



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
CMN SIGLO XXI

HOSPITAL DE ONCOLOGIA UMAE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD CIRUGIA ONCOLOGICA ADULTOS

METASTASIS AXILAR COMO MANIFESTACION INICIAL EN PRIMARIO OCULTO EN  
MAMA

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO ONCOLOGO  
PRESENTA:  
DR. JUAN HERRERA RAMIREZ

ASESOR:  
DR. MAURICIO GOMEZ DEL TORO



MEXICO DF. MARZO 2010.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



HOJA DE FIRMAS.

Alumno:  
Dr. Juan Herrera Ramírez

Firma

Asesores:  
Dr. Mauricio Gómez del Toro  
Medico adscrito al servicio de Tumores de Mama

Firma

Dr. Gelasio Zarco Espinosa  
Jefe de Servicio, Tumores de Mama

Director de educación e investigación en salud CMN SXXI HO.  
Dr. Gabriel González Ávila

Firma

*DEDICATORIA:*

ESTA TESIS ESTA DEDICADA A MIS HIJOS EMILIO ANDRES Y MUY EN ESPECIAL A MI HIJO RAYMUNDO, QUE AUNQUE ESTE ULTIMO YA NO ESTA CONMIGO, SON MI FUENTE DE INSPIRACION Y GRACIAS A ELLOS SOY PAPA MAS FELIZ DEL MUNDO.

## INDICE

Antecedentes.....	5
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	10
Material y métodos.....	11
Aspectos éticos.....	14
Resultados.....	16
Discusión.....	21
Conclusiones.....	24
Biografía.....	26
Anexos.....	28
Agradecimientos .....	29

## ANTECEDENTES:

Las adenopatías axilares aisladas secundarias a un proceso neoplásico metastático aparecen habitualmente en las mujeres, casi todas ellas tienen un cáncer de mama primario oculto que se puede identificar en el 40 al 70% de aquellas que se someten a mastectomía. (1)

De todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama del 0.3% al 1% se presentará con metástasis a los ganglios axilares como la primera indicación de una enfermedad maligna oculta. Hay persistente controversia sobre el tratamiento de la mama en estas pacientes (2).

A pesar de la gama creciente de herramientas diagnósticas sofisticadas disponibles para establecer el diagnóstico de una neoplasia humana, los oncólogos han luchado por entender a un subgrupo de pacientes con cáncer metastático como manifestación inicial en los que los estudios minuciosos no han podido identificar una localización anatómica primaria, la incidencia publicada de este grupo de pacientes en los cuales después de la búsqueda intencionada y orientada no se puede esclarecer su origen varía con la indicación y definición utilizada pero alcanza un promedio de 0.5% al 9% de todos los pacientes que son diagnosticados de cáncer. (3)

El carcinoma de origen desconocido es definido como el tumor sólido cuyo origen no es identificado a pesar de una historia clínica, exploración física, estudios de gabinete y laboratorio, así como la evaluación del espécimen de biopsia. (3)

El protocolo inicial de pacientes con adenopatía axilar como presentación metastásica de una enfermedad neoplásica representa un problema diagnóstico. Una biopsia de la lesión se debe realizar para confirmar el diagnóstico de adenocarcinoma y obtener tejido para realizar determinación de marcadores de receptores de estrógenos RE, y receptores de progesterona RP, si se expresan estos receptores es fuertemente sugestivo de metástasis de cáncer de mama. El diagnóstico diferencial de adenopatía axilar; incluye carcinoma, (de pulmón, páncreas, gastrointestinal, tiroides, ovario o carcinoma de células renales.) no carcinomatoso, (melanoma, linfoma o de células germinales), y causas no malignas, (cambios inflamatorios, infección o tuberculosis). (4)

Evaluación de la adenopatía axilar metastásica como primera manifestación de un proceso neoplásico.

Se comienza con una historia cuidadosa y exploración física minuciosa. Esto puede excluir una etiología benigna, que es más común (6-7) o de otra fuente primaria. (7-8) Una BAAF puede realizarse para diagnóstico inicial pero un resultado negativo no excluye una enfermedad maligna y por consiguiente, una biopsia escisional es necesaria. (9) La biopsia de los ganglios linfáticos debe realizarse para confirmar el diagnóstico histológico y para obtener tejido para realizar pruebas de RE y de RP, así como otros marcadores de inmunohistoquímica (IHC) que pueden contribuir a que el patólogo obtenga orientación en cuanto a la fuente de la metástasis. (10, 11) la expresión de RE y RP es muy sugestivo de

carcinoma de mama metastásico, aunque un resultado negativo de receptor de hormona no excluye de que sea tumor primario de mama. Si el resultado es coherente con un primario de mama, la mamografía esta indicada.

La mastografía detecta el carcinoma de mama en un 10% a 56% de los casos, (12) si la mastografía es normal, otros estudios deben ser realizados, estos incluyen ultrasonido, resonancia magnética (MRI), tomografía por emisión de positrones (PET), entre otros. (9)

El uso de ultrasonido tiene un papel limitado debido a las tasas altas de falsos positivos y falsos negativos, (9) la ecografía Doppler color puede detectar flujo sanguíneo y se ha demostrado su utilidad con tasas de éxito satisfactorias. (13)

Las imágenes de resonancia magnética tienen una alta sensibilidad para la detección del cáncer de mama, que va desde 88% a 100%.(14)

Los informes han documentado una identificación de 70% a 86% de los tumores primarios ocultos de mama.(15-16) La especificidad de la RM es mucho menor, de 35% hasta 95% dependiendo de la situación.(17) No todas las anomalías vistas en la RM son malignos, pero su uso en conjunción con ultrasonido o tomografía computarizada (TC) puede permitir una evaluación más dirigida y quizás localización de las lesiones sospechosas.(17)

En cuanto a la PET, Rosen y otros demostraron una sensibilidad del 86% y una especificidad del 33% para los tumores de mama primarios, concluyendo que pueden demostrar pequeños tumores primarios. (18) Zangheri y otros llegó a la conclusión de que el PET / CT es útil para reetapificar después del tratamiento primario, y para proporcionar una estimación precisa del volumen tumoral a ser irradiado. Sin embargo, su utilidad en el diagnóstico de tumores primarios se limita por los altos costos y a la limitada resolución, en especial a la capacidad de detectar lesiones de menos de 1 cm.(19)

## Tratamiento

El tratamiento para la metástasis axilar una vez identificado el origen se realizará de acuerdo al estándar de manejo internacional según el origen primario, para aquellas en las cuales después del protocolo de estudio continúe sin esclarecerse el primario se trataran siguiendo las mismas directrices que para el tratamiento del cáncer de mama, la terapia se orienta hacia el control de la enfermedad en la axila, en la mama, y a nivel sistémico. La revisión en la literatura sobre este tema es difícil de evaluar ya que los informes disponibles son retrospectivos y los tratamientos que se dan no son totalmente comparables.

La sobrevivida a 5 años después de la mastectomía va de 52% a 82%, y a 10 años varía de 42% a 71% .Estos resultados son en general similares a los resultados para los pacientes con cáncer de mama con cualquier etapas con ganglios axilares positivos. (12)

## Tratamiento local:

### Axila

El control local de la enfermedad en la axila involucra la disección de ganglios linfáticos axilares (DRA), ya sea como parte de la terapia de conservación de mama o en combinación con una mastectomía. Para los pacientes, además de control local, los beneficios de la DRA más la radiación axilar incluye una mejor evaluación del pronóstico mediante la cuantificación del número de ganglios positivos, y el tejidos para realizar receptores hormonales. El número



de ganglios linfáticos metastáticos sigue siendo el factor determinante más importante de supervivencia, independientemente de la modalidad de presentación del cáncer. (25-26)

Mama:

Existe controversia en relación con el tratamiento local de la mama con 2 diferentes opciones: mastectomía o tratamiento conservador.

El tratamiento conservador puede subdividirse quirúrgico (Cuadrantectomía externa) y no quirúrgico (o radiación u Observación).

El tratamiento conservador, se ha convertido en un estándar para el tratamiento de metástasis axilares.

Dado que las características de metástasis axilares de primario no conocido son comparables a los pacientes con etapa II a III de mama el tratamiento conservador es una opción terapéutica. Una Cuadrantectomía superoexterna fue descrita por primera vez por Feigenberg, pero estos investigadores no llegaron a un mejor resultados en comparación con la RDT y vigilancia. (26-27).

La observación de la mama fue inicialmente propuesta por Van Ooijen. (8) Sin embargo, se identificó desarrollo de cáncer de mama en pacientes que se observan después de la toma de biopsia de ganglios y / o disección axilar de un 14% a un 83%. (7, 8,28) Esto difiere de la incidencia de 12% a 33% en los pacientes que recibieron Radioterapia. (5, 7,29) Vlastos et al informó de un incremento de supervivencia del 50% frente al 83% entre los pacientes que fueron observados y los que recibieron radioterapia. (26) En contraparte, Merson et al informaron que no hubo diferencia significativa en la supervivencia en los pacientes tratados con radiación o cirugía de mama.(7)

Es decir, estos estudios han informado que los pacientes tratados con cirugía de mama, mastectomía y con conservación definitiva y radiación demostraron una serie de tendencias. En primer lugar, no hay ninguna diferencia en el resultado (por ejemplo, la supervivencia o el periodo libre de metástasis distantes) para los pacientes tratados con la conservación de la mama y los tratados con mastectomía. En segundo lugar, la adición de la radiación después de la cirugía de conservación de mama, lleva a una reducción sustancial de la tasa de fracasos locales. En tercer lugar, el más fuerte factor pronóstico para el resultado después del tratamiento es el número de ganglios linfáticos axilares positivos. Finalmente, el resultado después del tratamiento es similar a la de otros estudios de pacientes con ganglios positivos.

Finalmente debido a la variedad de tratamientos utilizados y el pequeño número de casos reportados, el abordaje óptimo y tratamiento siguen siendo inciertos.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

### GENERAL

¿Cuales son las características clínicas, los método de detección, las estirpes histológicas y el estado actual de las pacientes, con diagnostico de ca, confirmado por biopsias de metástasis a axila, como manifestación inicial en tumores ocultos en mama, entre los pacientes derecho habientes del IMSS, en el servicio de tumores de mama del Hospital de Oncología CMN, Siglo XXI.

#### JUSTIFICACION:

La presentación de pacientes con enfermedad neoplásica de inicio ganglionar axilar es inusual, y esos casos representan menos del 1% de los pacientes con cáncer de mama. Dada la variedad de tratamientos utilizados y el pequeño número de casos reportados, el abordaje óptimo y tratamiento siguen siendo inciertos.

## OBJETIVO GENERAL

1 Conocer las características clínicas, los métodos de detección, las estirpes histológicas, los tratamientos realizados y el estado actual de los pacientes, con diagnóstico de ca, confirmado por biopsias de metástasis a axila, como manifestación inicial en tumores ocultos en mama, entre los pacientes derecho habientes del IMSS, en el servicio de tumores de mama del Hospital de Oncología CMN, Siglo XXI.

## MATERIAL Y METODOS.

### a. DISEÑO

Serie de casos.

### b. UNIVERSO DE TRABAJO

Población derecho habiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que acudieron para su atención en el H. de oncología servicio de tumores de mama del CMN Siglo XXI, con diagnóstico de metástasis de axila como manifestación inicial de neoplasias ocultas en mama: periodo comprendido de enero del 2004 hasta noviembre de 2009.

### c. MÉTODO DE SELECCION DE LA MUESTRA.

Se empleó un muestreo de casos consecutivos que recibieron atención durante el periodo comprendido de enero 2004 hasta noviembre de 2009.

### d. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Determinado por el periodo del estudio.

### e. CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### - Inclusión:

1. Hombre o Mujer
2. Edad de 17 años a 99 años.
3. Con diagnostico histológico de metástasis de axila de proceso neoplasico como manifestación inicial.
4. Con tratamiento realizado en el hospital

#### - Exclusión:

Pacientes que durante el protocolo de estudio se identifique el primario en algún sitio diferente a la mama.

#### - Eliminación:

No hay.

. DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.

Nombre	Tipo	Definición	Categoría	Escala
Edad	Independiente	Edad registrada en expediente en primera consulta	Años	Binaria
Genero	Independiente	Diferencia física constitutiva entre hombre y mujer	0: Mujer 1: hombre	Binaria
Tamaño de Tumor inicial.	Independiente.	Tamaño en cm. Y mm. medido del tumor en la primera consulta.	cm. y mm.	Binaria
Tamaño del tumor en el espécimen de patología.	Independiente.	Tamaño en cm. Y mm. medido del tumor RHP.	cm. y mm.	Binaria
Localización del tumor.	Independiente.	Anatómico según el lado con relación a la línea media del cuerpo	0: Derecho 1: izquierdo	ordinal
Etapa Clínica	Independiente	Estado clínico según la AJCC para el cáncer de mama	TNM AJCC 2003	Ordinal
Ganglios metastásicos	Independiente.	Numero de ganglios con metástasis obtenidos de la disección axilar.	Numero de ganglios positivos a mets.	Binaria
Receptores Hormonales	Independiente	expresión de al menos 10% en receptores hormonales de progesterona y estrógenos en el espécimen.	Positivo o negativo.	Ordinal
Inmunohistoquímica	Independiente	Uso de estudio especial de IHQ. En el proceso del RHP	Positivo o negativo	Ordinal
Estudios de extensión	Dependiente	Auxiliares del diagnóstico diagnóstico	Mastografía, IRM, PET, USG, TAC	Ordinal
Tratamiento	Dependiente	Medio que se emplea para curar la enfermedad y / o su recurrencia.	Cirugía, RDT, QT, o combinaciones	Ordinal
Tipo de cirugía	Dependiente	Procedimiento quirúrgico utilizado para el tratamiento de la enfermedad	DRA, resección amplia, mastectomía, cuadrantectomía.	Ordinal

#### g. PROCEDIMIENTO:

En los registros internos del centro de cómputo de la unidad, de las cirugías realizadas, las libretas de programación quirúrgica del servicio de tumores mamarios (oncología mamaria) y las libretas del servicio de patología, se obtendrán los datos y se llenara el instrumento de recolección, se clasificaran los diagnósticos según histología y que tratamientos recibieron, así como el resultado de estos. Finalmente se realizara una cohorte para conocer su evolución actual en el seguimiento.

#### h. ANALISIS ESTADISTICO.

Los datos serán analizados a través de estadística descriptiva con el calculo del promedio y desviación estándar para las variables cualitativas y frecuencias en porcentajes para las cualitativas y datos demográficos.

## ASPECTOS ETICOS.

Por ser descriptivo observacional no requiere consentimiento informado.

Se ajusta a las normas éticas institucionales y a la ley general de salud en materia de experimentación en seres humanos, así como a la declaración de Helsinki, con modificación en congreso de Tokio, Japón en 1993.



## RECURSOS:

- a. Humanos:
  - Investigador principal
  - Asesor de tesis
  - Asesor de análisis estadístico
  - Asesor metodológico
- b. Financieros:
  - Por el propio Investigador.
- c. Físicos:
  - Computadora
  - Material de papelería en general.

## RESULTADOS

Se encontraron y revisaron un total de 29 expedientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se eliminaron dos pacientes una con ca epidermoide con posible primario broncogénico y otra paciente con un adenocarcinoma metastásico con primario en tubo digestivo alto.

Fueron 26 mujeres (96.2 %) un hombre (3.7%), la media de la edad fue de 54.4 años con un rango de 31-87 años.

Tabla 1. Edad y sexo , Características clínicas del tumor.

<i>Característica.</i>	<i>N= 27 (100%)</i>	<i>Rango años</i>
<b>Genero M/F</b>	1/26 (3.7%/96.2%)	
<b>Edad</b>	Media 54.4 años	31 - 87
<b>TNM</b>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
TxN1M0	20	74.07
TxN2M0	4	14.81
TxN3Mo	3	11.11
Total.	27	100
<i>Característica.</i>	<i>Media cm.</i>	<i>Desviación estándar</i>
Tamaño del tumor.	3.72	2.6 Rango 1-10cm

Con respecto al cuadro clínico, todas las pacientes (100%) presentaron lesión unilateral, siendo de predominio izquierdo (55.2%).

El tamaño de la lesión mas frecuente fue de 2 cm que equivale al 27.6%. Con un rango de 1 a 10 cm.

La etapificación clínica al momento del diagnostico se observa en la tabla 2, en donde lo mas frecuentemente encontrado es un N1 con un 74.07%.

En cuanto al gabinete utilizado (tabla 2) para llegar al diagnóstico fue variado y no a todas las pacientes se les estudio de la misma manera. La IRM solo se efectuó en 2 pacientes obteniendo hallazgo de sospecha en una. La Tomografía (tórax y/o abdomen) se realizó en 6 pacientes sin observarse alguna lesión sospechosa, el usg de mama se efectuó en 12 y solo en dos pacientes se identificaron lesiones etiquetadas como BIRADS 3 misma que después de biopsiadas solo una demostró proceso neoplásico, la serie osea metastásica se realizó en 9 pac. Y en uno de ellos se identificó mets oseas, en cuanto a la PET CT se realizó en 3 pacientes y en dos de ellos se identificó lesión sospechosa en CSE.

Tabla 2 estudios de gabinete empleados y características mastográficas.

<i>Estudio</i>	<i>Realizados</i>	<i>Positivos</i>	<i>Porcentaje</i>
mastografía	27	1	100
TT	27	0	100
IRM	2	1	7.4
TAC	6	0	22.2
USG	12	2	44.4
SOM	9	1	33.3
PETCT	3	2	11.1
Total	27	100,0	100,0
<b>Calificación BIRADS</b>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	
0	1	3.7	
1	3	11.1	
2	22	81.4	
3	0	0	
4	1	3.7	

El 100% de las pacientes tienen una teleradiografía de tórax reportada como negativa a actividad tumoral y también todas las pacientes tenían al menos una mastografía, los reportes fueron; BI-RADS 2, el 81.4% BI-RADS 3, ninguna y BI-RADS 4 el 3.7%, esta última fue una lesión no palpable que al realizarle una biopsia guiada por arpón resultó ser un ca intraductal infiltrante. (Tabla 4)

El reporte histopatológico mostró adenocarcinoma metastásico en 8 pacientes (29.6 %) carcinoma ductal infiltrante en 8 pacientes (29.6%), carcinoma poco diferenciado en 6 pacientes (22.2%), mixto (ductal y lobulillar) en 2 pacientes 2 7.4% y un ca mucinoso en un paciente 3.4%. (Tabla 4)

Tabla 3. Características patológicas y Receptores hormonales.

HISTOLOGIA	Frecuencia	RP+ RE+	RP- RE-	RP- RE+	RP+ RE-	No se realizó.	TOTAL
Adenoca metastásico	8 (29.6%)	7	1	0	0	0	8
Ca ductal infiltrante	8 (29.6%)	0	0	1	2	5	8
Ca Lobulillar infiltrante	2 (7.4%)	0	0	0	0	2	2
Ca Poco diferenciado	6 (22.2%)	2	4	0	0	0	6
Mixto (Ductal y Lobulillar)	2 (7.4%)	0	0	0	0	2	2
Ca Mucinoso	1 (3.4%)	1	0	0	0	0	1
Total.	27 (100%)	10 (37.0%)	5 (18.5%)	1 (3.7%)	2 (7.4%)	9(33.3%)	27(100%)

En relación a las pacientes con ca poco diferenciado se realizo estudio de IHQ en dos pacientes sin embargo no se consigna en notas subsecuentes ni en el expediente el resultado adicional del RHP.

Los receptores hormonales determinados, en donde ambos son positivos, es lo mas frecuentemente encontrado con 10 pacientes (37.03%), en relación a los receptores de RE y RP negativos se identificaron en 5 (18.51%) pacientes de los cuales 4 correspondieron a carcinoma poco diferenciado (14.81%), 1 a adenocarcinoma metastásico (3.7%), y en 9 pacientes no se realizaron que correspondían a 5 pacientes con ductal infiltrante, dos con lobulillar y dos con ductolobulillar.

El tratamiento quirúrgico empleado con mayor frecuencia fue la disección radical de axila en el 40.7% de los pacientes, seguido por la disección radical de axila + cuadrantectomía en el 22.2% y la mastectomía radical modificada en 5 pacientes (el 18.5%), no se les trato de forma quirúrgica a 5 pacientes ya sea por no ser candidatos, por defunción o por pérdida en el seguimiento.

Tabla 4. Tratamiento utilizado.

<i>Cirugía</i>	<i>Frecuencia.</i>	<i>Porcentaje.</i>
DRA	11	40.7
DRA + CC	6	22.2
MRM	5	18.5
Sin tratamiento qx.	5	18.5
<i>Neoadyuvancia</i>		
FEC.	11	37.9
Hormonoterapia.	1	3.4
Sin neoadyuvancia	17	58.6
<i>QT adyuvante</i>		
FEC.	8	27.5
Taxanos	6	20.7
Vinorelvine	1	3.4
Hormonoterapia	18	62
5 FU	1	3.4
Sin adyuvancia	7	24.1
RDT adyuvante	17	58.6
<b>Total.</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Las pacientes tratadas con DRA: cinco pac. Histología ductal infiltrante, dos pac. Con histología de adenocarcinoma, tres pac. Con histología de poco diferenciado. Una paciente con adenocarcinoma mucinoso. Se debe mencionar que cuatro de ellas recibieron tratamiento neoadyuvante.

Las pacientes tratadas con DRA + CC: cinco pac. Histología de adenocarcinoma mod. Diferenciado y una pac. Con histología de poco diferenciado, el RHP producto de las CC, de todas ellas, sin evidencia de neoplasia. Se debe mencionar que tres pacientes recibieron neoadyuvancia.

Las pac. Tratadas con MRM: dos pacientes con ca ductal infiltrante de las cuales solo una con un foco de menos de 1 cm en tejido mamario. Dos pacientes con ca poco diferenciado solo una con un foco de menos de 1 cm en cola de Spencer. Y otra más con un ductolobulillar. Se debe mencionar que cuatro de ellas recibieron tratamiento neoadyuvante.

A 12 pacientes se les inicio con tratamiento sistémico neoadyuvante once con quimioterapia (40.7%) y uno con hormonoterapia (3.7%).

De las pacientes que recibieron tratamiento neoadyuvante: dos pac. Con N3, dos pac. Con N2 y siete pac. Con N1.

Posterior a la QT neo 4 pacientes se trataron con MRM, tres pacientes con DRA + CC y 3 pacientes con DRA.

Recibieron RDT adyuvante 17 pacientes todas ellas 50 Gy en 25 fx.

En cuanto al numero de ganglios positivos, se ilustran en la siguiente tabla, donde lo mas

frecuentemente encontrado fue de hasta 3 ganglios positivos (44.8%).

Tabla 5. Número de ganglios positivos disecados.

<i>Num. De ganglios positivos</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
De 1 a 3	12	44.4
De 4 a 9	2	7.4
Mas de 10	8	29.6
Sin tratamiento Qx.	5	17.2

En cuanto a la sobrevida 22 vivos sin enfermedad (75.9%) hasta el día del cohorte, 2 muertos por enfermedad.

De los 2 que murieron uno se les realizo QT neo + DRA QT ady + RDT histología ca poco diferenciado TxN2M0 10/16 ganglios positivos recurrencia a los 18 meses sistémica (pulmón) y local y el otro paciente histología de ca ductal Tx N3M0 no acepta tratamiento sistémico luego progresa la enfermedad a SNC.

De los que continúan vivos con enfermedad uno de ellos (MRM) con mets óseas, que se identificaron al diagnostico, y otro con recurrencia local, a los 12 meses, (DRA), que finalmente se le realiza MRM.

Tabla 6 sobrevida.

	Frecuencia	Porcentaje
VIVO SIN ENFERMEDAD	20	74.07
Vivo CON ENFERMEDAD	2	7.4
MUERTO POR ENFERMEDAD	2	7.4
SE PERDIO SEGUIMIENTO	3	11.1
Total	27	100,0

El promedio del tiempo de seguimiento encontrado es de 28.6 meses, con un rango de 3-72 meses

## DISCUSION

Las adenopatías axilares aisladas secundarias a un proceso neoplásico metastático aparecen habitualmente en las mujeres, casi todas ellas tienen un cáncer de mama primario oculto que se puede identificar en el 40 al 70% de aquellas que se someten a mastectomía.

(1)

De todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama del 0.3% al 1% se presentará con metástasis a los ganglios axilares como la primera indicación de una enfermedad maligna oculta. Hay persistente controversia sobre el tratamiento de la mama en estas pacientes (2).

A pesar de la gama creciente de herramientas diagnósticas sofisticadas disponibles para establecer el diagnóstico de una neoplasia humana, los oncólogos han luchado por entender a un subgrupo de pacientes con cáncer metastático como manifestación inicial, en los que los estudios minuciosos no han podido identificar una localización anatómica primaria, la incidencia publicada de este grupo de pacientes en los cuales después de la búsqueda intencionada y orientada no se puede esclarecer su origen varia con la indicación y definición utilizada pero alcanza un promedio de 0.5% al 9% de todos los pacientes que son diagnosticados de cáncer. (2)

En el presente estudio se identificaron como cáncer de mama, ya sea por histología, por marcadores hormonales, o con gabinete a 22 pacientes que corresponden a 81.4%, de nuestro universo de trabajo.

El protocolo inicial de pacientes con adenopatía axilar como presentación metastásica de una enfermedad neoplásica representa un problema diagnóstico. Una biopsia de la lesión se debe realizar para confirmar el diagnóstico de adenocarcinoma y obtener tejido para realizar determinación de marcadores de receptores de estrógenos RE, y receptores de progesterona RP, si se expresan estos receptores es fuertemente sugestivo de metástasis de cáncer de mama.

Del total de 27 pacientes incluidos en el estudio hubo 22 pacientes (81.48) a los cuales se determino como primario la mama, las histologías fueron varias: adenocarcinoma metastásico en 8 pacientes que corresponde al 29.6% seguido de el ca ductal infiltrante con igual numero de pacientes, ca lobulillar en 2 pacientes 7.4%, otros 2 pacientes ductolobulillar, 1 con ca mucinoso y uno mas con poco diferenciado.

En los restantes 5 pacientes (18.5. %), en los cuales no se obtuvo el diagnostico de primario en mama a pesar de haberse estudiado con biopsia, búsqueda de receptores, IHQ y gabinete, 4 pacientes (57.14%) ca poco diferenciado, 1 pacientes (6.8%) adenocarcinoma metastásico (receptores hormonales negativos y sin evidencia de gabinete de primario en mama). En este grupo de pacientes aunque no se identifico a la glándula mamaria como sitio del primario se decide no excluirlos debido a que se trataron siguiendo los lineamientos del tratamiento de ca de mama y los resultados obtenidos en cuanto al tratamiento en esta serie no difieren en general en los descrito a la literatura, en donde el factor pronostico mas importante continua siendo el estatus ganglionar y el numero de ganglios resecaados y positivos encontrados en el espécimen.

En cuanto a la evaluación de la adenopatía axilar existe una serie de estudios de gabinete que son de utilidad para llegar al diagnostico, sin embargo en esta serie no se efectuaron de manera ordenada ni mucho menos completa, de tal suerte que no se puede evaluar la utilidad del gabinete en esta revisión.

Con respecto al tratamiento en la gran mayoría se efectuó tratamiento conservador ya sea DRA o DRA + CC esto en 17 pacientes (62.9%) y solo en 5 pacientes (18.51%) se efectuó MRM.

En cuanto a la sobrevida 22 vivos sin enfermedad (75.9%) hasta el día del cohorte, 2 muertos por enfermedad.



De los 2 que murieron uno se les realizo QT neo + DRA QT ady + RDT histología ca poco diferenciado TxN2M0 10/16 ganglios positivos recurrencia a los 18 meses sistémica y local y el otro paciente histología de ca ductal Tx N3M0 no acepta tratamiento sistémico. Progresión a SNC.

De los que continúan vivos con enfermedad uno de ellos con mets óseas (MRM) y otro con recurrencia local (DRA), que finalmente se le realiza MRM.

El promedio del tiempo de seguimiento encontrado es de 28.6 meses, con un rango de 3-72 meses.

## CONCLUSIONES

La manifestación metastásica axilar ganglionar en un ca oculto de mama es realmente rara con rangos que van desde el 0.5 al 1 %. No existe en la literatura nacional y mucho menos registros descriptivos en este hospital de la presente entidad.

En el servicio el número de pacientes con ca de mama vistas durante el periodo de muestra es de 2500 casos, y el número de casos con mets. axilar con un primario oculto en mama es de 26 casos lo que corresponde al 1.01%.

El uso del gabinete podrían ayudar a esclarecer el origen oculto en mama en mas del 90% de las veces, sin embargo en este estudio el proceso diagnostico enfocado al gabinete es deficiente ya que no se cumplió el protocolo recomendado en la literatura que consistiría en Mastografía, Tele de tórax, Ultrasonido de mama, Tomografía axial de tórax, Resonancia magnética o PET CT., por lo que solo se obtuvo el diagnostico de ca de mama en el 81.4%.

El tratamiento efectuado hasta el momento en nuestro hospital, es adecuado ya que de las cirugías conservadoras DRA y/o DRA+CC solo una ha muerto (3.7%) por recurrencia sistémica (pulmón) y local a los 18 meses y otra continua viva con recurrencia local que se identifica y se termina realizando MRM.

En cuanto a la cirugía radical MRM solo una paciente con recurrencia sistémica ( hueso ) y ninguna defunción. El tratamiento efectuado hasta el momento en nuestro hospital, es adecuado, aunque habría que revisarse nuevamente los casos a un mayor plazo para confirmarlo, ya que en la literatura los seguimientos son hasta 10 años.

Se propone como Ruta diagnostica y terapéutica el siguiente flujograma, para el servicio de tumores de mama, de hospital de Oncología CMN Siglo XXI.

Anexo 2.

## 11. BIBLOGRAFIA.

1. American Cancer Society, Cancer Facts and Figures 2005. Atlanta, GA; American Cancer Society, Inc.; 2005;9.
2. Fitts WT, Steiner GC, Enterline HT. Prognosis of occult carcinoma of the breast. *Am J Surg* 1963;106:460–3.
3. Haagensen CD, Bodian D, Haagensen DE. Breast carcinoma, risk and detection. In: Haagensen CD (editor): *Diseases of the Breast*. Philadelphia: Saunders; 1971:441. 1ED.
4. Owen HW, Dockerty MB, Gray HK. Occult carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1954;98:302– 8.
5. Vilcoq JR, Calle R, Ferme F, et al. Conservative treatment of axillary adenopathy due to probable subclinical breast cancer. *Arch Surg* 1982;117:1136–8.
6. Tench DW, Page DL. The unknown primary presenting with axillary Lymphadenopathy. In: Bland KI, Copeland EM III (editors). *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Disease*. London: Saunders; 1991:1041–5.
7. Knapper W. Management of occult breast cancer presenting as an axillary metastasis. *Semin Surg Oncol* 1991;7:311–3.
8. Copeland EM, McBride CM. Axillary metastasis from unknown primary sites. *Ann Surg* 1973;178:25– 8.
9. High RM, Watne AL. The axillary mass in occult breast carcinoma: case reports and overview. *Am Surg* 1984;50:630–6.
10. Rosen PP. *Rosen's breast pathology*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001; 257-49.
11. Rosen PP, Oberman HA. Tumors of the mammary gland. In: *Atlas of tumor pathology, Series 3, Fascicle 7*. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1993.
12. Solin LJ. Special considerations. In: Fowble B, Goodman RL, Glick JH, Rosato EF, eds. *Breast cancer treatment: a comprehensive guide to management*. St. Louis: Mosby Year Book, 1991:521.
13. Baron PL, Moore MP, Kinne DW, et al. Occult breast cancer presenting with axillary metastasis. *Arch Surg* 1990;125:210 –5.

14. Grundy KR. The application of breast MRI in staging and screening for breast cancer. *Oncology* 2005;19:159–69.
15. Olson JA Jr, Morris EA, Van Zee KJ, et al. Magnetic resonance imaging facilitates breast conservation for occult breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2000;7:411–5.
16. Orel SG, Weinstein SP, Schnall MD, et al. Breast MR imaging in patients with axillary node metastases and unknown primary malignancy. *Radiology* 1999;212:543–9.
17. Sakorafas GH, Tsiotou AG. Occult breast cancer: a challenge from a surgical perspective. *Surg Oncol* 1999;8:27–33.
18. Rosen EL, Turkington TG, Soo MS, et al. Detection of primary breast carcinoma with a dedicated large-field-of-view FDG PET mammography device: initial experience. *Radiology* 2005;234:527–34.
19. Zangheri B, Messa C, Picchio M, et al. PET/CT and breast cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2004;31(suppl 1):S135–42.
20. Adler LP, Crowe JP, al-Kaisi NK, et al. Evaluation of breast masses and axillary lymph nodes with (F-18)2-deoxy-2-fluoro-D-glucose PET. *Radiology* 1993;187:743–50.
21. Block EJ, Meyer MA. Positron emission tomography in diagnosis of occult adenocarcinoma of the breast. *Am Surg* 1998;64:906–8.
22. Fourquet A, Rochefordiere A, Campana F. Occult breast cancer with axillary metastasis. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S (editors): *Diseases of the Breast*. Philadelphia: Lippincott Raven; 1996:892–6. 26. Vlastos G, Jean ME, Mirza AN, et al. Feasibility of breast preservation in the treatment of occult primary carcinoma presenting with axillary metastasis. *Ann Surg Oncol* 2001;8:425–31.
23. Feigenberg Z, Zer M, Dintsman M. Axillary metastasis from an unknown primary source. *Isr J Med Sci* 1976;12:1153–8.
24. Foroudi F, Tiver K. Occult breast carcinoma presenting as axillary metastasis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;47:143–7.
25. Campana F, Fourquet A, Ashby MA, et al. Presentation of axillary lymphadenopathy without detectable breast primary. *Radiother Oncol* 1989;15:321–5.

ANEXOS 1:

Ficha de recolección de datos:

1. Nombre:
2. Afiliación:
3. CARACTERISITICAS DE LA NEOPLASIA INICIAL:
  - a. edad y fecha de diagnostico:
  - b. método de detección de tumor:

Auto detección: \_\_\_\_\_, Pesquiza y cual: \_\_\_\_\_,

- c. Tamaño del tumor:

En mama:

-Palpable o no: \_\_\_\_\_ medir en cm.:\_\_\_\_\_. Fijo (si) (no)

En axila:

-Palpable o no: \_\_\_\_\_ medir en cm.:\_\_\_\_\_. Fijo (si) (no)

d. Mastografía: (si) (no). BIRADS: \_\_\_\_\_

e. Localización: 1Derecho\_\_\_\_\_ 2 Izquierdo \_\_\_\_\_

f Auxiliares del dx:\_\_\_\_\_

6 CARACTERISTICAS PATOLOGICAS:

- a. Tipo histológico.\_\_\_\_\_.
- b. Etapificacion patológica: TN\_\_\_\_\_.
- c. Grado histológico: \_\_\_\_\_.
- d. Número de ganglios afectados: \_\_\_\_\_
- e. estado de receptores hormonales, positivos o no y porcentaje:

RE: \_\_\_\_\_ RP: \_\_\_\_\_

HER 2 neu \_\_\_\_\_ IHQ \_\_\_\_\_

7 TRATAMIENTO RECIBIDO:

a. Neoadyuvancia:

QT (si) (no), Esquema:

RDT: (si) (no), Dosis y fx \_\_\_\_\_

b: Manejo quirúrgico: (si) (no)

1- Cirugía conservadora

2- MS+ ML + BGC

3- MRD

4- DRA

c. El tratamiento fue dado: (TFU), (dentro de la institución)

d: Adyuvancia recibida:

- esquema de QT y ciclos: \_\_\_\_\_
- RDT: \_\_\_\_\_
- Tamoxifeno (si) (no) , tiempo de ingesta: \_\_\_\_\_
- Letrozol (si) (no) , tiempo de ingesta: \_\_\_\_\_
- Otro especifique: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

Ruta diagnóstica y terapéutica para pacientes con metástasis de axila con posible primario oculto en mama.

## AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a DIOS por la todo lo que me ha brindado, que es todo lo que tengo.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional, a pesar de la distancia

A mi esposa Nieves del Carmen, por su amor y paciencia

A mis Hijos Emilio Andrés y Raymundo † por haberme convertido en el papa mas feliz del mundo.

A mis hermanos y amigos por su cariño

A mis maestros, profesores, compañeros y amigos del Hospital de Oncología por compartimos experiencia y vivencias.

Al Hospital de Oncología y todos sus pacientes, será siempre gracias a ellos que nosotros nos formamos.