



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Relación que existe entre la clínica y la metástasis axilar  
en el cáncer de mama estadios I y II en el HNERM en el  
periodo 2004 - 2005**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

**AUTOR**

Miguel Edison NAVARRO ROJAS

**ASESOR**

Rolando SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Navarro, M. Relación que existe entre la clínica y la metástasis axilar en el cáncer de mama estadios I y II en el HNERM en el periodo 2004 - 2005 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

---

## **INDICE**

RESUMEN .....	1
INTRODUCCION.....	2
MATERIALES Y METODOS.....	3
RESULTADOS .....	4
DISCUSION.....	5
CONCLUSIONES.....	6
BIBLIOGRAFIA.....	7

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la clínica y la frecuencia de metástasis axilar en cáncer de mama estadio clínico I y II.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal, realizado en el Servicio de ginecología oncológica y mamaria del HNERM durante el periodo 2004-2005.

**Resultados:** La población estuvo conformado por 397 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama Estadio I y II en el periodo de 2004-2005 de las cuales 35 no cumplieron con los criterios de inclusión, siendo nuestra población total para el estudio de 362 (100%). En donde encontramos que las mujeres menores e iguales a 40 años son 38(10,5%). La frecuencia de metástasis axilar en el Estadio clínico I es 25(21,9%); en estadio clínico II es 121(48,8%); dentro del estadio clínico I: la frecuencia de metástasis axilar en ECI (a) es 22,2%; en EC I (b) es 24%; en ECI(c) es 26,6%. La frecuencia de metástasis axilar de acuerdo al tamaño del tumor mamario es: en T1 (24,8%); en T2 (47,8%); en T3 (53,8%). El tipo histológico mas frecuente es el carcinoma ductal infiltrante 276(79,8%). El examen clínico axilar es concordante en un 68% con la metástasis axilar; falso positivo 32,6%; falso negativo 31,5%. El grupo ganglionar axilar mas frecuentemente comprometido por metástasis es el grupo I (38,3%).

### **Conclusión:**

Existe relación clínico patológica, a mayor estadio clínico, a mayor tamaño del tumor, en adenopatías axilares palpables, a menor edad de la paciente, mayor es la metástasis axilar.

### **Clave del proyecto:**

Cáncer de mama, Metástasis axilar, Estadío clínico, Disección radical de axila, Ganglios axilares.

## **INTRODUCCION:**

El Cáncer de Mama es una enfermedad tumoral maligna de muy fácil diagnóstico y por consiguiente de un tratamiento precoz y adecuado, obteniéndose de esta manera excelentes resultados incluso cosméticos, con una sobrevida larga y libre de enfermedad. Sin embargo, en nuestro país y en nuestro medio más específicamente, la realidad es otra. Nuestras pacientes en más del 50% acuden a la primera consulta con enfermedad avanzada, es decir, inoperable inicialmente, lo cual hace que su tratamiento sea más complicado y caro, obteniéndose sobrevidas cortas y con enfermedad evolutiva, siendo ésta una situación muy dolorosa para la paciente, su familia, y las instituciones de salud. Todo esto es consecuencia fundamentalmente de una deficiente educación médica de nuestra población en general, lo cual es responsabilidad del gremio médico y de las instituciones de salud del país, es por esta razón, que es de gran valor el inculcar, los conocimientos básicos y fundamentales de esta enfermedad para que en su debida oportunidad sean aplicados y así transformar este sombrío panorama, que es una realidad palpable en la actualidad. Nuestra formulación del problema es cual es la relación que existe entre la clínica del cáncer de mama, como el tamaño del tumor mamario, adenopatía axilar palpable o no palpable, el estadio clínico, edad de la paciente, con la frecuencia de metástasis axilar en el cáncer de mama estadios clínicos I y II.

Nuestro objetivo es demostrar la relación que existe entre la clínica y la metástasis axilar en pacientes con cáncer de mama estadio clínico I y II.

## **HIPÓTESIS**

### Hipótesis

A mayor estadiaje clínico, a mayor tamaño del tumor, en adenopatías axilares palpables, a menor edad de la paciente, mayor es la frecuencia de metástasis axilar en cáncer de mama estadios clínicos I y II.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre la clínica y la frecuencia de metástasis axilar en cáncer de mama estadio clínico I y II

### Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de metástasis axilar en pacientes con c.a. de mama estadio clínico I y II
- Determinar la frecuencia de metástasis axilar en adenopatías axilares palpables
- Determinar la frecuencia de metástasis axilar en adenopatías axilares no palpables
- Determinar la frecuencia de metástasis de acuerdo al tamaño del tumor primario.
- Determinar cual es el tipo histológico de cáncer de mama mas frecuente
- Determinar cual es el grupo axilar más frecuentemente afectado con metástasis.
- Determinar la influencia de la edad en la metástasis axilar.

## **MATERIALES Y METODOS**

**Tipo de estudio:** descriptivo

**Diseño de investigación:** Diseño observacional retrospectivo de corte transversal

### **Recolección de datos:**

Recolección de datos en fichas y sistema de cómputo en el programa de SSPS para el análisis estadístico, de las historias clínicas, del libro de altas de hospitalización, del libro de anatomía patológica de hospitalización del servicio de oncología ginecológica y mamaria. Recolección de resultados anatomopatológicos del sistema de información del servicio de patología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud.

### **Muestra de estudio**

La población sujeta a estudio está conformada por todas las mujeres que acudieron al Servicio de Oncología Ginecológica y Mamaria del Hospital Rebagliati, nuestra muestra está determinada por todos los casos de cáncer de mama estadio clínico I y II, que fueron hospitalizadas desde enero del 2004 a diciembre del 2005 en quienes se le realizó disección radical de axila de los tres grupos axilares

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico Cáncer de mama estadio clínico I o II.
- Pacientes con tratamiento quirúrgico de disección radical de axila en el Servicio de Oncología Ginecológica y Mamaria
- Pacientes con estudio anatomopatológico del tumor primario y grupos axilares.



**Criterios de exclusión:**

- Câncer de mama estádio clínico III-IV.
- Diagnostico clínico no definido y que no tenga estudio anatomo patológico
- Câncer de mama in situ
- Que recibieron quimioterapia

**Operacionalización de variables**

Estadio Clínico:

En nuestro trabajo se utilizara el TNM clínico (cTNM), que sera realizado por el ginecólogo oncólogo .Se tomara en cuenta la **Clasificación TNM de la AJCC (versión 6.a 2003)** (8,11,12) La clasificación TNM empleada para determinar la extensión anatómica de las neoplasias basada en apreciaciones clínicas (cTNM) o patológicas, anatomopatológicas, (pTNM) ideada por Pierre Denoix, en el Instituto Gustav Roussy, hace más de 50 años, se utiliza en el cáncer mamario desde hace 25 años. Los continuos cambios en el diagnóstico y tratamiento hacen que se introduzcan reiteradas modificaciones en esa clasificación (11). Recientemente se ha propuesto por la American Joint Committee on Cancer (AJCC) su revisión para incorporarla en la sexta edición del Cancer Staging Manual recomendándose a los registros de tumores su utilización a partir de enero de 2003. La nueva versión cuenta con la ventaja de que se corresponde exactamente con la edición actual del sistema de gradación de la International Union Against Cancer (UICC) lo que facilita el intercambio de información entre centros oncológicos.

Tamaño del tumor primario:

El tamaño de tumor esta dado al inicio de la consulta al examen clínico

T1( menor ó igual a 2 cm)

T1a( igual o menor de 0,5cm)

T1b(mayor de 0,5cm ; igual o menor de 1cm)

T1c(mayor de 1cm ; igual o menor de 2cm)

T2(mayor de 2cm; igual o menor de 5cm)

T3(mayor de 5cm)

Adenopatías axilares:

Es la exploración clínica y su clasificación de acuerdo al TNM **Clasificación TNM de la AJCC (versión 6.a 2003)** (8,11,12). El estado de los ganglios axilares fue documentado al inicio de la consulta. Palpable y móvil (N1); No palpable(N0).

Grupo ganglionar axilar comprometido:

Independientemente de la cirugía realizada se diseco el primer nivel ,el segundo nivel, y el tercer nivel ganglionar. Es el resultado anatomo patológico de metástasis del grupo axilar. Es parte de los ganglios linfáticos regionales, el grupo axilar (homolaterales): ganglios ínter pectorales(Rotter)y ganglios de la vena axilar y sus tributarias, que pueden dividirse en los siguientes niveles:

Grupo I.- ( nivel I ) axilares inferiores, ganglios por fuera del borde externo del músculo pectoral menor.

Grupo II.- ( nivel II ) axilares medios, ganglios localizados entre los bordes interno y externo del músculo pectoral menor y ganglios ínter pectorales(Rotter).

Grupo III.- ( nivel III ) axilares superiores, ganglios por dentro del borde interno del músculo pectoral menor, incluidos los ganglios denominados subclaviculares, infraclaviculares o apicales.

Metástasis axilar:

Es el resultado anatomo patológico de los ganglios axilares

Positivo (con metástasis, independientemente del numero de ganglios tomados y del nivel axilar comprometido)

Negativo (sin metástasis, independientemente del numero de ganglios tomados y del grupo axilar disecado)

Tipo histológico:

Diagnóstico definitivo del tumor

Carcinoma no infiltrante

Carcinoma intraductal

Carcinoma lobulillar

Carcinoma infiltrante

Carcinoma ductal

Carcinoma lobulillar

Carcinoma medular

Carcinoma mucinoso

Carcinoma tubular

Carcinoma adenoide quistito

Carcinoma papilar

Edad:

Menores o iguales a 40 años

Mayores de 40 años

Tabla de escalas de medición

Variable	Tipo	Escala de medición
Edad de la paciente	cuantitativa	De razón
Tamaño tumor primario	Cualitativa	Ordinal
Adenopatías axilares	Cualitativa	Nominal
Estadíaje clínico	Cualitativa	Ordinal
Tipo histológico	Cualitativa	Nominal
Grupo ganglionar axilar comprometido	Cualitativa	Ordinal
Metástasis axilar	Cualitativa	Nominal

**Pruebas de análisis estadístico:**

El procesamiento de los datos se realizaron con el paquete estadístico programa SSPS, el análisis de los datos se realizó con el test Pearson Chi Square Tabla 2x2, con un nivel de significancia  $p < 0,05$ . Se presentaran en tablas y cuadros.

## RESULTADOS:

La población Universo estuvo conformado por 397 mujeres, diagnosticadas de cáncer de mama Estadio I y II hospitalizadas en el servicio de oncología ginecológica y mamaria del HNERM durante el periodo 2004-2005. Según consta en el cuaderno de altas de hospitalización. De las cuales 35 no cumplieron con los criterios de inclusión, siendo nuestra población total para el estudio de 362 (100%). La edad media 56 años, con una desviación estándar de 12,7. Un rango de 64, la edad mínima 22 años, la edad máxima de 86 años. En todos los casos se diseco los tres grupos ganglionares, el promedio de ganglios disecados es de 22 ganglios, la moda es de 20 ganglios. En todos los casos incluidos se obtuvieron informe anatomopatológico del tumor mamario y de los ganglios axilares disecados.

En la tabla 1, se describe la distribución de los casos según el grupo de edad. Las mayores de 40 años es el 85,5%(324); las menores de 40 años el 10,5%(38).

**TABLA : 1 FRECUENCIA SEGUN EL GRUPO DE EDAD**

	Frequency	Percent
Valid >40 años	324	85,5%
< igual 40 años	38	10,5%
Total	362	100%

FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

En la tabla2. Encontramos la distribución de las pacientes según el estadio clínico, el estadio clínico I (31,49%), el estadio clínico II (68,51%)

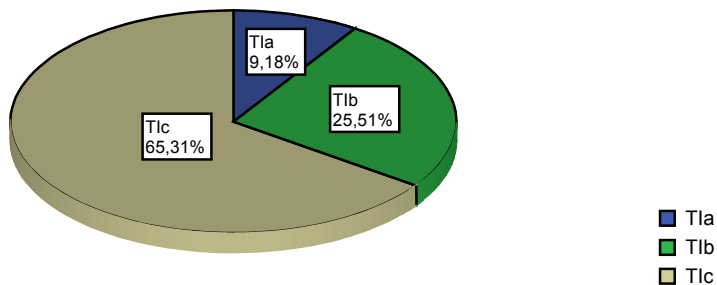
**TABLA :2 DISTRIBUCION SEGUN EL ESTADIO CLINICO**

	Frecuencia	Porcentaje
Valid EC I	114	31.5
EC II	248	68.5
Total	362	100.0

FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

En el grafico 1, encontramos la distribución del estadio clínico I. donde el T1a es el 9,18%. El T1b es el 25,51%. y el T1c es el 65,31%.

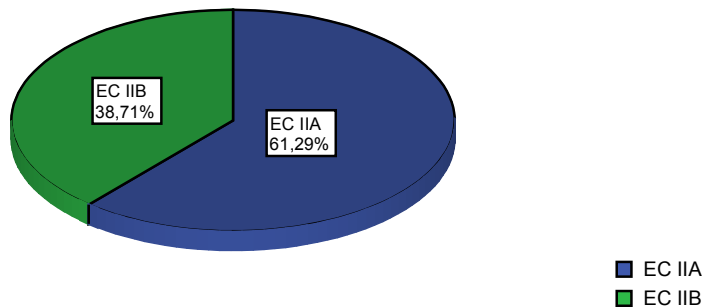
**Grafico: 1 DISTRIBUCION DEL ESTADIO CLINICO I**



FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

En el grafico 2, Encontramos la distribución del estadio clínico II .Donde el ECII A es el 61,29%. Y el EC II B es el 38,71%.

**Grafico: 2 DISTRIBUCION DEL ESTADIO CLINICO II**



FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

En la tabla 3, encontramos la metástasis axilar según el estadio clínico, la metástasis axilar del estadio clínico I es 21,9%; la metástasis axilar del estadio clínico II es 48,8%.

$p < 0,05$

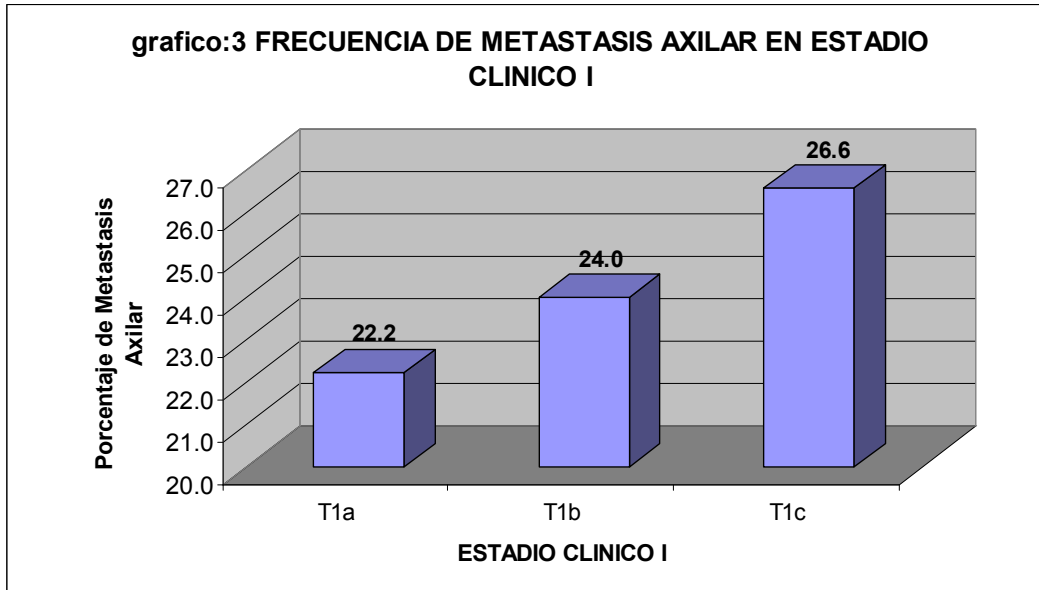
**TABLA: 3 FRECUENCIA DE METASTASIS AXILAR SEGUN ESTADIO CLINICO**

		metastasis		Total
		si	no	
EC	EC I	25 21.9%	89 78.1%	114 100.0%
	EC II	121 48.8%	127 51.2%	248 100.0%

FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM



En el grafico 3, encontramos la frecuencia de metástasis axilar del estadio clínico I. En el estadio clínico T1a, la metástasis axilar es del 22,2%; en el estadio clínico T1c, la metástasis axilar es del 26,6%. $p>0,05$



FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

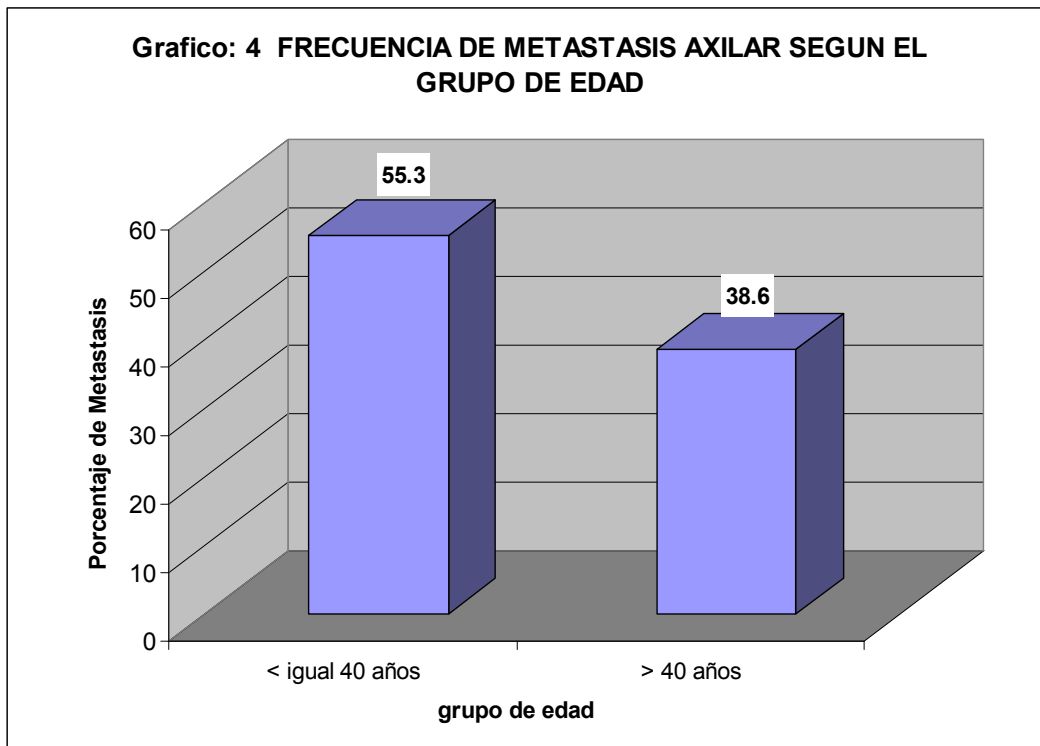
En la tabla 4, encontramos la frecuencia de metástasis del estadio clínico II. La metástasis axilar del estadio clínico IIA, es 38,8%; la metástasis axilar del estadio clínico IIB, es 64,6%. $p<0,05$

**TABLA: 4 METASTASIS AXILAR EN EL ESTADIO CLINICO II**

			Metastasis		Total
			si	no	
ECII	EC IIA	casos	59	93	152
		%	38.8%	61.2%	100.0%
	EC IIB	casos	62	34	96
		%	64.6%	35.4%	100.0%
Total		casos	121	127	248
		%	48.8%	51.2%	100.0%

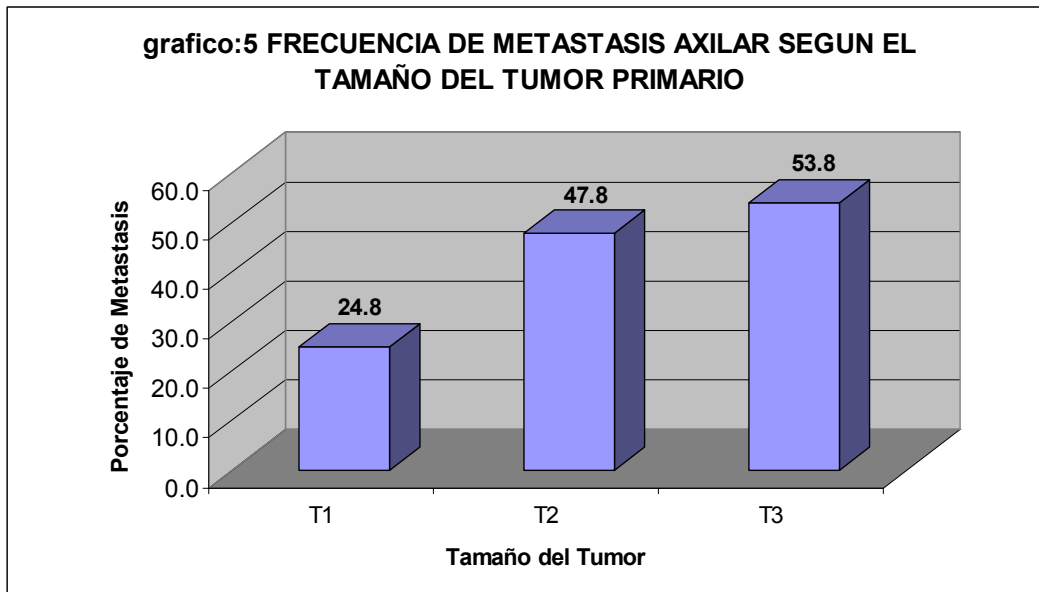
FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

En el grafico4, encontramos la frecuencia de metástasis según el grupo de edad, menores e iguales de 40 años, y los mayores de 40 años, en donde se describe, en el grupo de menores o igual de 40 años la frecuencia de metástasis es el 55,3%; y en el grupo de mayores de 40 años la metástasis axilar es 38,6%. $p < 0,05$



FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

En el grafico 5, encontramos la metástasis axilar según el tamaño del tumor primario. La metástasis axilar en T1 es 30(24.8%); la metástasis axilar en T2 es 109(47,8%); la metástasis axilar en T3 es 7(53,8%).  $p < 0,05$



FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

En la tabla 5, se describe la metástasis según el examen clínico axilar donde en adenopatías no palpable la frecuencia de metástasis es 31,5%., mientras que en adenopatías palpables la frecuencia de metástasis es 67,4%.  $p < 0,05$

**Tabla: 5 FRECUENCIA DE METASTASIS SEGUN EXAMEN CLINICO AXILAR**

			Metastasis		Total
			si	no	
N	No	casos	86	187	273
		%	31.5%	68.5%	100.0%
N1		casos	60	29	89
		%	67.4%	32.6%	100.0%
Total		casos	146	216	362
		%	40.3%	59.7%	100.0%

FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

En la tabla 6. Se describe la frecuencia según el tipo histológico del cáncer de mama. Donde el tipo histológico mas frecuente es el Carcinoma ductal infiltrante 276(79,8%); le sigue el carcinoma lobular invasivo 25 (7,2%).

**TABLA:6 FRECUENCIA SEGUN EL TIPO HISTOLOGICO DEL CANCER DE MAMA**

		Frecuencia	Porcentaje
Valid	carcinoma ductal infiltrante	276	79.8
	lobular invasivo	25	7.2
	carcinoma papilar	14	4.0
	lobular invasivo+ductal infiltrante	11	3.2
	carcinoma medular	8	2.3
	carcinoma mucoide	6	1.7
	raros	6	1.7
	Total	346	100.0

FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

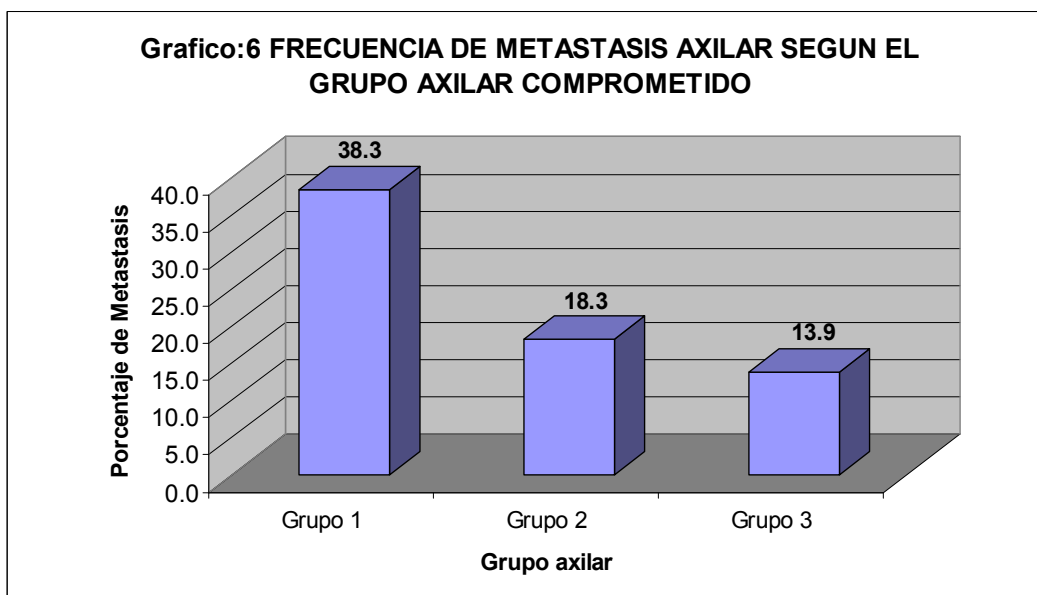
En la tabla 7. Se describe la frecuencia de metástasis axilar de acuerdo al tipo histológico del cáncer de mama, en donde se observa que los subtipos histológicos no favorables como el carcinoma ductal infiltrante tiene metástasis axilar en un 42,8%; y el carcinoma lobular invasivo tiene metástasis axilar en un 40%; y los de histología favorable como el carcinoma medular tiene metástasis axilar en un 50%, el carcinoma mucoide tiene metástasis axilar en un 33,3%.

**Tabla 7: METASTASIS AXILAR SEGUN EL TIPO HISTOLOGICO DEL CA DE MAMA**

			metastasis		Total
			si	no	
tipohist	carcinoma ductal infiltrante	casos	118	158	276
		% tipo histologico	42.8%	57.2%	100.0%
	lobular invasivo	casos	10	15	25
		% tipo histologico	40.0%	60.0%	100.0%
	raros	casos	1	5	6
		% tipo histologico	16.7%	83.3%	100.0%
	carcinoma medular	casos	4	4	8
		% tipo histologico	50.0%	50.0%	100.0%
	carcinoma mucoide	casos	2	4	6
		% tipo histologico	33.3%	66.7%	100.0%
	carcinoma papilar	casos	4	10	14
		% tipo histologico	28.6%	71.4%	100.0%
	lobular invasivo+ductal infiltrante	casos	3	8	11
		% tipo histologico	27.3%	72.7%	100.0%
Total		casos	142	204	346
		% tipo histologico	41.0%	59.0%	100.0%

FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

En el grafico 6, se describe la frecuencia de metástasis según el grupo ganglionar axilar, donde se describe que el grupo axilar mas afectado fue el grupo axilar I con 38,3%.



FUENTES: HISTORIAS CLINICAS DEL HERM

## **DISCUSIÓN**

Las características generales de esta serie son similares a las de otras de la literatura internacional como la edad media, el rango. Cuando se compara con un estudio del Dr. Patricio Huidobro M, Servicio de Cirugía, Hospital La Serena, en Chile (7).

La distribución de los estadios clínicos es similar que en otras poblaciones aseguradas en donde los estadios más precoces es más frecuente (7). Lo que diferencia al INEN en donde los estadios tempranos son menos frecuentes (15). En nuestro estudio se diseccionó en todos los casos los tres grupos axilares fue similar que en otros trabajos publicados, Está claramente establecido que en una disección axilar por cáncer de mama, se deben extirpar a lo menos 10 ganglios para que la información que nos va a entregar el patólogo tenga valor Pronóstico y se puedan tomar decisiones terapéuticas adecuadas.(34) , el promedio de ganglios disecados es 22 lo que le da validez al trabajo y comparar con otras series, inclusive nuestro promedio de ganglios disecados es mayor que el estudio de Patricio y colaboradores donde ellos tuvieron como promedio 11,5 (7).

El compromiso metastático ganglionar axilar tiene relación directa con el estadio clínico fue progresivamente mayor del estadio clínico I al estadio clínico II , de manera significativa, lo mismo que sus diferentes subtipos del estadio clínico I Y II (3),(7),(30),(31).

En cuanto al tamaño del tumor, tiene una relación directa con la metástasis axilar, esto quiere decir a mayor tamaño del tumor, mayor es la metástasis axilar ( $p < 0,005$ ), cuando se compara T1-T2 y T3.

Pero cuando se compara en T1 en sus diferentes subtipos como T1a, T1b, T1c; en nuestro trabajo no es significativo el aumento de metástasis axilar  $p > 0,05$ , lo que difiere con el estudio de Douglas C. Maibenco en donde ellos demuestran que es significativo el aumento de la metástasis axilar de T1a y T1b (9.6% vs. 14.3%;  $P < 0.001$ ). (33).

En cuanto al examen clínico axilar, en nuestro trabajo los falsos positivos es 32,6%, esto quiere decir que al examen clínico se palpa adenopatía axilar pero el informe anatómico patológico es negativo. En un estudio Americano por Michelle C Specht, los falsos positivos fue de 41%(43/106), y en un estudio chileno por P. HUIDOBRO M, en el 20% de los ganglios clínicamente palpables no habían metástasis a la histología. (1),(7).

Se puede observar en las adenopatías palpables como se demuestran en la tabla 5, el hecho de encontrar un ganglio axilar palpable aumenta la posibilidad de encontrar metástasis axilar de manera significativa  $p < 0,05$ .

En cuanto a los tipos histológicos, en nuestro trabajo se encontró más frecuente el carcinoma ductal infiltrante en un 79,8%, similar al descrito por otros autores. (4),(7),(32).

Existe lo que se denomina tipo histológico no favorable como es el carcinoma ductal infiltrante y el carcinoma lobular infiltrante, en nuestro trabajo se encontró en 301 pacientes (87%); distribuidos como carcinoma ductal infiltrante en 276 pacientes (79,8%), carcinoma lobulillar infiltrante en 25 pacientes (7,2%); similar al descrito por Umberto Veronesi, en donde ellos encuentran: 74,6% para carcinoma ductal invasivo, y 10,6% para carcinoma lobular invasivo (32)(4).

En cuanto a la metástasis axilar de acuerdo a los diferentes tipos histológicos, nuestro trabajo es similar al descrito en un estudio americano por Jack A. Barney, en donde encuentran metástasis axilar del 35% en el carcinoma ductal infiltrante, y 40% de metástasis axilar en el carcinoma lobular infiltrante.(4). En cuanto a los otros tipos histológicos como el carcinoma papilar, mucosoide, medular, la frecuencia de metástasis axilar descrita por Jack A. Barney fue 7%, 6%, 21% respectivamente, es diferente al encontrado en nuestro trabajo.

En cuanto a la edad encontramos que en el grupo menores e iguales a 40 años es más frecuente la metástasis axilar, esto se relaciona con otros estudios en donde refieren que a menor edad peor es el pronóstico, como sabemos el principal factor pronóstico del cáncer de mama es la metástasis axilar.(3).

En cuanto a los grupos ganglionares el grupo ganglionar axilar más comprometido es el grupo I, esto se relaciona con el recorrido linfático de la glándula mamaria, que primero se compromete el grupo I, luego el II, finalmente el grupo III.



## **CONCLUSIONES**

- 1.-Si existe correlación clínica con los hallazgos anatomopatológicos de la disección axilar.
- 2.- El estadio clínico esta directamente relacionado con la metástasis axilar, esto quiere decir, a mayor estadio clínico mayor es la metástasis axilar.  $p < 0,05$ .
- 3.-A mayor tamaño del tumor mamario mayor es la posibilidad de encontrar metástasis axilar de manera significativa  $p < 0,05$ .
- 4.- En las poblaciones menores o iguales a 40 años, mayor es la frecuencia de metástasis axilar, que en la población mayor de 40 años.
- 5.-La metástasis axilar en adenopatías palpables es 67,4%; la metástasis axilar en adenopatías no palpables es 31,5%. ( $p < 0,05$ ). El examen clínico axilar es concordante en un 68% con la metástasis axilar; falso positivo 32,6%; falso negativo 31,5%.
- 6.-El tipo histológico mas frecuente es la carcinoma ductal infiltrante 276(79,8%).
- 7.-El grupo ganglionar axilar mas frecuentemente comprometido es el grupo I en un (38.3%).

## **RECOMENDACIONES**

Como sabemos el examen clínico es importante para la toma de decisiones, y nos da una aproximación sobre la posibilidad de encontrarnos ante la sospecha de metástasis axilar, entonces es necesario clasificar al paciente frente a que estadio clínico nos encontramos. Como nos podemos dar cuenta en nuestro trabajo no toda adenopatía palpable es sinónimo de metástasis axilar existen falsos positivos, entonces es necesario realizar el estudio de ganglio centinela de esta manera evitar una disección ganglionar radical innecesaria. El diagnóstico de cáncer de mama en menores de 40 años es más frecuente la metástasis axilar, por lo tanto se debe hacer campañas para un diagnóstico más precoz.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1.-Michelle C Specht. Is the Clinically Positive Axilla in Breast Cancer Really a Contraindication to Sentinel Lymph Node Biopsy?.J Am Coll Surg 2005;200:10-14  
2005 by The American College of Súrgenos.

2.-Mustafa et al. Prognostic Analysis of Survival in Small Breast Cancers. J Am Coll Surg 1998;186:562–569

3.-Rivadeneira et al. Predictive Factors Associated with Axillary Lymph Node Metastases in T1a and T1b Breast Carcinomas: Analysis in More Than 900 Patients. J Am Coll Surg 2000;191:1-8 2000

4.-Jack A. Barney Residents Award. Frequency of sentinel lymph node metastases in patients with favorable breast cancer histologic subtypes. The American Journal of Surgery 184 (2002) 492–498.

5.- U. Veronesi, V. Galimberti. Sentinel Lymph node biopsy as indicador for axillary dissection in early breast cancer. European Journal of Cancer, 37(2001)454-458.

6.-G.J.R. Porter, A.J. Evans. Patterns of metastatic breast carcinoma: Influence of tumour histological grade. Clinical Radiology (2004) 59, 1094–1098.

7.-Dr. PATRICIO HUIDOBRO M. Axila y cáncer de mama. Aporte de la disección axilar al pronóstico. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - Nº 5, Octubre 2002; págs. 491-497.

8.- A. García Palomo, Á. Cáncer de mama. Medicine 2005; 9(26): 1681-1691

- 9.- - Henderson IC. Risk factors for breast cancer development. Cancer 1993; 71(6 Suppl):2127-40.
- 10.- Thomas HV, Reeves GK, Key TJ. . Endogenous estrogen and Postmenopausal breast cancer: a quantitative review. Cáncer Causes Control 1997;8(6):922-8.
- 11.- J. Fernando González-Palacios Martínez. Una nueva modificación en la clasificación TNM del cáncer mamario. Revista española de patología Vol. 37, n.º 3, 2004
- 12.- Wendy A. Woodward, Eric A. Strom, Susan L. Tucker. Changes in the 2003 American Joint Committee on Cancer Staging for Breast Cancer Dramatically Affect Stage-Specific Survival. Journal of Clinical Oncology, Vol 21, Issu17(September),2003:3244-3248  
© 2003 [American Society for Clinical Oncology](#)
13. - J.M. GUBERN, M. FRAILE, Biopsia del ganglio centinela en el cáncer de mama, Rev Esp Med Nucl, 2004;23(3):147-52
- 14.- REGISTRO DEL CANCER DE LIMA METROPOLITANA 1990-1993 EN CANCER “MAES SELLER”,1998.
- 15.-Prochascha Z. R. Sobrevida y Recurrencia del cáncer de mama según estudio clínico y compromiso axilar, tesis de bachiller 1998.Lima Perú.
- 16.- S.Pecor elli, Cancer in women, International Journal of Gynecology and Obstetrics 82 (2003) 369–379
- 17.- Álvaro Ruibal, José I. Arias. Carcinoma ductal infiltrante de mama. Diferencias clínico biológicas entre mujeres

mayores de 70 años y aquéllas de entre 60 y 70 año. Med Clin (Barc) 2002;119(20):761-4

18.- F. Bray\*, R. Sankila, Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995, European Journal of Cancer 38 (2002) 99–166

19.- I. Níguez J.R. Rodríguez-García. Supervivencia del cáncer de mama invasivo en estadio I ,según el método diagnóstico. Prog Obstet Ginecol 2004;47(9):407-13 24

20.- María Antonia Vaquero-Pérez, Supervivencia del cáncer de mama Diagnosticado como lesión mamaria no palpable. Cir Esp 2002;72(1):10-3 22

21.-Gladys Patricia Rafael.(2003). Características Epidemiológicas, Clínicas y Factores Pronósticos en cáncer de mama en mujeres premenopáusicas-Tesis para optar el titulo de especialista en Ginecología y Obstetricia. Lima:UNMSM

22.- Santos Acuña Chumpitaz(2004). Carcinoma in situ de la mama: correlación radiológica anatomopatológica de lesiones localizadas con guía estereotaxica- -Tesis para optar el titulo de especialista en Ginecología y Obstetricia. Lima: UNMSM.

23.- Kelly A. Metcalfe. The risk of ovarian cancer after breast cancer in BRCA1 and BRCA2 carriers. Gynecologic Oncology 96 (2005) 222–226

24.- Gabriela Guevara C. Aspectos epidemiológicos del Cáncer de **Mama** en el Hospital Regional de Ica. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 16 (2) 2003

25.- Norma Roxana Contreras Zaravia. Demora en el diagnostico de cáncer de mama: factores de la paciente, hospital salud cusco 1986-1999. SITUA: Setiembre 1999 - Febrero 2000, Año 8 N° 15

26.- Alcantara Suárez(2000). Relación que existe entre factores reproductivos y familiares en la presencia de cáncer de **mama**, en mujeres mayores de veinte años.

Hospital Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud. Agosto - Noviembre de 1998.-tesis para optar el titulo de enfermera licenciada. Lima:UPCH.

27.- Carlos Vallejos Sologuren. tamoxifeno: un modelo de droga en c.a. de mama. Diagnostico vol42-numero 4-julio-agosto 2003.

28.- Solidoro A, Cáncer en el Perú del 2000: hechos, cifras, realidades. Diagnostico vol. 40 n|6 2001:306-317.

29.- cáceres e y león l; diagnostico Clínico del cáncer de mama. Diagnostico Vol. 37 N°4 julio, agosto 98, 200-206.

30.- Silverstein MJ, Gierson ED, Waisman JR, et al. Axillary lymph node dissection for T1a breast carcinoma: is it indicated? Cancer 1994;73:664–667.

31.- Mustafa IA, Cole B, Wanebo HJ, et al. The impact of histopathology on nodal metastases in minimal breast cancer. Arch Surg 1997;132:384–391.

32.- Umberto Veronesi a,\* , Viviana Galimberti b, Luigi Mariani Sentinel node biopsy in breast cancer: early results in 953 patients with negative sentinel node biopsy and no axillary dissection European Journal of Cancer 41 (2005) 231–237

33.- Douglas C. Maibenco, M.D., Ph.D. <sup>1</sup> \* , Linda K. Weiss, Ph.D. Axillary lymph node metastases associated with small invasive breast carcinomas CANCER volumen 85, Issue 7, Pages 1530.1536.

34.-Jornadas de Consenso en Cáncer de Mama. Sociedad Chilena de Mastología. Frutillar, Chile, 1999; 96-7.

## **ANEXOS**

### **Definición de términos**

**EC:** Estadio Clínico

**UICCI:** International Union Against Cancer

**AJCC:** American Joint Committee on Cancer

**Ficha de recolección de datos**

Nombre:

Fecha:

Numero seguro social:

Edad (en años)

Menores o iguales a 40 años \_\_\_\_\_

Mayores de 40 años \_\_\_\_\_

Estadio clinico (EC):

EC I \_\_\_\_\_

EC II \_\_\_\_\_

Tipo de Estadio Clinico I:

EC Ia \_\_\_\_\_

EC Ib \_\_\_\_\_

EC Ic \_\_\_\_\_

Tipo de Estadio Clinico II:

EC IIA \_\_\_\_\_

EC IIB \_\_\_\_\_

Tamaño del tumor primario:

T1 \_\_\_\_\_

T2 \_\_\_\_\_

T3 \_\_\_\_\_



Tipò de T1(tamalo del tumor)

T1a\_\_\_\_\_

T1b\_\_\_\_\_

T1c \_\_\_\_\_

Examen Clinico Axilar:

N0(ganglios axilares no palpables) \_\_\_\_\_

N1(ganglios palpables y moviles) \_\_\_\_\_

Estado de ganglios axilares:

Positivo(metastasis) \_\_\_\_\_

Negativo (sin metastasis) \_\_\_\_\_

Grupo o nivel axilar con metastasis:

Grupo I \_\_\_\_\_

Grupo II \_\_\_\_\_

Grupo III \_\_\_\_\_

Tipo histologico:

Carcinoma ductal infiltrante \_\_\_\_\_

Carcinoma lobulillar infiltrante\_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

