatizante. Recibe tratamiento de radioterapia postoperatoria.

Se encuentra asintomática a los ocho años de evolución.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,0	0,0	2,2	2,2	2 años
1,6	1,9	1,0	4,5	3 años
0,3	0,9	2,0	3,2	3 años
0,0	0,5	1,4	1,9	5 años

CASO N° 69

C.C.L.(T2 N-), enferma de cuarenta y ocho años, casada, cuatro hijos, sin lactancias. Menstruación regular.

Desde hace seis meses presenta una tumoración de 3 x 3 cm. en cuadrante superoexterno de mama izquierda, sin fijación de piel ni de pezón. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urbah con ovariectomía quirúrgica bilateral, después de la biopsia intraoperatoria de un carcinoma ductal no metastatizante.

Al cuarto año de evolución aparecieron adenopatías axilares metastáticas, que fueron extirpadas quirúrgicamente y tratadas con radioterapia.

La evolución actual es de diez años.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
1,3	1,9	1,8	5,0	4 años
0,0	1,1	2,2	3,3	6 años
0,2	0,0	0,0	0,2	7 años
1,8	0,8	1,2	3,8	9 años

CASO N° 70

C. G. G. (T2 N+), enferma de cuarenta y un años, soltera, con menstruación regular.

Nota desde hace cinco meses una tumoración de 4 x 4 cm. en cuadrante superoexterno de mama derecha, sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se realizó una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, precedidas de biopsia intraoperatoria, por presentar un carcinoma ductal metastatizante en dos adenopatías axilares. Recibió un tratamiento de radioterapia de 14.000 r.

Está asintomática después de diez años de evolución.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,5	2,6	4,9	10,0	2 años
3,2	1,9	2,7	7,8	3 años
0,0	2,5	0,0	2,5	4 años

CASO N° 71

C. C. M. (T2 N4), enferma de cuarenta y dos años, casada, cuatro hijos, con lactancias de seis a tres meses. Menstruación normal.

Desde hace un mes nota una tumoración en mama izquierda, en el cuadrante superoexterno, de 2 x 2 cm, sin fijación de piel ni de pezón. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas, pero no supraclaviculares ni contra laterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practica una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma ductal infiltrante y embolizante con metástasis en una adenopatía. Recibe tratamiento de radio y telecobaltoterapia de 16.000 r.

Está asintomática a los ocho años de evolución

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,0	0,0	4,0	4,0	1 mes
1,0	1,1	2,7	4,8	1 año
0,0	0,0	0,0	0,0	2 años
2,0	1,5	3,0	6,5	5 años

CASO N° 72

N. C. C. (T1 N-), enferma de treinta y ocho años, casada, dos hijos, lactancias de diez meses. Grietas en las lactancias en ambos pezones. Menstruación normal.

Desde hace diez meses nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama izquierda de 1 x 1 cm. sin fijación de piel ni de pezón. Nodopatías axilares ni supraclaviculares ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se biopsia la mama y se practica una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral por tratarse de un carcinoma cordonal infiltrante, no metastatizante en adenopatías. Recibe tratamiento de radio y telecobaltoterapia de 16.000 r.

Lleva asintomática cinco años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,7	0,5	0,0	1,2	1 mes
1,9	1,6	0,0	3,5	1 año

CASO N° 73

A. E. F. (T2 H-), enferma de treinta y un años, soltera, con menstruación normal.

Observa la existencia de una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 2 x 2 cm., sin fijación de piel, ni de pezón, ni a planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se llevó a cabo una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, ya que se comprobó la existencia de un carcinoma ductal no metastatizante en la biopsia intraoperatoria.

Lleva asintomática once años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,0	0,0	0,0	0,0	1 año
1,0	0,3	0,0	1,3	2 años
1,7	0,3	0,4	1,7	3 años
0,7	4,4	0,9	6,0	5 años (medicación)

CASO N° 74

A. G. H. (T2 H-), enferma de cuarenta y un años, soltera, con menstruación normal.

Desde hace cuatro meses nota la existencia de una tumoración en cuadrantes superiores de mama derecha, de 3 x 3 cm. con tendencia a fijar piel, pero sin fijación a planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se realizó una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma ductal no metastatizante.

Está asintomática a los once años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,0	2,5	2,2	4,9	4 años
0,0	2,8	2,2	5,0	5 años
0,2	0,0	0,0	0,2	6 años
0,0	0,5	1,0	1,5	7 años
0,0	2,5	0,0	2,5	8 años
3,0	0,6	0,0	3,6	9 años
0,0	0,0	1,5	1,5	10 años

CASO N° 75

C. G. A. (T2 N-), enferma de cuarenta y siete años, casada, tres hijos, con lactancias de ocho a catorce meses. Un aborto. Nodulitas ni mastitis. Menstruación regular.

Desde hace tres meses nota una tumoración en región areolar de mama izquierda, de 3 x 3 cm., sin fijación de piel ni de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practica una mastectomía Patey con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma ductal no metastatizante.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
12,7	6,2	19,5	38,4	preoperatorios
3,2	0,8	1,3	5,3	1 año

CASO N° 76

C. L. CH. (T3 N+), enferma de cuarenta y cuatro años, soltera, con menstruación regular.

Desde hace un año nota una tumoración en cuadrantes superiores de mama izquierda, de 4 x 4 cm., con fijación de piel y de pezón pero no a planos profundos. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas pero no supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Recibe un tratamiento de radioterapia preoperatoria de 7.000 r.

Es intervenida, practicándose una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma complejo, de diferenciado, metastatizante en cinco adenopatías axilares.

Recibe tratamiento complementario de telecobaltoterapia de 10.000 R.

La enferma se encuentra asintomática a los ocho años de evolución.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,4	2,0	2,7	6,1	6 meses
0,8	1,0	0,5	2,3	9 meses
1,9	1,9	5,6	9,4	1 año
0,9	1,9	0,0	2,8	2 años
0,3	2,9	1,0	4,2	4 años
0,0	0,0	0,5	0,5	5 años

CASO N° 77

M. P. E. (T2 H+), enferma de cuarenta y siete años, casada, un hijo con lactancia de un mes. Menstruación normal.

Hace siete meses notó la presencia de una tumoración en cuadrante superior interno de mama derecha, de 4 x 4 cm., sin fijación de piel ni de pezón. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas, pero no supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trata mediante una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, por corresponder a un carcinoma intraductal con mastopatía, metastatizante en ocho adenopatías axilares.

Recibe un tratamiento complementario de radio y telecobaltoterapia de 16.000 r.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,6	0,6	4,2	7,4	6 meses
0,1	0,0	2,4	2,5	1 año
0,4	0,0	0,5	0,9	2 años

CASO N° 78

L. P. D. (T2 N-), enferma de treinta y seis años, casada, tres hijos. Lactancias entre diez y doce meses. Grietas en ambos pezones en la primera lactancia. Menstruación normal.

Desde hace un año presenta una tumoración en cuadrantes externos de mama izquierda, de 3 x 3 cm., sin fijación ni a piel ni a pezón. Adenopatía axilar homolateral rodadera, pero no supraclaviculares ni contralaterales.

Fue realizada una biopsia intraoperatoria que demostró la existencia de un carcinoma ductal cribiforme no metastatizante, por lo que se practicó una mastectomía ampliada Halsted. Igualmente se se trató con radioterapia para esterilización de ovarios y como tratamiento complementario sobre el lecho operatorio y cadenas ganglionares.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,0	0,0	0,0	0,0	5 años
1,5	0,0	0,0	1,5	8 años

la enferma se encuentra asintomática a los diez años de evolución.

CASO N° 79

C. P. L. (T2 N-), enferma de cuarenta años, casada, tres hijos que no tuvieron lactancias. Menstruación regular.

Desde hace dos meses nota la presencia de una tumoración en región areolar de mama derecha, de 4 x 4 cm., que no fija piel ni pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practica una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma ductal infiltrante, no metastatizante. Recibe tratamiento complementario de radioterapia de 15.000 r.

La enferma se encuentra asintomática, cuando su evolución es de seis años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,8	0,6	0,1	1,5	6 meses
1,3	1,8	1,6	4,7	1 año
0,9	0,0	2,6	3,5	2 años
3,0	0,0	5,5	8,9	3 años

CASO N° 80

F. P. V. (T2 N+), enferma de cuarenta y seis años, casada, cuatro hijos. Lactancias entre seis y doce meses. Menstruación normal.

Hace cuatro meses nota una tumoración en cuadrante superointerno de mama izquierda, de 3 x 3 cm., por secreción sanguinolenta por ese pezón, sin fijación de piel, ni de pezón ni a planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practica una mastectomía ampliada Urban, por resultar ser un carcinoma como lesión, ductal, infiltrante y no metastatizante en adenopatías. Recibe radioterapia sobre ovarios con dosis de 2.000 r.

Cuando han transcurrido cinco años de evolución, se encuentra normal y asintomática.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
1,2	0,0	0,0	1,2	1 año
0,8	0,4	1,2	2,4	2 años

CASO N° 81

C. R. G. (T1 N-), enferma de cuarenta y cuatro años, soltera, con menstruación regular.

Desde hace dos meses presenta una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 1 x 1 cm., no adherida a piel ni a pezón, ni a planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma trabecular, no metastatizante en adenopatías axilares.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,1	0,0	3,2	3,3	1 año
0,9	1,1	1,3	3,3	2 años
0,7	0,5	0,7	1,9	4 años

La enferma se encuentra normal y asintomática después de diez años de evolución.

CASO N° 82

L.R.V. (T1 N+); enferma de treinta y ocho años, casada, tres hijos. Lactancias entre doce y dieciocho meses. Grietas en los pezones en todas las lactancias. Menstruación normal.

Desde hace tres meses presenta una tumoración en cuadrante superoexterno de mama derecha, de 2 x 2 cm., no adherido a piel ni a pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted con ovariectomía quirúrgica bilateral, por corresponder a un carcinoma trabecular, metastatizante en una adenopatía axilar. Recibió un tratamiento complementario de radio y telecobaltoterapia de 16.000 R.

La enferma se encuentra asintomática a los diez años de evolución.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>17-ceto</u>	<u>17-hidr.</u>
2,0	0,0	5,8	7,8	2 años	-	-
2,3	2,5	0,0	4,8	5 años	15,0	11,4

CASO N° 83

P. S. M. (T2 N-), enferma de 43 años, soltera, con menstruación normal.

Presenta desde hace un mes una tumoración en cuadrante infero externo de mama derecha, de 3 x 3 cms., no adherido a piel ni a planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi positivo.

Se llevó a cabo una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma canalicular no metastatizante en adenopatías.

La enferma se encuentra asintomática a los 10 años de evolución.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
0,4	0,4	0,1	0,9	1
0,8	0,0	2,3	3,1	1
2,5	1,8	1,2	5,5	2
0,0	1,7	1,5	3,2	2
0,0	1,5	4,3	5,8	3

CASO N° 84

E. S. C. (T2 N-), enferma de 48 años, soltera, con menstruación normal.

Desde hace 8 meses, nota una tumoración en cuadrante infero externo de mama derecha, de 3 x 3 cms., con tendencia a fijar piel y pezón, pero libre de planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma escirro, no metastatizante en adenopatías. Recibió tratamiento complementario de quimioterapia de 16.000 mgs.

La enferma se encuentra normal a los siete años de evolución.

<u>estronea</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
5,9	0,0	3,2	9,1	1
1,7	2,5	0,0	4,2	2

CASO Nº 85

T. T. M. (t2 N-), enferma de 47 años, casada, ocho hijos. Lactancias entre diez y doce meses. Menstruación normal.

Desde hace tres meses nota la presencia de una tumoración en cuadrante supero externo de mama derecha de 4 x 4 cms., no adherida a piel ni a planos profundos. No adenopatías axilares, ni supraclaviculares, ni homo, ni contralaterales. Baraldi positivo, en esa mama.

Se llevó a cabo una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía quirúrgica bilateral, por tratarse de un carcinoma ductal, no metastatizante. Recibió un tratamiento de radioterapia complementario de 16.000 R.

Se encuentra asintomática a los siete años de evolución.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,0	1,2	1,1	4,3	6 meses
3,1	3,1	0,0	6,2	1 año
0,6	0,3	0,0	0,9	2 años
1,2	0,9	3,0	5,1	2 años

CASO Nº 86

C. A. P., (t3 N-), enferma de 53 años, soltera. Última menstruación hace 4 años.

Refiere la existencia de una tumoración, desde hace dos años, en cuadrante supero externo de mama derecha, de 6 x 6 cms., fijación de piel, pero no de planos profundos. No adenopatías axilares, ni supraclaviculares. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban con ovariectomía bilateral quirúrgica, por tratarse de un carcinoma escirro, no metastatizante. Se tuvo un tratamiento de radioterapia postoperatoria de 16.000 R. está asintomática después de ocho años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
1,3	1,2	4,2	6,7	preoperatorios
1,9	1,7	0,6	4,2	1 año
1,1	0,0	1,3	2,4	2 años
0,4	0,6	3,3	4,3	3 años

CASO Nº 87

B. A. B. (T2 N-), enferma de 50 años, casada, sin hijos, menopausia actual.

Desde hace siete meses, nota una tumoración en cuadrante supero interno de mama izquierda, de dos por dos cm., sin fijación de piel ni de pezón. Adenopatías axilares homolaterales rodaderas, pero no supraclaviculares, ni con tralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trata mediante mastectomía ampliada Urban, con ovariectomía quirúrgica bilateral, por ser un carcinoma complejo metastatizante. Recibe un tratamiento de radioterapia complementario de 16.000 R.

La enferma no vuelve a revisión después de los dos años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
1,1	0,0	0,0	1,1	1 año
1, 1	0,0	1,5	2,6	2 años

CASO Nº 88

E. C. R. (T2 N-), enferma de 44 años soltera; con trastornos menstruales actualmente.

Desde hace un mes presenta una tumoración en cuadrante infero externo de mama izquierda, de 2 x 2 cms., sin fijación de piel, ni de planos profundos. No adenopatías axilares, ni supraclaviculares, ni homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban, por tratarse de un carcinoma ductal, no metastatizante. Recibió tratamiento de radioterapia de 2.000 R. sobre ambos ovarios.

La enferma se encuentra normal a los diez años de evolución.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
1,5	2,7	0,0	4,2	2
0,6	0,4	1,9	2,9	5
5,7	1,9	2,1	9,7	6
1,6	1,9	1,8	5,3	8

CASO Nº 89

M. E. M. (T2 N-), enferma de 51 años, soltera, con menopausia actual.

Desde hace un mes presenta una tumoración en cuadrantes superiores de mama izquierda, de 2 x 2 cms., que no retrae piel ni pezón, ni está fija a planos profundos. No adenopatías axilares, ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban por tratarse de un carcinoma ductal, no metastatizante. Recibió un tratamiento de radioterapia sobre ambos ovarios de 2.000 R.

Se encuentra asintomática a los siete años de evolución.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
1,1	0,0	0,3	1,4	6 meses
1,7	1,9	0,0	3,6	1, año
1,4	2,4	0,0	3,8	3 años

CASO Nº 90

P. F. A. (T1 N-), enferma de 61 años, casada, un hijo. Mastitis en pezón derecho. Menopausia a los 37 años.

Desde hace un mes nota una tumoración en cuadrante supero externo de mama derecha, de 2 x 2 cms., derecha, sin fijación de piel ni de planos profundos. No adenopatías axilares, ni supraclaviculares, ni homo, ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted, por presentar un carcinoma simple, no metastatizante.

Está asintomática a los ocho años de evolución.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
0,0	0,0	1,5	1,5	1
0,9	1,1	2,0	4,0	2
0,0	1,9	0,6	2,5	4
0,0	0,9	0,6	1,5	7

CASO N° 91

M. F. M. (T3 N-), enferma de 55 años, casada, dos hijos. Grietas y mastitis en ambas mamas, por lo que no tuvo lactancias, Menopausia a los 48 años.

Desde hace 6 meses presenta una tumoración en cuadrante supero externo de mama derecha, de 6 x 6 cms., que fija piel y pezón, pero está libre de planos profundos. No adenopatías axilares, ni supraclaviculares, homo ni - contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía Halsted, por tratarse de un carcinoma escirro, no metastatizante. Recibe radioterapia postoperatoria con dosis de - 14.000 R.

Se encuentra asintomática después de siete años de evolución

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
0,8	0,4	2,2	2,4	6 meses
1,0	0,0	2,4	3,4	1 año.

CASO N° 92

C. G. B. (T1 N-), enferma de 53 años, viuda, sin hijos. Ultima menstruación hace un año.

Desde hace tres meses nota la enferma una tumoración en cuadrante supero externo de mama izquierda, de 2 x 2 cms., sin fijación a piel ni a planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, ni homo, ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted, por encontrarse un carcinoma escirro, no metastatizante.

Está asintomática después de 8 años de evolución.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>años de evolución</u>
0,0	0,0	0,0	0,0	6 meses
2,2	0,6	0,0	2,8	1 año
1,2	0,4	1,9	3,5	3 años
0,0	2,6	1,8	4,4	4 años
1,1	2,9	1,5	5,5	5 años.

CASO N° 93

M. G. O. (T3 H), enferma de sesenta y cinco años, casada, un hijo con lactancia de doce meses. Menopausia a los cuarenta y nueve años.

Presenta desde hace dos años una tumoración en cuadrante superointerno de mama derecha, de 6 x 6 cm., con fijación de piel y de pezón. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Recibe tratamiento de radioterapia preoperatorio de 6.000 R.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted, por ser un carcinoma escirro radiado, no metastatizante. Recibe tratamiento de radioterapia postoperatorio de 10.000 R.

La enferma se encuentra asintomática a los nueve años.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
1,0	1,6	2,8	5,4	preoperatorios
1,0	2,5	1,9	5,4	

CASO N° 94

M. M. P. (T2 H-), enferma de sesenta y un años, casada, tres hijos. Menopausia hace seis años.

Desde hace cuatro meses nota una tumoración en cuadrantes superiores de mama izquierda, de 4 x 4 cm., sin fijación de piel ni a pânos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted, por tratarse de un carcinoma epidermoide, no metastatizante.

La enferma se encuentra asintomática después de diez años de evolución.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,0	1,8	3,1	4,9	5 años
0,6	0,3	0,0	0,9	6 años
1,6	0,6	1,2	3,0	7 años
0,5	0,0	0,0	0,5	8 años

CASO N° 95

M. E. B. (T3 N4), enferma de sesenta y un años, casada, dos hijos No lactancias. Menopausia hace diez años.

Desde hace un mes nota una tumoración en cuadrante superoexterno de mama izquierda, de 5 x 5 cm., con fijación de piel pero no de planos profundos. Adenopatías axilares rodaderas pero no supraclaviculares ni contralaterales. Baraldi positivo.

Recibe tratamiento preoperatorio de radioterapia de 6.000 R.

Se practicó una mastectomía ampliada Halsted, por tratarse de un carcinoma indiferenciado, con metástasis en dos adenopatías. Recibe tratamiento de radioterapia postoperatoria con 10.000 R.

La enferma se encuentra asintomática a los seis años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
0,8	2,8	0,0	3,6	preoperatorios
0,4	2,0	3,6	6,0	1 año
3,2	3,0	0,0	6,2	3 años

CASO N° 96

V. P. G. (T3N-), enferma de sesenta y ocho años, casada, cuatro hijos. No lactancias. Menopausia a los cuarenta y ocho años.

Desde hace cuatro meses presenta una tumoración en cuadrante inferoexterno de mama derecha, de 3 x 3 cm., con fijación de piel pero de planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi negativo en esa mama.

Recibe tratamiento de radioterapia preoperatoria de 6.000 R.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Halsted, por ser un carcinoma trabecular, no metastatizante. Recibió tratamiento complementario de radioterapia de 10.000 R.

La enferma se encuentra normal a los nueve años.

<u>estrona</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,2	1,2	1,6	5,0	preoperatorios
1,7	0,0	0,0	1,7	6 meses
0,9	0,8	0,0	1,7	1 año
0,7	0,0	0,4	1,1	2 años
0,4	0,9	0,4	1,7	3 años
0,8	1,3	3,3	5,4	4 años

CASO N° 97

C. R. P. (T3 H+), enferma de cincuenta y cinco años, casada, tres hijos. Lactancias de diez meses. Menopausia a los cuarenta y siete años.

Desde hace tres meses tiene una tumoración en cuadrantes internos de mama izquierda, de 9 x 2 cm., con retracción de piel y de pezón pero libre de planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi fuertemente positivo en esa mama.

Recibió tratamiento de radioterapia preoperatorio de 6.000 R.

Se practicó una mastectomía ampliada Urban, por tratarse de un carcinoma escirro, metastatizante en tres adenopatías axilares. Se completó su tratamiento con radioterapia postoperatoria con 15.000 R.

La enferma se encuentra asintomática a los seis años.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>	<u>17-ceto</u>	<u>17-hid.</u>
1,2	0,0	0,9	2,1	preoperat.		
0,0	0,0	0,7	0,7	1 año	13,8	19,4
1,4	2,6	0,0	4,0	2 años		

CASO N° 98

V. V. C. (T3 H-), enferma de cincuenta años, casada, tres hijos. Lactancias de doce meses. Mastitis derecha. Menopausia actual.

Desde hace seis meses nota una tumoración en cuadrante inferoexterno de mama derecha, de 5 x 5 cm., con fijación de piel pero no de planos profundos. No adenopatías axilares ni supraclaviculares, homo ni contralaterales. Baraldi positivo en esa mama.

Recibió un tratamiento de radioterapia preoperatorio de 6.000 R.

Se trató mediante una mastectomía ampliada Urban, por ser un carcinoma trabecular, no metastatizante. Se completó su tratamiento con radioterapia postoperatoria, con dosis de 10.000 R.

Se operó al año de un linfosarcoma de rodilla, no volviendo a revisión.

<u>estrone</u>	<u>estradiol</u>	<u>estriol</u>	<u>totales</u>	<u>evolución</u>
2,3	3,3	0,5	6,1	preoperatorios
3,0	2,5	1,5	7,0	1 año

GRAFICA-4 CLASIFICACION SEGUN EVOLUCION Y ESTROGENOS URINARIOS

		ASCIENDEN	DESCIENDEN	TOTALES
<u>SIN TRATAMIENTO</u>	MALA EVOLUCION	6	2	8
		7	7	14
	TOTALES	13	9	22
	POSTMENOPAUSICAS	7	6	13
	PREMENOPAUSICAS	9	12	21
	TOTALES	16	18	34
<u>TRATAMIENTO HORMONAL Y CITOSTATICO</u>	MALA EVOLUCION	11	7	18
		5	3	8
	TOTALES	16	10	26
	POSTMENOPAUSICAS	7	3	10
	PREMENOPAUSICAS	0	6	6
	TOTALES	7	9	16

NUMERO	NOMBRE	EDAD	E ₁	E ₂	E ₃	TOTALES	
1	B. H. I.	30 años	2,9	0,0	6,0	8,9	
2	C. M. E.	45 "	3,9	2,2	3,9	10,0	
3	C. A. C.	43 "	6,5	3,3	7,2	17,0	
4	F. C. C.	38 "	2,7	1,0	0,0	3,7	
5	H. S. I.	42 "	4,1	3,3	3,6	11,0	
6	L. M. F.	42 "	3,4	1,7	3,4	8,5	
7	L. C. C.	41 "	4,7	2,8	17,0	24,5	
8	M. O. I.	33 "	0,9	1,6	2,6	5,1	
9	P. S. M.	38 "	0,9	0,8	0,4	2,1	
10	R. J. E.	47 "	4,9	2,6	8,2	15,7	
11	R. F. R.	40 "	6,7	2,6	4,1	13,4	
12	T. S. J.	44 "	4,4	0,9	2,7	8,0	
13	V. M. A.	43 "	2,7	1,9	0,8	5,4	
14	A. A. M.	43 "	0,9	0,6	4,6	6,1	
GRÁFICA - 5			MEDIA:	3,5	1,8	4,6	9,9

DATOS		PREOPERATORIOS	MUJERES	POSTMENOPAUSICAS			
NUMERO	NOMBRE	EDAD	E ₁	E ₂	E ₃	TOTALES	
1	A. O. A.	77 años	0,7	0,3	0,0	1,0	
2	F. M. N.	55 "	0,8	0,4	2,2	3,4	
3	G. B. C.	53 "	0,0	0,0	0,0	0,0	
4	M. M. M.	60 "	1,7	0,8	0,5	3,0	
5	M. R. C.	62 "	1,6	0,0	0,3	1,9	
6	M. R. C.	62 "	0,2	0,0	0,0	0,2	
7	M. A. M.	57 "	1,0	0,3	0,8	2,1	
8	R. M. D.	66 "	2,7	1,5	3,1	7,3	
9	P. C. C.	57 "	0,9	2,1	0,0	3,0	
10	P. P. I.	77 "	1,4	1,0	0,0	2,4	
11	T. P. P.	65 "	1,4	0,7	0,0	2,1	
12	V. M. M.	54 "	2,7	1,9	0,8	5,4	
13	A. P. C.	53 "	1,3	1,2	4,2	6,7	
14	H. P. E.	53 "	1,3	0,2	1,4	2,9	
15	LL. F. A.	50 "	7,4	3,0	1,4	11,8	
GRUPA - 6			MEDIA :	1,7	0,9	1,0	3,6

IV - RESULTADOS

Los resultados de las determinaciones fraccionadas de estrógenos urinarios se han dividido en tres grupos, sobre el total de noventa y ocho enfermas mastectomizadas y ovariectomizadas, en los casos de actividad hormonal:

1ª) Veintidos enfermas que tuvieron metástasis y no habfan recibido tratamiento complementario de quimioterapia. Catorce eran premenopáusicas y ocho postmenopáusicas.

2ª) Cuarenta y dos enfermas tratadas con quimioterapia múltiple o no, que evolucionaron bien en dieciseis casos y tuvieron metástasis en en veintisis, siendo catorce premenopáusicas y veintiocho postmenopáusicas.

3ª) Treinta y cuatro enfermas asintomáticas de las que veintuno son premenopáusicas y trece postmenopáusicas. (Graf. 4).

En relación con los 17- ceto e hidroxisteroides urinarios se compararon los resultados de estrógenos urinarios en doce enfermas, cinco premenopáusicas y con tratamiento de quimioterapia múltiple y siete postmenopáusicas, de las que cinco recibieron tratamiento.

Los resultados de cada grupo expresan las determinaciones de estrogénos en función de : 1) cada enferma en particular . 2) las metástasis . 3) Las edades y 4) tipo anatomopatológico de carcinoma.

Todos los resultados se han encontrado muy bajos en relación con las determinaciones previas a la ovariectomía que existen normalmente y que se han confirmado en quince enfermas premenopáusicas, seguidas en su evolución posterior. Se tomaron los resultados de la primera mitad del ciclo menstrual. (Graf. 5 y 6).

Resultados del grupo 1^a: Enfermas de mala evolución sin tratamiento.-

De las 22 enfermas de este grupo, 14 eran pre y 8 postmenopáusicas. En las premenopáusicas los estrógenos urinarios se comportan de forma similar, ya que ascienden y descienden en igual número de casos (7 / 7). En las postmenopáusicas existe predominio de casos con ascenso (6 / 2).

A continuación se exponen los subgrupos respectivos detalladamente, con sus variaciones registradas.

1a) Premenopáusicas con ascenso de E. V. (7 casos):

1) M. H. (T3 N+). Presenta metástasis pleural, hepática y supraclavicular. Asciende la estrona (0,0 a 3,0) siendo similar el estradiol (3,1 y 2,9) y desciende el estradiol (2,4 a 1,1).
Totales de 5,5 a 7,0 .

3) Z. M. (T3 N+). Tiene metástasis hepáticas. Ascienden la estrona (0, 0 a 5,9) y el estradiol (0,0 a 1,9) con descenso de estriol (4,3 a 1,2). Totales de 4,3 a 9,0.

4) R. R. (T3 N+). Metástasis en cuello de fémur . Asciende el estradiol (0,2 a 2,3) siendo similares la estrona y estriol.
Totales de 3,6 a 5,6.

7) A. V. (T1 N+). Metástasis craneales y pulmonares.
Ascienden: estradiol (1,7 a 4,6) y totales de 3,6 a 6,0 y 7,0.
Desciende : estrona (1,1 a 0,2). Es similar el estriol.

8) M. J. V. (T2 N+). Metástasis lumbares.
Ascienden: estradiol (0,0 a 1,3) y estriol (0,0 a 0, 8) y totales de 0,7 a 2,8.
Desciende: la estrona aunque casi similar.

10) A. G. (T2 N-). Metástasis en L - III.
Asciende: estrona (0, 0 a 1,9) y totales de 2,3 a 3,2.
Desciende: estriol (1,1 a 0,2) siendo similar el estradiol.

12) A. P. (T2 N-). Metástasis pleural.
Ascienden: estradiol (0,7 a 1,5), estriol (1,6 a 2,0) y totales de 3,1 a 4, 1.

Ib) Premenopáusicas con descenso o igualdad de E. U.- (7 casos).

2) A. M. (T3N+). Metástasis en sacroiliaca y costillas.

Descienden: estradiol 41,7 y 0,6 a 0,4) estriol (3,4 y 0,8 a 0,0),
estrone (1,7 y 2,1 a 1,1) y totales de 5,4 y 2,7 a 1,5.

5) A. R. (T3 N+). Metástasis pulmonares nodulares múltiples.

Descienden: estrone (5,5 a 0,0) y totales de 5,5 a 0, 8.

6) A. T. (T2 N+). Metástasis pleural, supraclavicular y local.

Descienden: estrone (1,9 a 0,9) , estradiol (3,2 a 1,0), estriol
(1,0 a 0,0) y totales de 5,1 a 1,0 y 1,9.

9) I. B. (T3 N+). Afectación pulmonar y pleural.

Descienden: estrone (2,9 a 0,8) , estriol (6,0 a 1,5) y totales de
8,9 a 3,2.

Asciende: estradiol (0,0 a 0, 9). Los estrógenos de referencia son
previos a la ovariectomía.

11) F. L. (T2 N-). Metástasis nodulares múltiples, pulmonares.

Descienden: estrone (3,7 a 0,8), estradiol (1,4 a 0,3), estriol
(3,7 a 0,1) y totales de 8,8 a 1,2. Los estrógenos previos
son preovariectomía.

13) E. R. (T3 N+). Metástasis hepáticas.

Descienden: estrone (4,9 a 1,0), estradiol (2,6 a 0,1), estriol
(8,2 a 0,0) y totales de 15,7 a 1,1. (Preovariectomía).

14) J. T. (T3 N+). Metástasis hepáticas.

Descienden: estrone (4,4 a 1,6), estriol (2,7 a 0,6) y totales de
8,0 a 5,8

Asciende: estradiol (0,9 a 3,6). Preovariectomía.

Ic) Postmenopáusicas con ascenso de E.U. (6 casos).-

15) P. D. (T2 N-). Metástasis en cráneo y columna lumbar.

Ascienden: estradiol (0,0 a 2,3) y totales (2,0 a 5,0), siendo simi-
la estrone y el estriol.

16) M. F. (T3 N+). Metástasis en columna lumbar, pelvis e hígado.

do.

TIPO DE METASTASIS Y TNM CON MALA EVOLUCION SIN TRATAMIENTO

A	MULTIPLES	T.N.M.	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇
1)		T ₁ N ₁	3,0	1,1	2,9	7,0			
7)		T ₁ N ₀	0,2	4,6	2,2	7,0			
16)		T ₃ N ₁	0,0	2,0	1,2	3,2			
22)		T ₂ N ₁	2,4	0,0	2,5	4,9			
18)		T ₁ N ₀	1,3	0,4	1,5	3,2			
FGS.		T ₂ N ₁	2,2	6,6	4,2	13,0			
P.G.P.		T ₃ N ₁	1,7	0,0	0,0	1,7			
L.P.P.			3,1	1,5	0,0	4,5			
L.C.A.		T ₃ N ₁	2,5	1,4	0,9	4,8			
MEDIA:			1,9	2,1	1,7	5,7			

B	OSEAS	T.N.M.	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇
4)		T ₃ N ₁	0,0	2,3	3,3	5,6			
8)		T ₃ N ₀	0,7	1,3	0,8	2,8			
15)		T ₃ N ₀	2,8	2,3	0,0	5,1			
19)		T ₂ N ₀	1,7	1,3	1,8	4,7			
2)		T ₁ N ₀	1,1	0,4	0,0	1,5			
20)		T ₃ N ₁	0,0	0,0	0,0	0,0			
C.C.A.			2,5	2,4	2,4	7,3			
M.R.S.			1,0	0,5	1,1	2,6			
MEDIA:			1,2	1,3	1,2	3,7			

D	PULMONAR	T.N.M.	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇
5)		T ₃ N ₁	0,0	0,0	0,8	0,8			
6)		T ₃ N ₁	0,9	1,0	0,0	1,9			
9)		T ₃ N ₁	0,8	0,9	1,5	3,2			
11)		T ₂ N ₀	0,8	0,3	0,1	1,2			
12)		T ₃ N ₀	0,6	1,5	2,0	4,1			
21)		T ₃ N ₁	0,4	0,4	2,2	3,0			
MEDIA:			0,6	0,7	1,1	2,4			

C	HEPATICAS	T.N.M.	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇
3)		T ₃ N ₁	5,9	1,9	1,2	9,0			
13)		T ₃ N ₁	1,0	0,1	0,0	1,1			
14)		T ₁ N ₁	1,6	3,6	2,6	5,8			
MEDIA:			2,8	1,9	1,2	5,9			

GRAFICA .7

Ascienden: estradiol (0,0 a 2,0), estriol (0,6 a 1,2) y totales (1,2 a 3,2).

17) C. L.(T4 N+). Metástasis axilares y cutáneas.

Ascienden: estradiol (0,0 a 1,7), estriol (0,0 a 1,7) y totales (0,0 a 3,4).

19) B. M. (T2N+). Metástasis lumbar y cutánea.

Ascienden: estrona(0,3 a 1,7), estriol (1,2 a 1,8) y totales de 2,7 a 4,7. En coma hepático fueron los totales de 12,4, elevándose igualmente estradiol y estriol.

21) A. A.(T3N+). Metástasis pulmonares de nódulos finos.

Ascienden: estriol(0,0 a 2,2) y totales de 1,0 a 3,1.

22) V. B.(T2N+). Metástasis hepáticas y pulmonares, en forma de linfangitis carcinomatosa.

Ascienden: estrona (0,9 a 2,4), estriol (0,0 a 2,5) y totales de 1,8 a 4,9.

Descienden: estradiol (0,9 a 0,0) =

Id) Postmenopáusicas con descenso de E. U.-

18) A. M. (T3 N-). Afectación en la mama restante y hepatomegalia un año después.

Descienden: estriol (4,5 a 1,5) y totales de 1,3 a 4,5 y 3,2.

Asciende: estrona (0,8 a 1,3).

20) A. S. (T3 N+). Metástasis en columna.

Descienden: estrona (3,2 a 0,0), estradiol (0,6 a 0,0) y totales de 3,8 a 0,0.

I-2) Metástasis y estrógenos primarios.- (Gráfica 7):

Presentan metástasis hepáticas los casos 3, 13 y 14.

Las medias fueron las siguientes:

Estrona: 2,8. Estradiol: 1,9. Estriol: 1,2 .Totales: 5,9.

Presentan metástasis múltiples los casos 1,7,16,18 y 22.

Sus medias fueron como sigue:

Estrona: 1,9. Estradiol: 2,1. Estriol: 1,7. Totales: 5,7.

Tienen metástasis óseas los casos 2, 4, 8, 15, 19 y 20.

Sus medias fueron:

Estrona: 1,2. Estradiol: 1,3. Estriol: 1,2. Totales: 3,7.

En las metástasis pulmonares registraron los casos 5, 6, 9, 11, 12, 21 los valores siguientes:

Estrona: 0,6. Estradiol: 0,7. Estriol: 1,1. Totales: 2,4.

I-3) Edad y estrógenos urinarios:- (Gráfica 8).

De treinta a treinta y nueve años, en los casos 1, 3,6,7,8 y 9, se obtuvieron las siguientes medias:

Estrona: 1,2. Estradiol: 1,4. Estriol: 1,4. Totales: 4,1.

De cuarenta a cuarenta y nueve años, en los casos 2,4,5,10,11, 12,13 y 14 se registraron como medias:

Estrona: 1,3. Estradiol: 1,1. Estriol: 1,4. Totales: 3,8.

De cincuenta a cincuenta y nueve años, en los casos 15,17, 19 y 22, mostraron las medias que siguen (Gráfica 9):

Estrona: 1,2. Estradiol: 1,3. Estriol: 1,3. Totales: 3,8.

De sesenta años en adelante, en los casos 16,18,20 y 21 fueron:

Estrona: 0,8. Estradiol: 0,5. Estriol: 1,1. Totales: 2,4.

I-4) Tipo de carcinoma y estrógenos urinarios (Gráfica 10).-

En el carcinoma escirro ascienden los estrógenos en los casos 1,4,16,19, y 21 y desciende en el caso 5. Sus medias fueron:

Estrona: 1,1. Estradiol: 1,1. Estriol: 1,8. Totales: 4,0.

En el tipo ductal se registra ascenso de los estrógenos en los casos 3,7,10,17 y 22 y descenso en las formas 11,13,14 y 20. Se ob

GRAFICO 3

CASOS DE MALA EVOLUCION SIN TRATAMIENTO

DE 30 - 39 AÑOS				DE 40 - 49 AÑOS					
E ₁	E ₂	E ₃	E _r	E ₁	E ₂	E ₃	E _r		
1)	0,0	2,4	3,1	5,5	2,4	1,2	3,4	7,0	
3)	3,0	1,1	2,9	7,0	1,7	2,5	3,4	7,6	
6)	0,0	0,0	4,3	4,3	2,9	1,7	0,8	5,4	
	5,9	1,9	1,2	9,0	2,1	0,6	0,0	2,7	
	1,9	3,2	0,0	5,1	1,1	0,4	0,0	1,5	
	0,0	0,0	1,0	1,0	0,3	0,2	2,9	3,4	
	0,9	1,0	0,0	1,9	0,0	2,3	3,3	5,6	
7)	0,0	0,0	0,8	0,8	5,5	0,0	0,0	5,5	
	1,1	1,7	0,0	2,8	0,0	0,0	0,8	0,8	
	1,5	1,4	1,7	4,6	0,0	1,2	1,1	2,3	
	2,6	1,3	2,1	6,0	1,9	1,2	0,0	3,1	
	0,2	4,6	2,2	7,0	0,8	0,3	0,1	1,2	
8)	0,7	0,0	0,0	0,7	0,8	0,7	1,6	3,1	
	0,7	1,3	0,8	2,8	0,6	1,5	2,0	4,1	
9)	0,8	0,9	1,5	3,2	1,0	0,1	0,0	1,1	
MEDIA	1,3	1,4	1,4	4,1	1,6	3,6	2,6	7,8	
					MEDIA	1,3	1,1	1,4	3,8

GRÁFICA -9 POSTMENOPAUSICAS DE MALA EVOLUCION SIN TRATAMIENTO

HASTA 59 AÑOS				DE MAS 60 AÑOS			
E ₁	E ₂	E ₃	E ₊	E ₁	E ₂	E ₃	E ₊
15)	2,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,6	1,2
	2,8	2,3	0,0	5,1			
17)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
	0,0	1,7	1,7	3,4			
22)	0,9	0,9	0,0	1,8	0,0	0,0	4,5
	2,4	0,0	2,5	4,9	1,3	1,5	3,2
19)	0,9	0,9	0,1	1,9	3,2	0,6	3,8
	1,3	0,1	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0
	1,2	1,9	2,2	5,3	0,7	0,3	1,0
	0,3	1,2	1,2	2,7	0,4	0,4	3,0
	1,7	1,3	1,8	4,8			
	0,9	5,0	6,5	12,4			
MEDIA	1,2	1,3	1,3	3,8	0,8	0,5	1,1
							2,4

644610-40 TIPO DE CARCINOMA Y TNM CON MALA EVOLUCION SIN TRATAMIENTO

CARCINOMA DUCTAL		TNM	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	CARCINOMA ESCIRRO		TNM	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇
3)		T ₃ N ₁ (<i>tt</i>)	0,0	0,0	4,3	4,3				1)		T ₁ N ₁ (+)	0,0	2,4	3,1				5,5
			5,9	1,9	1,2	9,0							3,0	1,1	2,9				7,0
7)		T ₁ N ₀ (-)	1,5	1,6	1,4	4,5				4)		T ₁ N ₁ (+)	0,5	0,2	2,9				3,6
10)		T ₁ N ₀ (-)	0,0	1,2	1,1	2,3							0,0	2,3	3,3				5,6
11)		T ₂ N ₀	1,9	1,2	0,0	3,1				5)		T ₁ N ₁ (++)	5,5	0,0	0,0				5,5
			0,8	0,3	0,1	1,2							0,0	0,0	0,8				0,8
13)		T ₁ N ₁ (+)	1,0	0,1	0,0	1,1				16)		T ₃ N ₁ (+)	0,6	0,0	0,6				1,2
14)		T ₁ N ₀ (+)	1,6	3,6	2,6	7,8							0,0	2,0	1,2				3,2
17)		T ₃ N ₁ (+)	0,0	0,0	0,0	0,0				19)		T ₂ N ₁ (+)	0,9	0,9	0,1				1,9
			0,0	1,7	1,7	3,9							1,3	0,1	0,0				1,4
20)		T ₃ N ₁ (+)	3,2	0,6	0,0	3,8							1,2	1,9	2,2				5,3
			0,0	0,0	0,0	0,0							0,3	1,2	1,2				2,7
22)		T ₁ N ₁	0,9	0,9	0,0	1,8							1,7	1,3	1,8				4,8
			2,4	0,0	2,5	4,9							0,9	5,0	6,5				12,4
MEDIA			1,3	0,9	1,1	3,3				21)		T ₁ N ₁ (+)	0,7	0,3	0,0				1,0
													0,4	0,4	2,2				3,0
										MEDIA			1,1	1,1	1,8				4,0

103

tuvieron las medias de:

Estrona: 1,3. Estradiol: 0,9. Estriol: 1,1. Totales: 3,3.

Otros tipos de tumor revisados: fueron el indiferenciado, con los casos 6, 12 que ascienden y 2 y 9 que descienden, en el caso del tipo complejo; 8 y 18 que ascienden, en el caso del lobular y el 15, que era un tumor de células pequeñas.

RESULTADOS DEL GRUPO 2º: Enfermas con tratamiento hormonal y antimitótico.-

De las cuarenta y dos enfermas tratadas, veintiseis registraron mala evolución, con predominio de ascenso de estrógenos urinarios en dieciseis casos (11 post y 5 premenopáusicas) de veintiseis y descenso en los diez restantes (7 post y 3 premenopáusicas).

En las dieciseis enfermas de buena evolución, ascienden solamente los estrógenos urinarios en los casos de postmenopáusicas (7/10) y descienden todas las premenopáusicas (6/6).

A continuación se describen estos subgrupos.

IIa) Premenopausicas con ascenso de E. U. (5 casos de mala evolución).-

23) M. A. (T3N+). Asintomática después de tratamiento de hipofisectomía médica de un año.

Ascienden: estrona (0,0 a 2,5 y 3,4), estradiol (0,1 a 3,7 y 0,0), estriol (2,0 a 3,6 y 33,8) y totales de 3,0 a 9,8 y 33,8.

24) P. E. (T2 N+). Metástasis en columna lumbar y dorsal y tratamiento de antimetabolitos desde hace cinco años.

Ascienden: Estradiol (1,3 y 2,0 a 2,7), estriol (2,1 y 2,3 a 3,4) y totales de 5,0 a 6,1.

Tratada con testosterona durante seis meses a 100 mg. por siete días mostró:

Ascienden: estrona (0,0 a 4,3), estradiol (2,7 a 5,3) y totales de 6,1 a 9,6, por lo que se continuó con antimetabolitos.

Los 17-cetos e hidrocorticoides continuaron con valores normales.

25) C. F. (T4 N+). Con metástasis pleurales, pulmonares y cutáneas fue tratada durante un mes con prednisolona (8 mg. por día) y testosterona (250 mg. por tres días).

Ascienden: estrona (2,7 a 4,3), estradiol (1,1 a 3,0) estriol (0,0 a

a 2,0) y totales de 3,7 a 9,3 .

30) I. M. (T3 N+). Con metástasis cutáneas y en tratamiento desde hace nueve meses con testosterona (100 mg. por siete días) y anti metabolitos (250 mg. por siete días).

Ascien: estrona (0,9 a 6,2), estradiol (1,7 a 5,8) y totales de 3,3 a 13,2 .

31) M. P. (T3 N+). Presenta metástasis pulmonares, estando en tratamiento desde hace un año con dromostanolona y antimetabolitos.

Ascien: estradiol (3,7 a 6,1), estriol (1,2 a 4,7) y totales de 7,1 a 12,2.

Descien: a valores similares a los anteriores.

I Ib) Premenopáusicas con descenso de E. U. (9 casos de los que 6 son de buena evolución).-

26) E. J. (T2 N-). En tratamiento con dromostanolona seis meses antes .

Descien: estradiol (12,7 a 0,0), estriol (8,5 a 0,0) y totales de 21,2 a 0,0.

27) M.J. L. (T3 N+). Con metástasis cervical y derrame pleural y en tratamiento de hipofisectomía médica desde hace diez meses.

Descien: estrona (2,8 y 6,4 a 0,0), estradiol (3,5 y 6,9 a 1,7),
estriol (2,6 y 12,4 a 3,1) y totales de 7,6 y 25,7 a 4,8 4,8.

Los 17 cetos e hidrocorticoides se encontraron en valores normales y altos respectivamente.

28) I. H. (T3 N-). Asintomática en ese momento y tratada con testosterona y prednisolona desde hacía uno y seis meses respectivamente.

Descien: estriol (17,8 a 4,7 y totales de 23,3 a 11,3.

29) M. P. (T3 N+ y T3 N-). Con metástasis cutáneas y tratada

con dromostanolona desde hace doce meses, intermitentemente.

Descienden: estrona (3,2 a 0,0), estradiol (3,7 a 1,0), estriol (1,5 a 0,0) y totales de 5,6 y 4,0 a 1,0.

32) M. U. (T3 N+). Asintomática en ese momento y en tratamiento con testosterona y antimetabolitos, en ciclos de uno y tres años, respectivamente.

Descienden: estrona (6,9 y 1,3 a 1,0), estradiol (5,5 y 2,2 a 0,0), estriol (2,1 y 16,5 a 0,0) y totales de 13,7 y 21,6 a 1,0.

33) D. C. (T0 N- y T0 N-). Asintomática y de buena evolución tratada con dromostanolona en varios ciclos.

Descienden: estrona (6,3 y 2,9 a 0,7), estradiol (3,3 y 2,4 a 0,9), estriol (7,0 y 9,5 a 2,4) y totales de 16,6 y 14,8 a 4,0.

34) C. L. (T2 N-). Asintomática y de buena evolución tratada con testosterona en ciclos .

Descienden: estriol (5,3 a 2,0) y totales de 8,0 a 4,8.

35) A. B. (T2 N-). Asintomática y de buena evolución tratada durante tres meses con hipofisectomía médica.

Descienden: estradiol (4,9 a 2,1), estriol (3,6 a 1,0) y totales de 10,6 a 5,6.

36) V. V. (T2 N-). Asintomática y de buena evolución tratada con dromostanolona, con 100 mg; cada quince días.

Descienden: estradiol (1,7 a 1,4), estriol (2,0 a 0,8) y totales de 4,6 a 3,2.

IIc) Postmenopáusicas con tratamiento hormonal/citostático y ascenso de los estrógenos urinarios.-

37) F. D. (T3 N+). Con metástasis en axila y columna y en tratamiento con antimetabolitos, dromostanolona y antimetabolitos de nuevo, en ciclos durante un año.

37) F. H. (T3 N-). Asintomática y de buena evolución , en tratamiento con testosterona y dromostanolona posteriormente, a intervalos de seis meses.

Ascendentes: estrona (0,0 a 1,9 y 5,5), estradiol (2,3 a 4,5), estriol (0,0 a 3,4 y 1,0) y totales de 2,3 a 8,0, 4,1 y 7,8.

40) E. H. (T2 N+). en tratamiento con antimetabolitos y con metástasis en sacroiliaca derecha, coxis y columna lumbar.

Ascendentes: estrona (0,5 a 1,2), estradiol (0,0 a 2,4 y 2,0), estriol (0,7 a 4,5) y totales de 1,2 a 4,1 y 7,1.

42) A. J. (T3 N+). En tratamiento con antimetabolitos, a ciclos y metástasis pleurales, axilar y cutáneas, en coraza.

Ascendentes: estradiol (1,8 a 3,9), estriol (0,0 a 1,5) y totales de 3,6 a 7,4.

Descendentes: estrona (1,8 a 0,8 y 0,0) y estradiol (1,8 a 0,0 y 0,0).

46) A. M. (T2 N-). Tratada con dromostanolona durante un año en varios ciclos, con metástasis en región supraclavicular, cutáneas y al año en columna dorsal y pelvis.

Ascendentes: estriol (0,0 a 2,8) y totales de 2,9 a 3,6.

Descendentes: estrona (1,6 a 0,8) y estradiol (1,3 a 0,0).

47) C. P. (T3 N+). Con metástasis pulmonares de nódulos múltiples y posteriormente hepáticas habiendo sido tratada con antimetabolitos primeramente, testosterona después y quimioterapia múltiple al tercer año, incluyéndose en esta prednisona.

Ascendentes: estrona (0,9 a 1,6; 3,4 y 1,4), estradiol (2,1 a 3,1; 3,6 y 4,3) y totales de 3,0 a 6,6; 14,5 y 8,2.

49) C. P. (T3 N-). Con metástasis pleural, cutáneas y en mama restante, que fue tratada con dromostanolona seis meses antes.

Ascendentes: estriol (0,0 a 1,4) y totales de 2,2 a 4,0.

49) P. Q. (T2 NO). De buena evolución y asintomática que ha sido tratada con testosterona seis meses antes.

Ascendentes: estrona (5,3 a 12,5), estriol (0,5 a 1,6; 2,6 y 5,7) y totales de 10,3 a 17,6 y 9,5.

Descienden: estrona (4,5 a 0,5 y 1,9), estradiol (5,3 a 3,2 y 1,9) y totales de 10,6 a 6,6.

50) S. R. (T3 N+). Con derrame pleural habiendo recibido tratamiento con antimetabolitos y testosterona tres meses .

Ascienden: estriol (1,0 a 5,4) y totales de 2,0 a 6,2.

52) F. T. (T3 N+). Con metástasis en columna lumbar y pulmonares y tratamiento con testosterona seis meses.

Ascienden: estrona (0,0 a 5,3), estradiol (0,0 a 4,2) , estriol (0,0 a 1,7) y totales de 0,0 a 11,2.

53) R. A. (T3 N+). De buena evolución y en tratamiento con dromostanolona, tres meses, con ascenso de estrógenos, pero que tratada con hipofisectomía médica, descendieron posteriormente.

Ascienden: estrona (1,0 a 1,8), estradiol (2,0 a 3,7) , estriol (0,0 a 10,0) y totales de 3,0 a 15,5, 9,1 y 4,2.

54) C. B. (T3 N+). Con metástasis axilar, primero, y con carcinoma en la mama restante, después y en tratamiento con antimetabolitos en ciclos durante tres años, y con dromostanolona posteriormente.

Ascienden: estrona (0,5 a 1,2), estradiol (0,0 a 1,5 y 1,9), estriol (0,6 a 0,9 y 1,4) y totales de 1,1 a 4,1 y 4,0.

55) C. A. (T3 N+). En tratamiento con antimetabolitos un año antes de presentar metástasis cutáneas, supraclaviculares y pulmonares.

Ascienden: estrona (0,3 a 0,6), estradiol (0,0 a 0,7) y totales de 0,3 a 1,3.

56) P. G. (T4 N+). Con afectación supraclavicular y pleural y en tratamiento con antimetabolitos seis meses .

Ascienden: estrona (1,7 a 2,4), estradiol (0,6 a 0,5), estriol (0,0 a 1,8) y totales de 1,7 a 4,7.

60) C. G. (T2 N+). Asintomática y de buena evolución, en tratamiento con testosterona seis meses.

Ascienden: estrona (0,8 a 1,5 y 5,0), estradiol (0,5 a 0,0 y 3,7), estriol (0,0 a 5,7 y 7,05) y totales de 1,3 a 7,2 y 15,7.

61) M. N. (T3 N-). Asintomática y de buena evolución, que ha recibido tratamiento con dromostanolona seis meses.

Ascendentes: estrona (1,7 a 4,4), estradiol (0,8 a 2,1), estriol (0,5 a 4,4) y totales de 3,0 a 10,9.

62) C. S. (T2 N+). Asintomática y tratada con dromostanolona seis meses.

Ascendentes: estriol (2,1 a 4,1) y totales de 5,2 a 6,2.

Descendentes: estradiol (1,8 a 1,0).

63) D. S. (T2 N-). Asintomática y en tratamiento con dromostanolona en ciclos de cinco meses.

Ascendentes: estrona (0,9 a 1,7 y 3,5), estradiol (1,2 a 2,1; 2,9 y 3,4 estriol (1,2 a 1,8; 3,6 y 7,5) y totales de 3,3 a 5,6; 6,5 y 14,4.

II-d. Postmenopausias con tratamiento hormonal / citostático con descenso de estrógenos urinarios.-

68) B. H. (T3 N+). Con metástasis pulmonares de nódulos muy finos y en costillas, que recibió tratamiento con antimetabolitos y testosterona durante un año.

Descendentes: estrona (3,6 a 0,7), estradiol (0,8 a 0,6), estriol (4,9 y 1,5 a 0,0) y totales de 4,9 y 5,9 a 1,3.

41) P. J. (T2 N+). Con metástasis dorsales habiendo recibido un año antes tratamiento con testosterona.

Descendentes: estrona (3,2 y 3,9 a 0,9), estradiol (1,2 y 0,7 a 0,1), estriol (4,8 y 1,8 a 0,0) y totales de 9,2 y 6,4 a 1,0.

43) M. L. (T2 N+). Con buena evolución y tratamiento de testosterona y antiandrogénicos, en ciclos, durante dos años.

Descendentes: estrona (6,6 y 3,4 a 1,2), estriol (2,5 y 5,6 a 0,0) y totales de 9,1 y 7,4 a 1,7.

44) P. M. (T3 N+). Asintomática en esos momentos y con trata-

miento de testosterona y antimetabolitos, en ciclos continuos, durante tres años.

Descienden: estrona (0,8 a 0,1), estradiol (1,6 a 0, 2) y totales de 2,4 a 0, 3.

45) H. M. (T3 N+). Con metástasis en médula ósea y afectación de la mama restante que fue tratada con dromostanolona y antimetabolitos durante un año, en varios ciclos.

Descienden: estrona (1,2 a 0,0), estriol (1,8 a 0,0) y totales de 3,0 a 0,0.

51) C. S. (T2 N-). Tratada con testosterona y antimetabolitos, en ciclos, durante cuatro años, con metástasis plaural.

Descienden: estriol (2,1 a 0,0), y totales de 2,1 a 1,3.

Ascienden: estrona (0,0 a 1,3 y 1,9), estradiol (0,0 a 0,9) y totales de 2,1 a 2,8.

57) J. LL. (T3 N+). En tratamiento con dromostanolona y antimetabolitos, en varios ciclos, durante un año, con metástasis en columna y cráneo.

Descienden: estrona (7,4 a 0,0), estradiol (3,0 a 1,2), y totales de 11,8 a 2,4.

58) K. M. (T3 N+). En tratamiento con antimetabolitos durante tres años, en varios ciclos, que presentó metástasis pulmonares.

Descienden: estrona (1,0 a 0,6).

Ascienden: estradiol (0,3 a 0,5), estriol(0,8 a 1,2) y totales de 2,1 a 2,3.

59) E. A. (T2 N+). De buena evolución con tratamiento de dromostanolona primeramente durante cinco meses. Tratada con hipofisectomía médica durante dos meses, presentó una hepatitis medicamentosa, tratada con prednisolona con elevación de los estrógenos urinarios.

Descienden: estrona (6,4 a 0,4), estradiol (2,6 a 0,1), estriol (6,8 a 0,0) y totales de 16,0 a 0,5.

64) C. S. (T2 N-). De buena evolución y tratada con dromostano-
lona durante cinco meses.

Descienden: estrona (3,3 a 1,7 y 0,5), estradiol (4,4 a 1,5 y 0,0),
estriol (2,6 a 1,0 y 2,2) y totales de 10,3 a 4,2 y 2,7.

II - 2. Estrógenos urinarios en relación con las metástasis.-

Metástasis óseas: en las premenopáusicas ascienden en los casos
23 y 24. En las postmenopáusicas ascienden en el caso 40.

Metástasis hepáticas: no existe ningún caso exclusivo de tal a-
fectación.

Metástasis pulmonares: en premenopáusicas es similar en el caso
31. En postmenopáusicas ascienden en el caso 47, y descienden en en
el 38, 44 y 58.

Metástasis cutáneas: en premenopáusicas asciende en el caso 30
y descienden en el 29.

Metástasis múltiples: en premenopáusicas ascienden en el caso
25 y descienden en el 27. En postmenopáusicas ascienden en los ca-
sos 37, 42, 46, 48, 50, 52, 55 y 56, descendiendo en los casos 41,
45, 51 y 57.

II - 3. Edad y estrógenos urinarios en enfermas con tratamiento.- (Graf. 11 , 12 , 13 y 14).

En premenopáusicas de mala evolución, con los casos 25, 30 y 31,
para menores de cuarenta años, y los casos 23, 27, 28 y 29, para edad
superior, se obtienen las medias siguientes:

estrona: 2,4; estradiol: 2,4; estriol: 5,5 y totales de 10,3.

En premenopáusicas de buena evolución, con los casos 32, 33, 34,
35, y 36 se registran las siguientes medias:

estrona: 2,6; estradiol: 2,1; estriol: 3,6 y totales de 8,3.

En postmenopáusicas con mala evolución, en los casos 36, 37, 38,
40, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 50, 51, 55, 56, 57 y 58, se muestran las
medias que siguen:

PREMENOPAUSICAS CON MALA EVOLUCION Y TRAJAMIENTO HORMONAL/CITOSIATICO

TRATAM DE	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	SIN TRAT	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅
25) PREDNISOLONA TIROIDES	4,3	2,0	3,0			-	2,7	1,0	0,0		3,7
30) TESTOSTERONA 5-FLUOR-URACILO	0,9	1,7	0,7			-	0,9	0,6	4,6		6,1
"	6,2	6,8	1,2			-	1,9	13,5	1,3		16,7
31) "	2,2	3,7	1,2			-	0,0	0,1	2,9		3,0
"	1,4	6,1	4,7			-	2,8	3,5	1,3		7,6
"	1,9	1,2	2,8				2,0	1,7	2,6		6,3
23) DESDE 40 AÑOS PREDNISOLONA ESTRADIOL Y TIROIDES	2,5	3,7	3,6				6,4	6,9	12,4		25,7
"	3,4	0,0	0,2				1,4	1,6	0,0		3,0
"	0,0	0,0	33,8				0,0	3,7	0,3		4,0
27) "	0,0	0,7	1,0				0,0	1,0	0,0		1,0
"	0,0	1,7	3,1								
28) PREDNISOLONA Y TIROIDES	3,5	2,0	17,8								
"	5,4	1,7	4,7								
21) DROMOSTA -NOLONA	1,6	3,1	7,6								
"	2,0	0,9	1,9								
"	3,2	0,9	1,5								
MEDIA	2,4	2,4	5,5	10,3			1,8	2,4	2,6	6,8	

GABARRÓN - 41

POSMENOPAUSICAS CON MALA EVOLUCION Y TRATAMIENTO HORMONAL/CITOSTATICO

	TRATAM	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇		TRATAM	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇
36)	GENOXAL	0,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	36)	-	0,5	0,0	0,6	1,1			
		1,2	1,9	0,9	4,0						0,5	0,0	0,9	1,4			
37)	5-FLUOR-URACILO	1,4	1,9	3,0	6,3				37)	-	1,2	1,5	1,4	4,1			
	PROGESTA-MOLONA	2,8	2,2	0,7	5,7						1,5	0,0	1,4	2,9			
38)	"	3,6	0,8	1,5	5,9				38)	-	0,0	0,0	4,9	4,9			
	"	0,7	0,6	0,0	1,3				40)	-	0,5	0,0	0,7	1,2			
40)	"	1,2	2,4	0,6	4,2				41)	-	3,2	1,2	4,8	9,2			
	"	0,6	2,0	4,5	7,1				42)	-	1,8	1,8	0,0	3,6			
41)	TESTOSTE-RONA	3,9	0,7	1,8	6,4				45)	-	1,2	0,0	1,8	3,0			
	"	0,9	0,1	0,0	1,0						0,0	0,7	2,3	3,0			
42)	5-FLUOR-URACILO	2,0	3,9	1,5	7,4				46)	-	1,6	1,3	0,0	2,9			
	"	0,8	0,0	0,0	0,8						0,8	0,0	2,8	3,6			
	"	0,0	0,0	8,6	8,6				47)	-	0,9	2,1	0,0	3,0			
44)	TESTOSTE-RONA+5-FLUOR-URACILO	0,8	1,6	0,0	2,4				48)	-	1,2	1,0	0,0	2,2			
	"	1,0	0,0	0,8	1,8				50)	-	0,0	0,0	2,1	2,1			
	"	0,1	0,2	0,0	0,3				55)	-	0,3	0,0	0,0	0,3			
46)	"	0,6	0,0	0,5	1,1				56)	-	1,7	0,0	0,0	1,7			
	"	0,0	0,0	0,0	0,0				58)	-	1,0	0,3	0,8	2,1			
	MEDIA								MEDIA		1,0	0,5	1,3	2,8			



PREMENOPAUSICAS CON BUENA EVOLUCION Y TRATAMIENTO HORMONAL/CITOSTATICO

TRATAM.	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	SIN TRAT	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆
32) TESTOSTERONA S-FLUOR-URBOLC	6,9	5,5	1,3	13,7			--	1,5	0,2	8,1	9,8		
"	2,9	2,2	16,5	21,6			--	2,9	2,4	9,5	14,8		
"	2,5	0,0	1,2	3,7				0,6	2,2	5,2	8,0		
"	1,3	0,0	0,0	1,3				2,1	4,9	3,6	10,6		
33) DROMOSTA- -NOLONA	6,3	3,3	7,0	16,6				0,9	1,7	2,0	4,6		
"	1,2	2,1	0,1	3,4				1,6	2,5	5,7	9,8		
"	0,7	0,9	2,4	4,0									
34) TESTOSTERONA	0,6	2,2	2,0	4,8									
"	3,1	3,3	6,9	13,3									
35) PRENISONONA ESTRADIOL Y TIRODES	2,5	2,1	1,0	5,6									
36) "	1,0	1,4	0,8	3,2									
MEDIA	2,6	2,1	3,6	8,3									

G A O R T O - 43

POSTMENOPAUSICAS CON BUENA EVOLUCION Y TRATAMIENTO HORMONAL/CITOSTATICO

	TRATAM.	E ₁	E ₂	E ₁	E ₂	E ₁	E ₂		SIN TRATAM	E ₁	E ₂	E ₁	E ₂
35)	DREXAMETAS ESTRADIOL TIROIDES	1,8	3,7	10,0	15,5	0,8	0,6	0,6	0,6	2,0	2,0	3,0	3,0
	"	1,0	3,0	5,1	9,1	0,9	2,9	3,6	0,0	2,3	5,4	7,7	7,7
	"	0,8	1,1	2,3	4,2	1,2	1,9	2,4	6,6	0,0	2,5	9,1	9,1
39)	DROXOSTA- -MOLONA	0,0	2,3	0,0	2,3	3,5	3,4	7,5	4,5	5,3	0,5	10,3	10,3
	"	0,1	4,5	3,4	8,0	1,7	1,0	1,5	3,5	12,5	1,6	17,3	17,3
	"	1,9	1,2	1,0	4,1	2,4	2,2	3,3	1,9	1,9	5,7	9,5	9,5
	"	5,5	2,3	0,0	7,8	2,4	2,2	3,3	0,7	0,3	1,0	2,0	2,0
43)	TESTOSTE- -RONA	1,5	0,0	5,6	7,1	0,8	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	"	3,2	1,9	0,0	5,1	0,9	2,9	3,6	0,4	0,1	0,0	0,5	0,5
	"	3,4	1,4	2,6	7,4	1,7	1,0	1,5	0,8	0,5	0,0	1,3	1,3
	"	1,0	1,1	3,2	5,3	2,4	2,2	3,3	1,5	0,0	5,7	7,2	7,2
	"	1,2	0,5	0,0	1,7	0,8	0,6	0,6	1,7	0,8	0,5	3,0	3,0
49)	"	0,5	3,2	2,6	6,3	0,9	2,9	3,6	1,3	1,8	2,1	5,2	5,2
52)	"	5,3	4,2	1,7	11,2	1,7	1,0	1,5	1,1	1,0	4,1	6,2	6,2
59)	PREDNISO- -LONA	3,3	2,6	11,6	17,5	3,5	3,4	7,5	0,9	1,2	1,2	3,3	3,3
61)	TESTOSTE- -RONA	4,4	2,1	4,4	10,9	1,7	1,0	1,5	3,3	4,4	2,6	10,3	10,3
60)	"	5,0	3,7	7,0	15,7	2,4	2,2	3,3	0,5	0,0	2,2	2,7	2,7
	MEDIA					2,4	2,2	3,3	1,7	2,0	2,0	5,7	5,7

CASOS - 44

oestrona: 1,2 , estradiol : 1,3 ; estriol : 1,8 y totales de 4,3.

En postmenopáusicas con buena evolución de este grupo se encuentran en los casos 35, 39, 43, 49, 52, 59, 60, 61, 62, 63 y 64 los siguientes resultados:

oestrona: 2,4 , estradiol: 2,2 ; estriol : 3,3 y totales de 7,9.

II - 4.- Estrógenos y tipo de carcinoma.-

El carcinoma escirroso se presenta en la siguiente forma:

premenopáusicas : casos 32 y 34, que descienden en sus estrógenos.

postmenopáusicas: casos 35, 52, 55 y 57, en que ascienden
casos 45, 58, 61 y 62, en que descienden.

El carcinoma ductal se comprueba en los siguientes casos:

premenopáusicas: 24, 25 y 29, en que descienden,

23, 35 y 36, en que descienden.

postmenopáusicas: 36, 37, 42, 46, 47, 50 y 64, en que ascienden.

39, 43, 44, 49, 57, 59, 60 y 63, en que descienden,

El carcinoma indiferenciado se encuentra en los casos:

premenopáusicas: 27, 30 y 31.

Postmenopáusicas: 38 y 40.

Otros tipos de carcinomas que se han visto han sido :

complejo: 26, 28 y 41.

lobular: 33.

células pequeñas: 48.

gigantocelular: 51.

III) Enfermas de buena evolución sin tratamiento .-

Han sido estudiadas treinta y cuatro enfermas, en las que se registraron ascensos en dieciséis (siete post y nueve premenopáusicas), y descenso en dieciocho casos (seis post y doce premenopáusicas).

IIIa) Premenopáusicas con descenso de estrógenos urinarios.-

66) N. A. (T1 M-). Asintomática a los diez años.

Descienden: estrona (0,7 a 0,0), estradiol (1,5 a 0,0)

Ascienden: estriol (0,0 a 2,9) siendo similares los totales.

68) E. C. (T3 N-). Asintomática a los ocho años.

Descienden: estriol (2,2 a 1,4) y totales (2,2 a 1,9).

Ascienden: estrona (0,0 a 1,6 y 0,0) y estradiol (0,0 a 1,9 y 0,5).

69) C. C. (T2 N+). Asintomática a los diez años.

Descienden: estradiol (1,9 a 1,1 y 0,8), estriol (1,8 a 0,0 y 1,2) y totales (5,0 a 3,3 y 2,8).

Ascienden: estriol (1,3 a 0,0 y 1,8).

70) C. C. (T2 N+). Asintomática a los nueve años.

Descienden: estrona (2,5 a 0,0), estriol (4,9 a 2,7 y 0,0) y totales de 10,0 a 7,8 y 2,5.

74) A. G. (T2 N-). Asintomática a los diez años.

Descienden: estrona (0,0 a 0,0), estradiol (2,5 a 0,0), estriol (2,2 a 0,0 y 1,5) y totales de 4,9 a 1,5.

75) C. G. (T2 N-). Asintomática a los seis años.

Descienden: estrona (12,7 a 3,2), estradiol (6,2 a 0,8), estriol (19,5 a 1,3) y totales de 38,4 (preoperatorios) a 5,3.

76) C. L. (T3 N+). Asintomática a los siete años.

Descienden: estrona (2,4 a 0,0), estradiol (1,0 y 2,9 a 0,0), estriol (2,7 y 5,6 a 0,5) y totales de 6,1 y 9,4 a 0,5.

77) M. P. (T2 N+). Asintomática a los seis años.

Descienden: estrona (2,6 a 0,0), estriol (4,2 a 0,5) y totales de 7,4 a 0,9.

- 81) C. R. (T1 N-). Asintomática a los diez años.
 Descienden: estriol (3,2 a 1,7) y totales (3,3 a 1,9).
 Ascenden: estrona (0,1 a 0,7) y estradiol (0,0 a 0,5).
- 82) L. R. (T2 N+). Asintomática a los diez años.
 Descienden: estradiol (5,8 a 0,0) y totales (7,8 a 4,8).
 Ascenden: estradiol (0,0 a 2,5).
- 84) E. S. (T2 N-). Asintomática a los siete años de evolución.
 Descienden: estrona (5,2 a 1,7), estriol (3,2 a 0,0) y totales (9,1 a 4,2).
 Ascenden: estradiol (0,0 a 2,5).
- 85) M. T. (T2 N-). Asintomática a los seis años.
 Descienden: estrona (2,0 a 1,2), estradiol (1,2 a 0,9).
 Ascenden: estriol (1,1 a 3,0) y totales (4,3 a 5,1).

IIIb). Promeopáusicas sin tratamiento, con ascenso de estrógenos
 urinarios.-

- 65) M. A. (T2 N+). Asintomática a los seis años.
 Ascenden: estrona (2,7 a 3,0), estriol (1,0 a 2,0) y totales (4,2 a 5,5).
- 67) D. A. (T2 N-). Asintomática a los diez años.
 Ascenden: estrona (0,0 a 1,1), estradiol (0,0 a 3,1), estriol (0,3 a 1,4) y totales de 0,3 a 5,6.
- 71) C. C. (T2 N+). Asintomática a los siete años.
 Ascenden: estrona (0,0 a 2,0), estradiol (0,0 a 1,5) y totales (4,0 a 6,5).
 Descienden: estriol (4,0 a 3,0).
- 72) M. C. (T1 N-). Asintomática a los cinco años.
 Ascenden: estrona (0,7 a 1,9), estradiol (0,0 a 1,6) y totales (1,2 a 3,5).
 Desciende: estriol (0,5 a 0,0).
- 73) A. S. (T2 N-). Asintomática a los diez años.
 Ascenden: estrona: (0,0 a 0,7), estradiol (0,0 a 4,4), estriol (0,0 a 0,9) y totales (0,0 a 6,0).

- 78) L. P. (T3N+). Asintomática a los diez años.
 Ascenden: estrona (0,0 a 1,5) y totales (0,0 a 1,5).
- 79) C. P. (T2 M+). Asintomática a los seis años.
 Ascenden: estrona (0,8 a 3,0), estriol (0,0 a 5,5) y totales (1,5 a 8,9).
- 80) F. P. (T2 N-). Asintomática a los cinco años.
 Ascenden: estradiol (0,0 a 0,4), estriol (0,0 a 1,2) y totales (1,2 a 2,4).
 Desciende: estrona (1,2 a 0,8).
- 83) P. S. (T2N-). Asintomática a los diez años.
 Ascenden: estradiol (0,4 a 1,5), estriol (0,1 a 4,3) y totales (0,9 a 5,8).
 Desciende: estrona (0,4 a 0,0).

IIIc). Postmenopáusicas sin tratamiento con descenso de los estrógenos urinarios.-

- 86) C. A. (T3 M-). Asintomática a los siete años.
 Descienden: estrona (1,3 a 0,4), estradiol (1,2 a 0,6), estriol (4,2 a 3,3) y totales de 6,7 a 4,3.
- 94) E. M. (T2 M+)- Asintomática a los diez años.
 Descienden: estradiol (1,8 a 0,0), estriol (3,1 a 0,0) y totales (4,9 a 0,5).
 Ascende: estrona (0,0 a 0,5).
- 94) V. P. (T3 M+). Asintomática a los nueve años.
 Desciende: estrona (2,2 a 0,8).
 Ascende: estriol (1,6 a 3,3).
- 97) C. R. (T3 N+). Asintomática a los seis años.
 Desciende: estrona (1,2 a 0,0).
 Ascende: estradiol (0,0 a 0,8).
- 91) M. F. (T3 N-). Asintomática a los siete años.
 Desciende: estradiol (0,4 a 0,0).

93) M. G. (T3 N-). Asintomática a los nueve años.

Desciende: estriol (2,8 a 1,9).

Asciende: estradiol (1,6 a 2,5).

IIId). Postmenopáusicas sin tratamiento y buena evolución, con ascenso de los estrógenos urinarios.-

88) E. C. (T2 N-). Asintomática a los diez años.

Ascienden: estriol (0,0 a 1,8), y totales (4,2 a 5,3).

Desciende: estradiol (2,7 a 1,9).

89) M. E. (T2 N-). Asintomática a los siete años.

Ascienden: estrona (1,1 a 1,4), estradiol (0,0 a 2,4) y totales de 1,4 a 3,8.

90) P. F. (T1 N-). Asintomática a los nueve años.

Ascienden: estradiol (0,0 a 1,9 y 0,9), y totales (1,5 a 4,0 y 2,5).

Desciende: estriol (1,5 a 2,0 y 0,6).

92) G. G. (T1 N-). Asintomática a los ocho años.

Ascienden: estradiol (0,6 a 2,9), estriol (0,0 a 1,9 y 1,5) y totales de 2,2 a 5,5.

Desciende: estrona (2,2 a 1,2).

95) H. H. (T3 N+). Asintomática a los seis años.

Ascienden: estrona (0,8 a 3,2), estriol (0,0 a 3,6 y 0,0) y totales de 3,6 a 6,2.

98) V. V. (T3 N-). Asintomática a los dos años. Presentó posteriormente un sarcoma de rodilla.

Ascienden: estrona (2,3 a 3,0), estriol (0,5 a 1,5) y totales de 6,1 a 7,0.

Desciende: estradiol (3,3 a 2,5).

87) B. A. (T2 N+). Asintomática a los tres años.

Ascienden: estriol (0,0 a 1,5) y totales (1,1 a 2,6).

III- 2. Edad y estrógenos urinarios. (Graf. 15 ,16 y 17).-

Hasta los 39 años se registran los casos siguientes:

65, 72, 73 y 78, que ascienden y los casos
77 y 82, que descienden.

La media obtenida es :

estrona : 1,2 ; estradiol : 0,8 ; estriol : 1,0 ; totales : 3,0.

De cuarenta a cuarenta y nueve años son los casos:

67, 71, 79, 80 y 83, que ascienden y,
66, 68, 69, 70, 74, 75, 76, 81, 84 y 85, que descienden.

La media de estos quince casos es :

estrona : 1,0 ; estradiol : 1,1 ; estriol : 1,4 ; totales : 3,5.

En mujeres postmenopáusicas hasta los cincuenta y nueve años,
la media resultante fue de:

estrona: 1,3 ; estradiol : 1,2 ; estriol : 1,2 ; totales : 3,7.

Los casos registrados fueron trece :

87, 88, 89, 92 y 98, que ascendieron y
86, 91 y 97, que descendieron.

Los cinco casos de enfermas mayores de sesenta años fueron:
90, 95, que ascienden y 93, 94 y 96, que descienden.

La media de estas enfermas fue la siguiente:

estrona : 0,9 ; estradiol: 1,2 ; estriol : 1,2 , totales : 3,3

III- 3. Tipo de carcinoma y estrógenos urinarios.-

En enfermas premenopáusicas el carcinoma escirro se observó
en tres casos : 67 que ascienden y 68 y 84 que descienden.

El tipo ductal se estudió en diecisiete casos :

65, 71, 72, 73, 78, 79, 80 y 83, en que ascienden y
66, 69, 70, 74, 75, 77, 81, 82 y 85, que descienden.

El tipo complejo se observó en un caso : 76, que descienden

PREMENOPAUSICAS CON BUENA EVOLUCION SIN TRATAMIENTO - 1

GARCIA - A5

30 - 39 AÑOS	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₇
65)	0,4	0,5	0,0	0,0	0,9
	0,9	2,2	0,0	0,0	3,1
	3,0	0,5	2,0	5,5	
72)	0,7	0,0	0,5	1,2	
	1,9	1,6	0,0	3,5	
73)	0,0	0,0	0,0	0,0	
	1,0	0,3	0,0	1,3	
	1,7	0,3	0,4	2,4	
	0,7	4,4	0,9	6,0	
77)	2,6	0,6	4,2	7,4	
	0,1	0,0	2,4	2,5	
	0,4	0,0	0,5	0,9	
78)	0,0	0,0	0,0	0,0	
	1,5	0,0	0,0	1,5	
82)	2,0	0,0	5,8	7,8	
	2,3	2,5	0,0	4,8	
MEDIA	1,2	0,8	1,0	3,0	

PREMENOPAUSICAS CON BUENA EVOLUCION SIN TRATAMIENTO - 2^{da} Gea. Ge. -46

40-49 AÑOS	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	E ₈	E ₉	E ₁₀	E ₁₁	E ₁₂	E ₁₃	E ₁₄	E ₁₅
66)	0,7	1,5	0,0	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
67)	0,0	0,0	2,9	2,9	0,0	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
68)	0,0	0,0	2,2	2,2	0,0	0,0	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
	1,6	1,9	1,0	4,5	0,0	0,0	1,0	4,5	0,0	0,0	1,0	4,5	0,0	0,0	1,0
	0,3	0,9	2,0	3,2	0,0	0,0	2,0	3,2	0,0	0,0	2,0	3,2	0,0	0,0	2,0
	0,0	0,5	1,4	1,9	0,0	0,0	1,4	1,9	0,0	0,0	1,4	1,9	0,0	0,0	1,4
69)	1,3	1,9	1,8	5,0	0,0	0,0	1,8	5,0	0,0	0,0	1,8	5,0	0,0	0,0	1,8
	0,0	1,1	2,2	3,3	0,0	0,0	2,2	3,3	0,0	0,0	2,2	3,3	0,0	0,0	2,2
	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
	1,8	0,8	1,2	3,8	0,0	0,0	1,2	3,8	0,0	0,0	1,2	3,8	0,0	0,0	1,2
70)	2,5	2,6	4,9	10,0	0,0	0,0	4,9	10,0	0,0	0,0	4,9	10,0	0,0	0,0	4,9
	3,2	1,9	2,7	7,8	0,0	0,0	2,7	7,8	0,0	0,0	2,7	7,8	0,0	0,0	2,7
	0,0	2,5	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	4,0	4,0	0,0	0,0	4,0	4,0	0,0	0,0	4,0	4,0	0,0	0,0	4,0
71)	0,0	0,0	4,0	4,0	0,0	0,0	4,0	4,0	0,0	0,0	4,0	4,0	0,0	0,0	4,0
71) 1,3 1,8 1,6 1,6 4,7															
76) 2,4 1,0 2,7 6,1															
75) 3,2 0,8 1,3 5,3															
74) 0,0 2,5 2,2 4,7															
71) 1,0 1,1 2,7 4,8															
83) 0,4 0,4 0,1 0,9															
80) 1,2 0,0 0,0 1,2															
81) 0,1 0,0 3,2 3,3															
84) 5,9 0,0 3,2 9,1															
85) 2,0 1,2 1,1 4,3															
MEDIA: 1,0 1,1 1,4 3,5															

POSTMENOPAUSICAS CON BUENA EVOLUCION SIN TRATAMIENTO

HASTA 60 AÑOS	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	DESOE 60 AÑOS	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇
86) C.Q.	1,3	1,2	4,2	6,7	0,0	2,6	1,8	90)	0,0	0,0	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
	1,9	1,7	0,6	4,2	1,1	2,9	1,5		0,9	1,1	2,0	4,0	4,0	4,0	4,0
	1,1	0,0	1,3	2,4	0,8	0,4	2,2		0,0	1,9	0,6	2,5	2,5	2,5	2,5
	0,4	0,6	3,3	4,3	1,0	0,0	2,4		0,0	0,9	0,6	1,5	1,5	1,5	1,5
88) C.Q.	1,5	2,7	0,0	4,2	1,2	0,0	0,9	93)	1,0	1,6	2,6	5,4	5,4	5,4	5,4
	0,6	0,4	1,9	2,9	0,0	0,0	0,7		1,0	2,5	1,9	5,4	5,4	5,4	5,4
	5,7	1,9	2,1	9,7	1,4	2,6	0,0		0,0	1,8	3,1	4,9	4,9	4,9	4,9
	1,6	1,9	1,8	5,3	0,0	0,7	0,8		0,6	0,3	0,0	0,9	0,9	0,9	0,9
89) C.Q.	1,1	0,0	0,3	1,4	2,3	3,3	0,5		1,2	0,6	1,2	3,0	3,0	3,0	3,0
	1,7	1,9	0,0	3,6	3,0	2,5	1,5		0,5	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5
	1,4	2,4	0,0	3,8	MEDIA 1,3	1,2	1,2	95)	0,8	2,8	0,0	3,6	3,6	3,6	3,6
87)	1,1	0,0	0,0	1,1					0,4	2,0	3,6	6,0	6,0	6,0	6,0
	1,1	0,0	1,5	2,6					3,2	3,0	0,0	6,2	6,2	6,2	6,2
91)	0,8	0,4	2,2	3,4				96)	2,2	1,2	1,6	5,0	5,0	5,0	5,0
	1,0	0,0	2,4	3,4					1,7	0,0	0,0	1,7	1,7	1,7	1,7
92)	0,0	0,0	0,0	0,0					0,9	0,8	0,0	1,7	1,7	1,7	1,7
	2,2	0,6	0,0	2,8					0,7	0,4	0,0	1,1	1,1	1,1	1,1
	1,2	0,4	1,9	3,5					0,4	0,9	0,4	1,7	1,7	1,7	1,7
									0,8	1,3	3,3	5,4	5,4	5,4	5,4
					MEDIA 0,9	1,2	1,2		MEDIA 0,9	1,2	1,2	3,3	3,3	3,3	3,3

GRAFICA - 47

En enfermas postmenopáusicas, el tipo de carcinoma escirro se registra en cinco casos : 92, que ascienden y 86, 91, 93 y 97, que descienden.

El tipo ductal se observó en cinco casos : 88, 89, 90 y 98, que ascienden y el 96, en que descienden.

Otros tipos estudiados fueron los casos : 95 con indiferenciado, 87 con complejo y el 94 no filiado.

La clasificación olinica de estos cuatro grupos se muestra en la gráfica 18.

CLASIFICACION SEGUN T.N.M.

		T ₃	T ₂ N ₂	T ₁ N ₁	TOTALES
SIN TRATAMIENTO	POSTMENOPAUSICAS	6	1	1	8
	PREMENOPAUSICAS	8	2	4	14
	TOTALES	14	3	5	22
BUENA EVOLUCION	POSTMENOPAUSICAS	2	1	10	13
	PREMENOPAUSICAS	2	4	15	21
	TOTALES	4	5	25	34
TRATAMIENTO HORMONAL Y CITOSTATICO	POSTMENOPAUSICAS	13	3	2	18
	PREMENOPAUSICAS	7	1	0	8
	TOTALES	20	4	2	26
MALA EVOLUCION	POSTMENOPAUSICAS	2	3	5	10
	PREMENOPAUSICAS	1	1	4	6
	TOTALES	3	4	9	16

Estrogénos urinarios y su relación con los 17-ceto e hidroxicoorticooides.- (Graf. 19).

Han sido estudiadas diez enfermas que habían recibido tratamiento hormonal y dos enfermas sin tratamiento. Cinco enfermas, en quienes ascendieron los cetos e hidroxi, presentaban igualmente ascenso de los estrógenos. Todas, excepto una, eran de mala evolución.

En otras siete enfermas, en quienes descendían los cetos e hidroxicoorticooides, guardaban relación con los estrógenos excepto en dos determinaciones. Cuatro de las siete enfermas eran de buena evolución.

Pre-menopausicas con tratamiento hormonal. Ascenso de 17-cetos e hidroxicoorticooides .-

23) M. A. Enferma de mala evolución, asintomática en esos momentos y tratada con hipofisectomía médica desde tres meses antes, que presentó elevación de los 17-cetos en las cuatro determinaciones y de los 17-hidroxicoorticooides en la primera. Los estrógenos urinarios estaban igualmente elevados excepto en la tercera determinación.

27) M. J.L. Con metástasis en columna cervical y tratada desde hace seis meses con hipofisectomía médica. Descienden los 17-cetos y los estrógenos pero se mantienen altos los 17-hidroxicoorticooides.

Pre-menopausicas con tratamiento hormonal. Descenso de 17-cetos e hidroxicoorticooides.-

24) F. E. Con metástasis en columna dorsal y en tratamiento desde hace dos años con ciclos de citostáticos. Presenta igualdad de los estrógenos urinarios y descenso de los 17-cetos e hidroxicoorticooides en la segunda determinación.

33) M. D. C. Con buena evolución y valores normales de cetos e hidroxicoorticooides después de tres meses de tratamiento con hipofisectomía médica. Los estrógenos se mantienen altos.

Postmenopáusicas con tratamiento hormonal. Ascenso de 17-cetos e hidroxycorticoides.-

47) G. P. Con metástasis pulmonares y en tratamiento con antimetabolitos desde hace seis meses. Presenta elevación de ceto e hidroxycorticoides y de estrógenos urinarios.

49) P. Q. Asintomática y de buena evolución con valores normales antes de iniciarse el tratamiento, que ascendieron después de tres meses con hipofisectomía médica, a expensas de los 17-hidroxycorticoides, así como los estrógenos.

19) B. K. Con metástasis lumbar y cutáneas y sin tratamiento que presenta elevación de los 17-hidroxycorticoides y estrógenos urinarios.

Postmenopáusicas con tratamiento hormonal. Ascenso de 17-cetos e hidroxycorticoides.-

37) F. D. Con metástasis pulmonares y en columna dorsal y determinaciones altas de 17-hidroxycorticoides y estrógenos urinarios a los dos años. tratada con hipofisectomía médica durante siete meses, descienden cetos e hidroxycorticosteroides .

53) R. A. Asintomática y de buena evolución que tratada con dromostanolona tenía elevados las determinaciones urinarias. Tratada con hipofisectomía médica durante seis meses, presenta descenso de los mismos.

59) E. A. Asintomática y de buena evolución con valores normales antes y después del tratamiento con hipofisectomía médica durante tres meses.

15) F. D. Con metástasis en cráneo y columna lumbar y tratada con antimetabolitos con valores normales de cetos e hidroxycorticoides y descenso de estrógenos urinarios.

CASO 17-CETOS 17-HIDROXI TRAT^º ANTERIOR MESES ESTROGENOS EVOLUCION

23	13,6	12,6	-	-	0,5-3,7-8,9	18 m
	18,3	17,5	T + D + E	3	2,5-3,7-3,6	19 m.
	19,7	9,3	"	5	-	21 m.
	18,2	7,0	"	6	3,4-0,0-0,2	24 m.
	19,4	10,8	"	8	0,0-0,0-3,8	26 m.
27)	31,0	15,9	-	-	6,4-6,9-12,5	14 m.
	16,2	13,3	T + D + E	1	-	15 m.
	6,8	11,7	"	2	-	16 m.
	9,9	12,3	"	8	0,0-1,7-3,1	24 m.
24)	13,2	11,9	5-FU	30	1,1-1,8-2,1	30 m.
	10,4	5,8	"	36	0,0-2,7-3,4	36 m.
33)	10,9	8,5	Dromostan.	3	6,3-3,3-7,0	18 m.
35)	16,6	10,7	-	-	-	21 m.
	8,3	7,1	T + D + E	3	2,5-2,1-1,0	24 m.
47)	10,7	10,4	5-FU + G	6	1,4-1,8-1,0	4 a.
	18,1	-	"	12	0,0-4,3-3,7	4 a.
49)	12,4	7,3	-	-	0,5-3,2-8,6	4 a.
	13,6	16,2	T + D + E	3	1,9-1,9-5,7	4 a.
19)	12,5	12,6	-	-	1,7-1,3-1,8	3 a.
37)	11,5	13,9	-	-	2,8-2,2-5,7	22 m.
	11,2	9,0	T + D + E	3	-	23 m.
	12,8	4,3	"	6	-	29 m.
53)	21,3	17,2	Dromostan.	3	1,8-3,7-10,0	4 m.
	7,3	0,0	T + D + E	1	-	5 m.
	15,6	6,5	"	2	1,0-3,0-5,1	6 m.
59)	9,1	9,1	-	-	0,4-0,1-0,5	6 m.
	6,5	4,5	T + D + E	2	-	8 m.
15)	10,1	7,5	5-FU + G	2	0,0-0,0-0,6	6 a.

V + DISCUSION

Desde Beatson en 1.896 se ha propuesto la ovariectomía en enfermas de cáncer de mama para suprimir la principal fuente de esteroides sexuales, ya que actúan como elementos favorecedores de su progresión por ser tumores de probada dependencia hormonal.

El estudio de los estrógenos urinarios previamente a la castración quirúrgica (o radioterapéutica en otros casos) llevado a cabo en estas enfermas, demuestra diferencias en relación a las mujeres normales (Marmoston, Stern) (1957). En estas oscilan de 13 a 17 ug y de 27 a 43 ug / 24 horas según la fase folicular o lútea respectivamente, como se ve en este trabajo.

Después de la ovariectomía existe una confirmación por numerosos autores de que se consigue un descenso marcado de los estrógenos urinarios, aunque nunca su desaparición. Igualmente se admite unánimemente su existencia en mujeres postmenopáusicas en cantidades variables entre 4 y 6 ug / 24 horas según autores (Bulbrook) (1957). Se debe este hecho bien a la zona fasciculada de la suprarrenal o bien a folículos atresicos como afirma Botella (1957).

El componente fundamental liberado es la estrona, como se demuestra después de la administración de ACTH. La estrona persiste como único componente durante los primeros días siguientes a la ovariectomía. Igualmente influyen en su secreción las gonadotropinas hipofisarias.

Esta intervención está justificada tanto en enfermas pre como postmenopáusicas, puesto que los ovarios pueden transformar la testosterona en estradiol. Se produce una acción de rebote con los tratamientos hormonales en estas enfermas.

Se puede realizar de forma profiláctica, para apreciar la dependencia de un tumor con metástasis ganglionares regionales, o bien como preparación de un tratamiento hormonal posterior. El intervalo libre será considerado positivo después de un periodo asintomático de un año y tanto más sensible en proporción al tiempo transcu-

rrido. Esta respuesta se conoce que es parcial por los trabajos de Pearson y otros que atribuyen esta cualidad en las respuestas tumorales a la constitución cromosómica de las células carcinomatosas.

Para autores como Barlow (7) han negado el efecto beneficioso de la ovariectomía en postmenopáusicas, ya que registra la elevación de estradiol marcado con isótopos después de la ovariectomía, sin observar hiperplasia cortical de los ovarios extirpados, indicativo de su origen suprarrenal y metabolismo hepático.

Es refutado en los trabajos de Niessen-Mayer (49) que encuentra en enfermas hasta setenta años con castración profiláctica un incremento del intervalo libre de más de un año, así como una supervivencia también mayor, aunque no menciona el estadio clínico de las enfermas estudiadas.

En cambio, existen pruebas de la igualdad de la ovariectomía para autores como Kennedy (38) en cuanto a la supervivencia en dos grupos de enfermas comparadas, siendo de estadio avanzado el grupo de tipo terapéutico, o autores como Fraocia (28) que presenta el mismo defecto de estudiar enfermas de diferentes estadios clínicos.

Cole (10) ha realizado un trabajo en 1.968 sobre la supervivencia a diez años, encontrando una supervivencia mayor en el grupo ovariectomizado y radiado en relación con el control (46,6 / 41,6) así como menores metástasis locales y ganglionares (23,9 / 29,7) y a distancia (46,1 / 54,5). Igualmente similares son los resultados de Dargent en 1.971, quien encuentra justificada la ovariectomía en la menopausia para los casos de evolución desfavorable.

La relación de la ovariectomía con los estrógenos urinarios ha sido tratada por Bulbrook principalmente en enfermas pre y postmenopáusicas. Obtiene en el primer grupo valores totales de $5,3 \pm 2,6$ sobre un total de 230 análisis en veinticuatro enfermas. Sus determinaciones fraccionadas son de $1,8 \pm 1,0$ para estrona, $0,6 \pm 0,8$ para estradiol y $2,9 \pm 2,2$ para estriol.

Este autor comprueba la persistencia de los estrógenos elevados a pesar de su mejoría clínica en un caso y el ascenso y descenso de estrógenos en dos casos de mala evolución con carcinomatosis generalizada, en el curso de un año de supervivencia. En postmenopáusicas tiene totales de 6,2 μg a veinticuatro horas, en un total de 31 análisis de seis enfermas ovariectomizadas. Sus fracciones son de 1,8 \pm 1,0 para estrona; 0,9 \pm 0,6 para estradiol y de 3,5 \pm 1,9 para estriol. Tanto el estradiol como el estriol son superiores que en las premenopáusicas.

Se observa la relación entre la caída de estrógenos y buena evolución en dos casos estudiados y la reacción inversa en otros dos. En enfermas suprarrenalectomizadas (17) demuestra la remisión y descenso simultáneo de estrógenos en tres casos y elevación o valores nulos en seis de mala evolución como prueba de la variable hormonodependencia de su estado endocrino.

En este trabajo, los estrógenos preoperatorios están dentro de los resultados anteriores, siendo en las premenopáusicas, donde se estudiaron catorce determinaciones, de 3,5 para estrona, 1,8 para estradiol y 4,6 para estriol y totales de 9,9 μg /día, realizándose antes del ciclo lúteo menstrual. En postmenopáusicas, en quienes se llevaron a cabo quince determinaciones, son las fracciones de 1,7 0,9, 1,0 y 3,6 respectivamente.

En los trabajos de autores como Harmosten y Stern se realizan los estudios sobre enfermas con adenocarcinomas sin dediferenciación celular ni tendencia a la indiferenciación, para probar su estrógenodependencia. Igualmente, Dargent, atribuye a estos últimos tipos de carcinoma una insensibilidad notable a los tratamientos hormonales. Lógicamente se ha de pensar que ha habido influencia hormonal en su iniciación y progresión pero esta será escasa en su expansión y desarrollo en fase avanzada. Serán estos tipos de neoformaciones avanzadas, clasificadas como T3 y T3 N+, las que ofrezcan más comportamiento independiente en relación con los estrógenos de su medio hormonal de desarrollo.

En los datos postoperatorios del grupo de mala evolución sin tratamiento hay un predominio de enfermas con tumores de tipo T3 N+ en once de ellas y tres T2 N+, siendo cinco casos T1 - T2 N-. Se ha demostrado que estas últimas enfermas han sido de mayor supervivencia (7,6,6,4 y 1 año) y han tenido mas elevados los estrógenos, excepto en el caso de un año.

La media de estrógenos fue superior en la estrona y totales, tal como citan Marmosten y Stern, en relación con las de enfermas de buena evolución, siendo mas altas hasta los cuarenta años y elevándose se cuando se presentan metástasis (por influencia tumoral) hepáticas o metástasis

Elestriol, aunque no varía entre los grupos diferentes, es la determinación mas alta en postmenopáusicas, tal como mencionan los autores citados anteriormente.

En general para este grupo, se observa que ascienden los estrógenos en trece casos (54%) y descienden en nueve (46 %) aunque en dos de estos casos tienen valores altos que se han comparado con los preoperatorios. Todas las postmenopáusicas, excepto una, tienen los estrógenos elevados respecto a su primera determinación.

En el grupo de buena evolución sin tratamiento, de las treinta y cuatro enfermas, se clasifican veinticinco como T1-T2 N- con supervivencia media para pre y postmenopáusicas de ocho y siete años respectivamente, considerándose como tumores de buena dependencia hormonal por su excelente respuesta al tratamiento, no hormonal sino de ovariectomía quirúrgica, que se practicó con tres postmenopáusicas de estrógenos altos.

A pesar de ello, sólo descendieron los estrógenos en doce de veintinueve pre y en siete de trece postmenopáusicas, pero sus determinaciones fraccionadas son mas bajas en las premenopáusicas comparadas con las de mala evolución, especialmente la estrona (1,1 a 1,4) estradiol en menores de cuarenta años (0,8 a 1,4) y los totales (3,5 a 4,0), siendo similares las postmenopáusicas menores de

sesenta años , y superiores en adelante aunque siempre menores que en las premenopáusicas.

En estas enfermas sin tratamiento, las medias obtenidas son inferiores a las registradas por Brown, Bulbrook y otros autores, ya que se han determinado desde estadios iniciales hasta la presencia de metástasis en que ascendieron, o son de enfermas de largas evoluciones asintomáticas.

Tanto por la ovariectomía como por la menopausia no desaparecen los estrógenos e incluso se mantienen en sus valores previos en enfermas de sesenta y setenta años y puede que aumenten con tratamiento hormonal, por lo que deben de controlarse los estrógenos. Descienden en sus totales por décadas después de los sesenta años a medias de 2,4 inferiores a las de buena evolución de 3,3. Pero las demás de terminaciones son siempre superiores en las enfermas de mala evolución, ya que son de 3,8 frente a 3,0 hasta los cuarenta años; de 3,8 a 3,5 hasta los cincuenta años y de 3,8 a 3,7 hasta los sesenta años.

Esto indica la dependencia hormonal en las enfermas de buena evolución con caída mantenida de los estrógenos después de la ovariectomía. En las postmenopáusicas son similares hasta los sesenta años y superiores después, donde parece menos clara la dependencia hormonal aunque existan pocas enfermas para establecer comparaciones.

En los casos de metástasis donde se registraron las medias más altas, la supervivencia estaba en relación al estadio clínico, ya que respondieron bien las enfermas sin adenopatías regionales positivas de tipo T1-T2 hasta los cinco años (3 / 5) , pero en cambio en el tipo T3 fue positiva la ovariectomía aunque siempre inferior a los cinco años, excepto en un caso con intervalos libres de cuatro (tres) tres (tres), dos (cuatro) y un año (seis) respectivamente.

Mientras que la supervivencia en las enfermas de buena evolución con predominio de casos sin adenopatías afectadas (veinticinco / treinta y cuatro) ha sido positiva en más de diez años para once y de

(cuarto postmenopáusicas) y de cinco años para oatorde (cinco postmenopáusicas), hasta ese momento.

Sobre la influencia del tipo anatomopatológico de carcinoma en relación con los estrógenos , que autores como Dargent y Sywer relacionan con adenocarcinomas, se ha encontrado predominio del tipo ductal sobre el escirro, con comportamiento similar de los estrógenos, excepto en las enfermas de mala evolución sin tratamiento que presentan valores de 4,0 frente a 3,1 en el tipo escirro. Es de constatar que las enfermas de este tumor eran de estadios mas avanzados.

Desde 1.951 en que se practicó la suprarrenalectomía por Huggins, además de la ovariectomía se realizan otras intervenciones para la supresión hormonal quirúrgica de las glándulas, que influyan en el desarrollo del cáncer de mama, como son la zona sexual de la corteza suprarrenal y el lóbulo posterior de la hipófisis, que influirían directamente con sus gonadotropinas o con hormonas como la ACTH o LH o bien directamente con los estrógenos de origen suprarrenal. Es por ello practicada desde tiempos de Olivecrona y Luft en 1.951 la hipofisectomía (41).

Por el trabajo de Gushieri (22) se encuentran en las suprarrenales de autopsias de enfermas con cáncer de mama, una hiperplasia de la corteza de estas glándulas que confirma la teoría de su influencia hormonal.

Estas intervenciones endocrinas se practican siempre que la enferma tenga un intervalo libre positivo o una respuesta similar a un tratamiento hormonal. Igualmente es conocida desde Ulrich en 1.939 y Adair en 19.46 (1) la utilidad de una hormona masculina para la regresión en un veintiuno por cien de casos con metástasis especialmente cutaneas, óseas y pulmonares (AMA) (5). Actúan en función de la acción antagonista sobre los estrógenos, aunque sólomente serían favorables para aquellos tumores hormonodpendientes, como se

conoce desde los trabajos de Pearson. Igualmente por su efecto de hormonas suprarrenales se han tratado mediante corticosteroides a enfermas postmenopáusicas desde 1959 por Lemon (13), asociando se extractos tiroideos también por éste mismo autor (14) o por otros trabajos como los de Gardner en 1.962 (15) como tratamiento en los casos de carcinomas avanzados metastatizantes.

Otros estudios de hormonoterapia han asociado los estrógenos como el de Juret en 1.964, ya que estas hormonas inhiben la liberación de hormonas tiroideas que reducen los niveles de prolactina, además de los de ACTH, obsteniéndose regresiones entre el 25 y 50 por ciento según los autores.

Desde Lemon se conoce que el estriol tiene una acción competitiva con el estradiol sobre los receptores estrogénicos (16), por lo que en casos de embarazo no se producen mayor número de cánceres de mama, aunque en dos casos que sedesarrollan son rápidamente evolutivos. Por ello se ha iniciado el tratamiento con nuevos derivados hormonales con mayor acción antiestrogénica y menos problemas de virilidad masculina, como los llevados a cabo por el Grupo de Cooperación Japonesa en 1.973 (17) con $2\alpha\text{-}3\text{-}\alpha\text{-epithe-5}\alpha\text{-androgen-17\text{-}Bol}$, o con derivados del trifeniletileno como los realizados por Ward en 1973 (18).

Ante la parcial dependencia hormonal se pusieron en práctica los tratamientos de quimioterapia a partir de 1.957 por Heidelberg con antimetabolitos de pirimidina para el tratamiento del cáncer de mama, como una forma de inhibición del crecimiento tumoral, especialmente en enfermas en los cinco años que siguen a la menopausia y en los casos de afectación pulmonar y hepática, por ser menos sensibles a los tratamientos hormonales. Con estos preparados, como los alquilantes del tipo de la trietilentiofosforamida, Flechter (19) ha probado su participación como quimioterapéuticos a nivel hormonal, ya que disminuyen la actividad ovárica, su-

prarrenal e hipofisaria. Dargent (24) lo comprobó igualmente con el estudio de la citología vaginal , cuyos frotis eran poco estrogénicos.

Cuando estas drogas continuaban a un tratamiento de hormonoterapia médica o quirúrgica, se obtenían mayores porcentajes de supervivencia, que pasaban del cincuenta y cuatro al sesentay ocho por ciento, en mujeres jóvenes menores de cuarenta años, por diversos autores como Wilson y Moore.

La quimioterapia parece pues contribuir a inhibir el crecimiento de las células no hormonodependientes, tanto después o con un primer tratamiento hormonal, pero fracasa en aquellos casos en que ha fracasado anteriormente la cirugía hormonal mayor como menciona autores como Dargent.

Para obtener la mayor respuesta antitumoral se ha propuesto la combinación de cinco compuestos, siendo uno de ellos la cortisona y los otros cuatro quimioterápicos, con lo que los resultados obtenidos han sido mejores , variando según autores como Mackmann (45) y Cooper (21) entre el veinte y el cincuenta por ciento.

Los resultados de los estrógenos urinarios obtenidos en enfermas sometidas a tratamiento quimioterapéutico, bien sea hormonal o antimitótico solos o combinados, han sido siempre mas altas, incluso en las fases de interrupción del mismo, respecto a las enfermas sin tratamiento.

En enfermas premenopáusicas ofrecen valores dobles tanto para las determinaciones fraccionadas como para los totales, independientemente de la evolución de la enfermedad. Únicamente son similares en el caso de tratamientos con antimetabolitos aunque solamente se han realizado ocho determinaciones en dos enfermas. Al ser casos de evolución avanzada, ya que de veintiséis enfermas, veinticuatro presentaban adenopatías y estando catalogados diecinueve como T3-T2

N+, parece probable que intervengan los factores de su carcinoma, al teraciones metabólicas hepáticas y la suprarrenal como transformado res de andrógenos en estrógenos.

Así es visto que ascienden los estrógenos urinarios en las pre menopáusicas de mala evolución solamente en cinco de ocho casos y en los casos en que presentaban entonces metástasis al realizar las determinaciones. En cambio no asciende en ninguna de las preme- nopáusicas de buena evolución de las seis tratadas.

Respecto a su tipificación tumoral se comprueba, que son los tumores mas avanzados o indiferenciados los que pertenecen al gru- po con ascenso de estrógenos, ya que siete eran T3 N+ y uno T2 N+ en los casos de mala evolución, mientras que cuatro de seis eran T2 - T1 N- en los de buena evolución y otros dos T2 N+.

Fueron efectivos en las enfermas sin metástasis tanto la dro- mostanolona / testosterona como los preparados con prednisolona, tiroides y estrógenos en tres y tres casos respectivamente, estando en un caso asociado el cinco- fluor-uracilo.

En postmenopáusicas descienden solamente en tres casos de diez de buena evolución. Tratados con dromostanolona ascienden siete ca- sos, habiendo sido ovariectomizadas dos de ellas y mayores de sece taños en cuatro casos. En estas enfermas debe de tener igualmente su influencia tanto la suprarrenal como los ovarios para la trans- formación de los andrógenos.

En las enfermas de mala evolución descienden en siete de die- ciocho casos, siendo de ellos, dos T2 N+ y N- y dos asintomáticos en ese momento, habiendo remitido sus estrógenos con tratamiento de dromostanolona y antimetabolitos bien aisladamente o combinados los dos preparados conjuntamente. Los otros once casos que no descendi ron los estrógenos de postmenopáusicas, son ocho de ellas de tipo T3 N+.

Es de destacar que en este grupo que ha recibido tratamiento los estrógenos urinarios son notablemente mas elevados, incluso en las postmenopáusicas e independientemente de la presencia de metástasis. Así se obtienen medias que son de 2,4 para estrona, 2,4 para estradiol, 3,5 para estriol y 10,3 para los totales en fases de tratamiento y de 1,8 para estrona; 2,4 para estradiol; 2,6 para estriol y 6,8 de totales cuando no eran tratadas, en premenopausicas de mala evolución y valores ligeramente inferiores en el estriol y totales en las de buena evolución. Todos ellos son muy superiores a los que se comparan en las gráficas de enfermas sin tratamiento.

En las enfermas postmenopáusicas de mala evolución tratadas con andrógenos y antimetabolitos tienen los estrógenos urinarios mas bajos que las de buena evolución que sólo fueron tratadas con los andrógenos, debido a la acción frenadora de los antimetabolitos a nivel hipofisario, suprarrenal y ovárico que contribuiría a la antiestrogénica de los andrógenos sobre los receptores de mayor fijación como son la mama, útero, grasa y músculo como afirma Nimrod (50). Otra parte de los mismos se aromatizaría en el ovario y la suprarrenal, por lo que se encontrarían fróntis estrogénicos por autores como Botella (10) o Dargent y estrógenos urinarios ligeramente inferiores a las premenopáusicas, especialmente en las enfermas de buena evolución.

VI - CONCLUSIONES.

En este trabajo se han obtenido las siguientes conclusiones:

1) La ovariectomía profiláctica produce un descenso marcado de los estrógenos urinarios, en enfermas premenopáusicas, que han sido mastectomizadas por neoformación de mama. Está indicada la ovariectomía, cuando los valores de los estrógenos urinarios, realizados previamente a la intervención quirúrgica, sean superiores a 6 ug/ 24 horas, como estrógenos totales.

2) Las premenopáusicas, que evolucionan con metástasis a distancia por su neoformación de mama, después del tratamiento standard con mastectomía ampliada, ovariectomía y radioterapia, pero que no habían recibido tratamiento complementario de quimioterapia ni hormonal, tienen los valores de las determinaciones fraccionadas de los estrógenos urinarios, en las sucesivas revisiones anuales postoperatorias, superiores a los valores de los estrógenos urinarios de las enfermas tratadas igualmente que evolucionan asintomáticas (con revisiones realizadas entre cinco y diez años).

Se obtienen para aquellas enfermas unos valores de estradiol, estriol y estrógenos totales (gráf. nº 8; pág. 103 bis), que son comparativamente superiores a los valores medios de los estrógenos urinarios de las enfermas asintomáticas (Gráf. nº 15 y 16; pág. 108 bis).

3) Las premenopáusicas, que padecen metástasis a distancia por su neoformación de mama, después del tratamiento standard mencionado anteriormente y sin tratamiento complementario, presentan elevación marcada de los valores medios de los estrógenos urinarios cuando tienen metástasis hepáticas o generalizadas (gráf. nº 7 ; pág. 102 bis), tanto en las determinaciones de estrona, estradiol y estriol como en las de los estrógenos totales, en relación con las premenopáusicas tratadas igualmente que prosiguen asintomáticas.

4) Las premenopáusicas, que evolucionan con metástasis a distancia por su neoformación de mama, después del tratamiento standard mencionado y sin tratamiento complementario, registran igualdad de los valores medios de los estrógenos urinarios, cuando están asintomáticas o tienen me

tástasis óseas o pulmonares (gráf.nº 7 ; pág. 102 bis), si se comparan con las premenopáusicas tratadas idénticamente que están asintomáticas.

5) Las premenopáusicas, que padecen metástasis a distancia por su neoformación de mama despues del tratamiento protocolizado mencionado, y que reciben tratamiento complementario de quimioterapia y/o hormonal, no tienen diferencia de los valores de los estrógenos urinarios de sus revisiones postoperatorias, (gráf. nº 11; pág. 112 bis), en relación con los de enfermas premenopáusicas, que no presentan metástasis a distancia en su evolución entre cinco y diez años, y que han recibido igualmente tratamiento complementario de quimioterapia u hormonal (gráf. nº 13; pág. 112 bis), que ha modificado los estrógenos urinarios.

6) Las postmenopáusicas, que evolucionan con metástasis a distancia por su neoformación de mama, despues del tratamiento standard con mastectomía y radioterapia, pero que no habían recibido tratamiento complementario hormonal ni quimioterapéutico, muestran similitud de los valores de los estrógenos urinarios en sus revisiones postoperatorias, a los valores de estrógenos de las enfermas postmenopáusicas tratadas igualmente que evolucionan asintomáticas (con revisiones realizadas entre cinco y diez años), (gráf. 13; pág. 112 bis) y (gráf. nº 11; pág. 112 bis).

Estos dos grupos de enfermas tienen valores similares de estrógenos urinarios cuando reciben tratamiento complementario.

7) Los valores de los estrógenos urinarios de cada enferma se comportan marcadamente con (gráf. nº4; pág. 99 bis):

a) ascenso en 6 de 8 postmenopáusicas, sin tratamiento complementario, con mala evolución por sus metástasis a distancia.

b) descenso en 9 de 21 premenopáusicas, sin tratamiento complementario, con evolución asintomática entre cinco y diez años.

c) ascenso en 16 de 26 pre y postmenopáusicas, con tratamiento complementario despues del tratamiento protocolizado, con mala evolución por sus metástasis a distancia.

d) descenso en 6 de 6 enfermas premenopáusicas, con tratamiento complementario despues del tratamiento protocolizado, que evolucionan asintomáticas entre los cinco y diez años.

RESUMEN .-

1) La ovariectomía profiláctica produce un descenso marcado de los valores de los estrógenos urinarios en las enfermas premenopáusicas.

2) Las enfermas premenopáusicas con neoformación de mama tratadas mediante mastectomía, ovariectomía y radioterapia exclusivamente tienen los valores medios de los estrógenos urinarios de revisiones postoperatorias, cuando evolucionan con metástasis a distancia:

- a) superiores a las que evolucionan sin metástasis.
- b) muy superiores, cuando presentan metástasis hepáticas o múltiples.
- c) similares, cuando están asintomáticas.

3) Las enfermas premenopáusicas anteriores, que además reciben tratamiento complementario hormonal o quimioterapéutico, tienen los valores medios de los estrógenos urinarios, cuando evolucionan con metástasis a distancia:

- a) muy superiores a las enfermas que no reciben tratamiento complementario hormonal, ni de quimioterapia.
- b) similares a las que evolucionan sin metástasis.

4) Las enfermas postmenopáusicas con neoformación de mama tratadas - mediante mastectomía y radioterapia exclusivamente tienen los valores medios de estrógenos urinarios:

- a) similares entre las que evolucionan asintomáticas o con metástasis a distancia.

b) muy inferiores a las que reciben tratamiento complementario hormonal ó de quimioterapia.

5) Los valores de los estrógenos urinarios de cada enferma en particular:

a) descienden en las enfermas premenopáusicas con tratamiento complementario que están asintomáticas en revisiones postoperatorias entre cinco y diez años.

b) se comportan similarmente en los otros tres grupos de enfermas.

6) Las enfermas que tienen las neoformaciones mas evolucionadas son las que tienen ascenso de sus valores de los estrógenos urinarios.

7) La relación de los valores de los estrógenos urinarios y de los 17 - ceto e hidrocorticoides es casi siempre correlativa, sobre todo en los hidrocorticoides.

8) Las enfermas tratadas según el protocolo y que tienen las neoformaciones más evolucionadas, correspondientes a tumores catalogados como T₃ N₊, son las que tienen mayor tendencia al ascenso de los valores de estrógenos urinarios, en comparación con las enfermas de neoformaciones de estadios menos avanzados (T₁₋₂ N₋) (gráf. n° 18; pág. 119 bis).

9) La relación de los valores de estrógenos urinarios y de 17-ceto e hidrocorticoides es correlativa, excepto en tres casos de veintidos, sobre todo en la comparación de los hidrocorticoides (gráf. n° 19; pág. 121).

10) Tanto el ovario, en las postmenopáusicas no ovariectomizadas, como la suprarrenal, mama restante, tejido adiposo, hígado y metástasis del tumor de mama pueden metabolizar los andrógenos en estrógenos, por lo que se deben controlar los estrógenos durante tratamientos con andrógenos, para suspenderlos en los casos de elevación de estrógenos urinarios, sustituyéndolos por preparados androgénicos por antiestrógenos, en especial en las enfermas postmenopáusicas o premenopáusicas ovariectomizadas con receptores estrogénicos positivos para los estrógenos y progesterona.

VII - Bibliografía.

1. Adair, F. D.: The use of testosterone propionate in the treatment of advanced cancer of the breast. *Ann. Surg.* 123, 1.023, 1946.
2. Adams, J. B. y Wongs, M. S. F.: Paraendocrine behaviour of human breast carcinoma: in vitro transmutation of steroids to physiologically active hormones. *J. Endocr.* 41, 41, 1.968.
3. Adams, J. B. y Poulas, A.: Enzymic synthesis of steroidal sulfates: III. Isolation and properties of estrogen sulphokinase of bovine adrenal gland. *Bioch. Biophys. Acta*: 146, 493, 1967.
4. Adams, J. B. y Wongs, M. S.: A correlation between urinary steroid metabolites and pathways of steroidogenesis in human breast tumor tissue. *Lancet* II, 1163, 1968.
5. A. M. A.: Androgen and oestrogen in the treatment of disseminated metastatic cancer. *J. A. M. A.*: 172, 1271, 1960.
6. Bagget, B. L. y Engel, L.: Transformation of testosterone C¹⁴ to estradiol - 17B with surviving slices of human ovary. *Endocrinology* 64, 600, 1.956.
7. Barlow, J. J., Emerson, K. y Saxena, B. N.: Estradiol production after ovariectomy for cancer of the breast. *New Engl. Jour. of Med.* 280, 633, 1969.
8. Botella, J. *Ginecología femenina*; I, 97, 1.965.
9. Botella, J. *Endocrinología femenina*: III, 1.961.
10. Botella, J. Sobre la actividad estrogénica vaginal y otros efectos en el periodo postmenopáusico. *Arch. Fac. Med. M:* 32, 2, 69, 1977
11. Braunsberg, H., Irving, V. T. y James, V. H.: *J. Clin. Endocr.* 29, 707, 1969.
12. Brown, J. B.: The relationship between the urinary estrogen and the estrogen produced in the body. *J. Endocr.*: 16, 202, 1.957.
13. Brown, J. B. y Strong, J. A.: The effects of nutritional status and thyroid function on the metabolism of estradiol. *J. Endocr.*: 32, 107, 1.965.
14. Brown, J. B. *Biochem. J.*: 60, 185, 1.955.
15. Bulbrook; R. D., Greenwood, F. C., Hadfield, G. J., y Scowen, E. F.: Oophorectomy in breast cancer. *Brit. Med. J.*: 2, 7, 1958.

16. Dulbrook, R. D. y Greenwood, F.C.: Persistence of urinary oestrogen excretion after oophorectomy. Brit. Med. J:21, 662, 1957.
17. Dulbrook, R. D., Greenwood, F.C., Hadfield, G.J. y Scowen, E. F.: adrenalectomy in breast cancer. Brit. Med. J.: 12, jul, 1958.
18. Dulbrook, R. D., Hayward, J.L., Spicer, C. C., y Thomas, D. S.: Abnormal excretion of urinary steroids by women with early breast cancer. Lancet: II, 1233, 1.962.
19. Clavero, H: Sexo genético, 13. Madrid, 1962.
20. Cole, H : Disease of the breast, 762 , 1.973.
21. Cooper, R. G.: Combination chemotherapy in hormone resistant breast breast cancer. Proc. Amer. Assoc. Cancer Res: 10, 15, 1.969.
22. Gachiani, A.: The morphology of the adrenal glands in advanced breast cancer. Brit. Jour. Surg.: 55, 870, 1968.
23. Chang, G. B. y Dao, T. L.: Adrenal estrogens. I. Conversion of 4 - 3¹⁴ acetate to 11- oxigenated estrogens in woman.: J. Clin. Endocr. Metab: 21, 624, 1.961.
24. Dargent, . Bilan de la cirugie endocrinienne du cancer du sein: 761 Paris, 1.971.
25. Ellis, F.G., Darne, T. V., Desphande, N., Belzer, F.C, y Dulbrook, R. D: The uptake of tritium steroids by human breast cancer: Surg. Gyn. y Obst: 975, 1.969, (128).
26. Flechter, H. S., Dennis, D. y Ross , H. D.: Action of tio-tepa in experimental breast cancer: 18, 2, 1.407, 1.965.
27. Folca, P. J. , Glascock, R., F. e Irving, W.L.: Studies with tritium labelled hexoestrol in advanced breast cancer: Lancet : 2, 796, 1971.
28. Frassin, A. L., Murray, D. R., Farrow, J. M. y Balachandra, V. K.: Comparison of preclimotic and therapeutical castration in breast cancer: Surg. Gyn. y Obst: 122, 270, 1.969.
29. García-Blanco, J . Química fisiológica. II, 280, 1.962.
30. García-Blanco, J . Química fisiológica. II, 262, 1.962.
31. Gartner, R., Thoma, A. H., y Goulon, G. G.: Antitumor efficiency of prednisone and sodium lithium in advanced breast cancer: Cancer : 17, 321, 1.962.

32. Glascock, R. F. y Hoekstra, W. G. : Selective accumulation of tritium labelled hexestrol by the reproductive organs of immature goats and sheep. *Bio. Chem. J.* : 72, 673, 1959.
33. Heard, R. D., Jellink, P. H., O'Donnell, V. J. y Baggett, B. L.: *Endocrinology*: 57, 200, 1.955.
34. Heidelberg, C et al.: Furfurated pyrimidines. A new class of tumor inhibitory compounds. *Nature*: 179, 663, 1.957.
35. Hellman, L. I., Fishman, J., Zumoff, B. Casouto, J. y Gallagher, T. F. Studies of estradiol transformation in women with breast cancer. *J. Clin Endocr.*: 27, 1.087, 1.967.
36. Huggins, C. y Bergenstal, H.: Surgery of the adrenal: *J. A. M. A.*: 147, 101, 1.951.
37. Japanese Cop. Group.: 2-a,3-a, epipithe- 5a - androsten - 17 B -ol in the treatment of advanced breast cancer. *Cancer*: 31, 789, 1.973.
38. Kennedy, B. J., Mielke, B. V. y Fortuny, I. E.: Therapeutic castration versus prophylactic castration in breast cancer. *Surg. Gyn. y Obst* 118, 524, 1.964.
39. Kober, S.: Ein Kolorimetrische Bestimmung des Brunshormons. *Biochem. Zeitschr.* 239, 209, 1.931.
40. Knight, W. A. III, Livingston, R. B., Gregory, E. J. y colab: Estrogen receptor as an independent factor for early recurrence in breast cancer *Cancer Res*: 37, 4.669, 1977.
41. Luft, R y Olivecrona, H: Hipophisectomy in man. Experiences in metastatic cancer of the breast. *Cancer*: 8, 261, 1.955.
42. Lemon, H.H. Cortisone thyroid therapy in metastatic mamary cancer. *Ann. Int. Med.*: 46, 457, 1.957.
43. Lemon, H. H.: Prednisone therapy in advanced mamary cancer. *Cancer*: 12, 93, 1.959.
44. Lemon, H. H.: Endocrine influence of mamary cancer formation. *Cancer*:

- 23, 78, 1.969.
45. Wackmann, S., Ramirez, E y Ausfield, F.J.: Result of the 5- fluor-
uracil given by the multiple daily dose method in disseminated breast
cancer. Cancer Chemother. Rep.: 51, 483, 1967.
46. Mamonston, J. Urinary hormone metabolite levels in patient of can-
cer of breast, prostata and lung. Annals New York Acad. of Sciencs: 959,
1.965, 125.
47. Meyer, J. S., Rabb, D. R. y Stevan, S. G. y colab.: Low incidence of
estrogen receptor in breast cancer with rapid rate of celular replica-
tion. Cancer: 40, 2290, 1.977.
48. Matlodon, I. L., Bagel, L.L., y Kelly, T. K.: The effect of andro-
gen on the urinary excretion of theketosteroids, nonketonic alcohols
and estrogens. J. Clin. Endocr. y Metab.: 12, 1.172, 1.952.
49. Niessen-Meyer, .: Acta radiol., suppl. 249, 1.965.
50. Nimrod, A y Ryan, K. J.: Aromatization of androgen by human abdomi-
nal and breast fat tissue. J. Clin. Endocr. y Metab.: 40, 367, 1.975.
51. Osborne, C. K. y McWhire, W. L.: Uso actual de las valoraciones
de hormonas esteroides en sus receptores, para el tratamiento del
cancer de mama. Clin. Quir. de M. : 4, 777, 1.973.
52. Pearlman, M.H., Hertogh, R., Leumas, K.R. y Pearlman, R. J.: Meta-
bolic and tissue uptake of estrogen in women with advanced cancer of
the breast. J. Clin. Endocr.: 29, 707, 1.969.
53. Pearson, C. H. y colab.: Metabolism studies related to endocrine
antitrapative procedures. Cancer: 40, 799, 1.957.
54. Ramos, F, Ruiz, J., Valverde, I y Vivanco, P.: Valor diagnóstico de
la fosificación química de los estrógenos y del pregnadiol urinarios

- Rev. Clin. Esp.: 103, 440, 1. 968.
55. Ryan, K.J. y Smith, O. W. Biogenesis of the estrogen by the human ovary. I. Conversion of acetate I - C₁₄ to estrone and estradiol. J. Biol. Chem.: 236, 705, 1.961.
56. Ryan, K. J. y Engel, L. L.: J. Clin. Endocr.: 52, 287, 1.953.
57. Ryan, K.J. y Smith, O. W.: Biogenesis of the estrogen by the human ovary. II. Conversion of progesterone C-14 to estrone and estradiol. J. Biol. Chem. 236, 710, 1.961.
58. Sandberg, A. A. y Slaunwhite, W. R. Studies of fenolic steroids in human subjects. VII. Metabolic of estriol and its glucuronide. J. Clin Invest.: 44, 694, 1965.
59. Stern, E., Hopkins, C. E., Weiner, J. H. y Marmorston, J. Hormone excretion patterns in breast and prostata cancer are abnormal. Science 145, 716, 1964.
60. Stoa, K.F. y Thorsen, T. Urinary excretion of metabolites in patients with liver cirrosis following intravenous administration of 17- β -estradiol-C₁₄. Acta Endocr. Supl. 119, 1.967 (abstracto).
61. Ward, H. W. Antiestrogen therapeutic for breast cancer: tamoxifen. Brit. Med. J.: 1, 13, 1.973.
62. West, C. D., Damast, C. L., Sarro, S. D. y Pearson, O. H. Conversion of testosterone to estrogens in castrated and adrenalectomized human females. J. Biol. Chem: 218, 409, 1.956.
63. Zumoff, B., Fishman, J., Cassouto, J., Hellman, L., y Gallagher, T.H.: Oestradiol transformation in men with breast cancer. J. Clin. Endocr. y Metab.: 26, 960, 1.966.

