

CORRELACION ENTRE LA SITUACION; TAMAÑO, Y EL TIPO HISTOLOGICO DEL CANCER DE MAMA Y EL NUMERO DE ADENOPATIAS EXTRAIDAS

Aviño J., Blanes A., Blanes J., Legua V., Bonilla-Musoles F., y Pinotti, J.A.

SUMARIO

En el estudio realizado a 95 mujeres operadas de cáncer de mama en nuestro Departamento vemos como, conforme crece el tamaño del tumor, hay un mayor número de adenopatías afectadas: 37.7% en estadios T3 y T4; 16.1% en estadio T2 y 2.97% en estadio T1, aún cuando la extracción quirúrgica del número global de adenopatías fue similar en los diversos estadios. El número de adenopatías extraídas era mayor cuando más indiferenciado era el tumor. La media de adenopatías extirpadas ha sido superior a 15. El tipo histológico más frecuente corresponde al carcinoma ductal infiltrante tipo NOS. Respecto a la localización del tumor, son los tumores de origen central los que proporcionan mayor número de adenopatías. El mayor número de cánceres fue encontrado en los cuadrantes externos, los que además tuvieron mayor número de adenopatías axilares.

SUMMARY

In a study in 95 women operated of breast cancer in our Department, we found that lymph adenopaties increased with tumor size: 37.7% in stages T₃ and T₄, 16.1% in stage T₂ and 2.97% in stage T₁, even when total number of adenopaties removed was similar in the various stages. The number of adenopaties removed was higher in less differentiated tumors. Mean number of adenopaties removed was higher than 15. Most frequent histological type was type NOS infiltrative ductal carcinoma. With respect to tumor localization, tumors of central origin gave increased number of adenopaties. A higher number of cancers was found in the external quadrants, localization that also denoted increased axillary adenopaties.

INTRODUCCION

El estudio del factor loco-regional es de suma importancia para saber no sólo el estadiaje de la enfermedad sino los tratamientos adyuvantes a que van a ser sometidos las pacientes.

Así pues una colaboración entre clínicos, cirujanos, radiólogos y anatomopatólogos es la clave de una buena actuación frente al cáncer de mama.

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de MEDICINA VALENCIA, ESPAÑA.

MATERIAL Y METODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo sobre 95 mujeres con carcinoma de mama que han sido operadas en la Cátedra de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico (Universitario de Valencia entre los años 1983 y 1985.

La anatomía patológica permite confirmar el diagnóstico de malignidad que previamente establece la clínica con los métodos complementarios de exploración. Un buen estudio, hecho por el anatomopatólogo, de la pieza operatoria obte-

nida en el tratamiento inicial, da una serie de datos estructurales que, en grado variable, —algunas veces decisivamente—, permiten al clínico obtener una orientación pronóstica. Se ha relacionado estas informaciones para clasificar a las enfermas en distintos grados de peligrosidad, posibilidad de curación y normas para tratamientos complementarios. Estos datos son muy necesarios, dada la poca seguridad diagnóstica que

dan los grados de clasificación del cáncer de mama actualmente utilizados.

Para cada enferma hay que reunir los datos clínicos, los hallazgos operatorios, los correspondientes a las estructuras de la pieza y determinaciones de receptores hormonales, así como las marcas o pruebas biológicas; con toda esta información se logra una evaluación pronóstica más real por ser a la medida de cada caso clínico.

TABLA N° 1

Tamaño	N° Casos	N° Adenop.	N° Adenop N° Casos	N*	N° N* N° Casos	N*x 100 N° Adenop.
< 2 cm.	30	470	15.66	14	0.46	2.97
2-5 cm.	45	719	15.97	116	2.5	16.13
> 5 cm.	20	305	15.25	115	5.75	37.70

TABLA N° 2

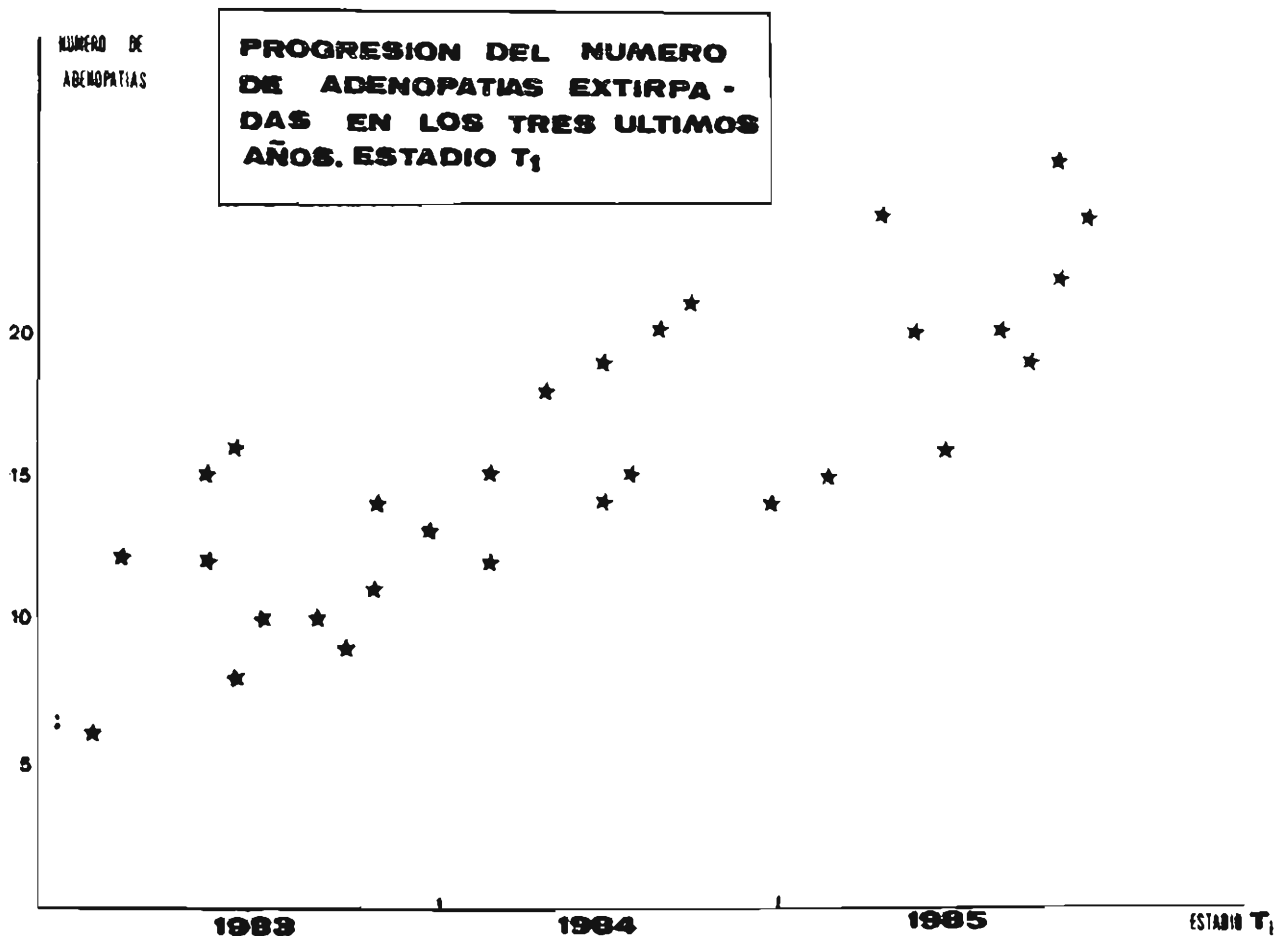
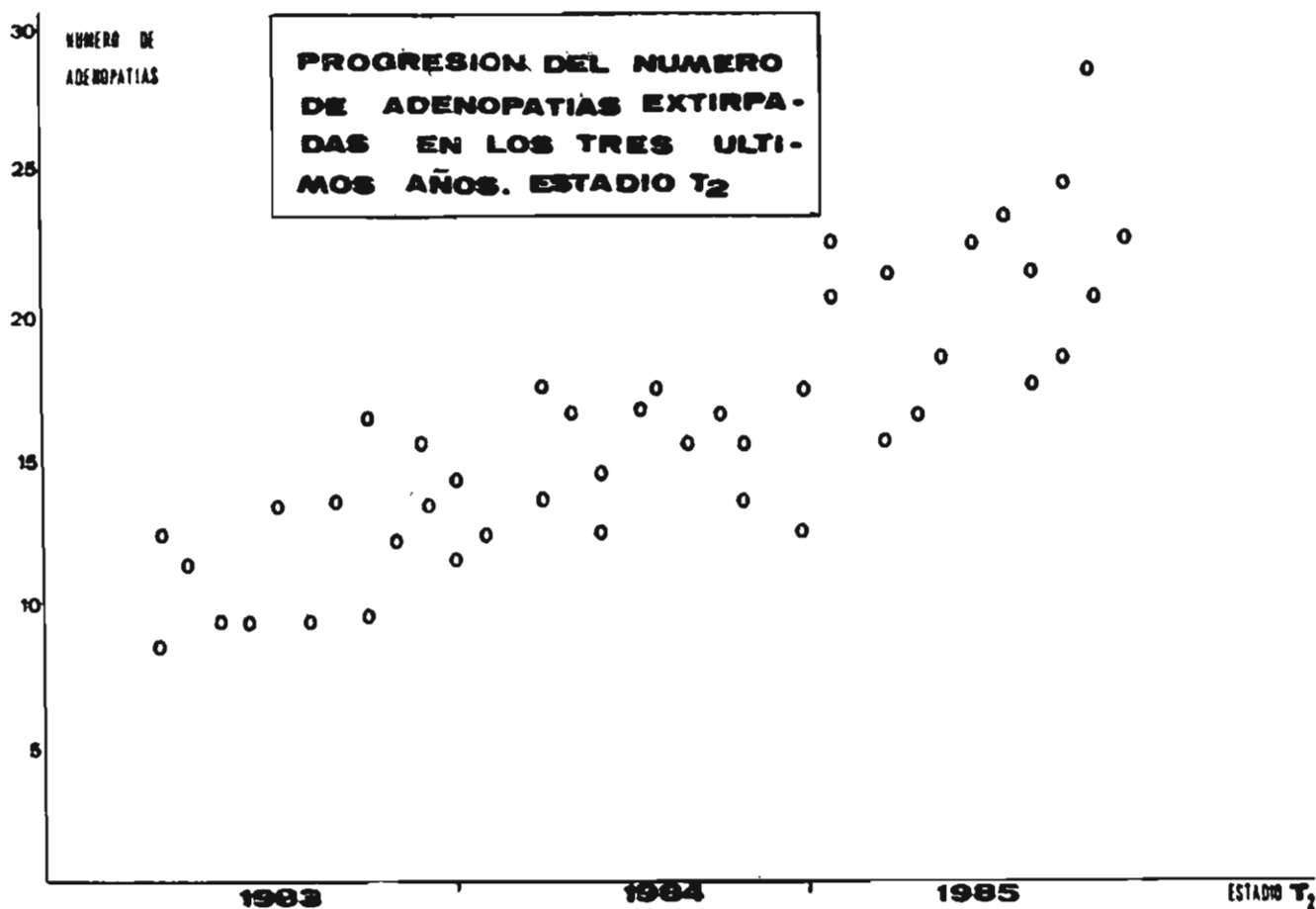


TABLA N° 3



RESULTADOS

De los 95 casos de carcinoma de mama intervenidos quirúrgicamente en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de Valencia, el número total de casos diagnosticados en estadios T₁ fueron 30, 45 casos correspondieron a estadios T₂ y 20 casos correspondieron a estadios T₃ y T₄. Demuestra esto que aún son estadísticamente pocos los casos en los que el diagnóstico se realiza en una fase terapéutica "ideal". Ello influye directamente en el índice de adenopatías halladas, que progresa estadísticamente con el tamaño tumoral. (Tabla N° 1).

Se observa como aumentan las adenopatías extraídas conforme aumenta el tamaño del tumor y como, al mismo tiempo, los linfáticos se hallan afectados, ascendiendo la positividad de 2.97 en los tumores menores de 2 cm. a 16.13

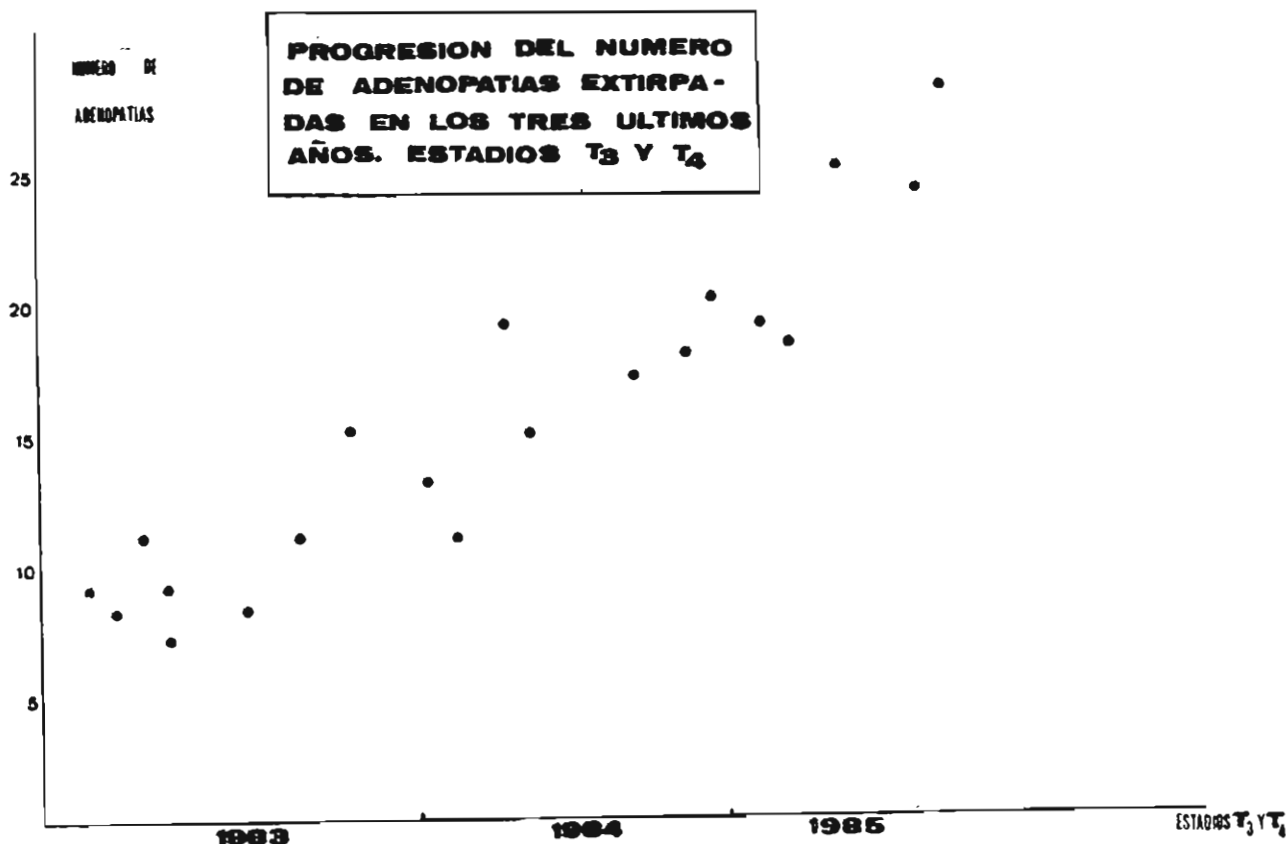
en los tumores entre 2 y 5 cm. y 37.70 en los que son mayores de 5 cm.

El número de adenopatías extirpadas entre los años 1983 y 1985, asciende progresivamente, como puede observarse en los gráficos: 2, 3, 4 y 5, índice por un lado de la mejor terapéutica quirúrgica, aunque por supuesto, influenciado por el tamaño tumoral y edad de la paciente.

La Tabla 6 presenta la distribución histopatológica de los 95 carcinomas estudiados, dominando —como era de esperar— el carcinoma ductal infiltrante (CDI).

Observamos que el número de adenopatías extirpadas depende de la variedad histopatológica tumoral, siendo más frecuente en las variedades Carcinoma Ductal Infiltrante tipo NOS (CDI-NOS), Carcinoma Ductal Infiltrante con diferenciación tubular (CDI-TB) y el Carcinoma Lobulillar Infiltrante. Siendo difícil valorar el resto de Carcinomas por su escasa frecuencia.

TABLA N° 4



Hemos valorado igualmente la situación primitiva tumoral en relación con el número de adenopatías logradas (Tabla N° 7).

Observamos que la situación tumoral central y de toda la mama producen un mayor número de metástasis linfáticas positivas, que en las localizaciones de los cuadrantes externos e internos (factor que se ve afectado por el mayor tamaño tumoral). El número de cánceres situados en los cuadrantes externos es mayor, así como el número de adenopatías encontradas, ya que la vía de drenaje linfática es la axilar.

DISCUSION

En el estudio realizado a las 95 mujeres operadas de cáncer de mama en nuestro Departamento vemos cómo, conforme avanza el tamaño tumoral, el número de adenopatías afectadas (N^*) era mayor; 37.70% en estadios T₃ y T₄; 16.13% en estadios T₂ y 2.97% en estadios T₁ aún cuando la extracción quirúrgica en dichos

estadios del número global de adenopatías fue similar, siendo del 15.66 en estadios T₁, 15.97 en estadios T₂ y 15.25 en estadios T₃ y T₄.

Es de reseñar también, que el número global de adenopatías extirpadas ha sido alta (15% de promedio de adenopatías), nivel admitido internacionalmente como producto de una buena exéresis quirúrgica. Al mismo tiempo, en las gráficas 2, 3, 4 y 5 se demuestra, globalmente, que nuestra técnica quirúrgica ha mejorado con nuestra evolución, siendo mayor la toilette ganglionar en los últimos tiempos, que cuando nos iniciamos.

Si nos fijamos en el tipo histológico del tumor estudiado, observamos que el número de adenopatías extraídas era mayor cuanto más indiferenciado era el tumor y menor cuanto más diferenciado era. Igualmente el mayor número de cánceres encontrados, corresponde al Carcinoma Ductal Infiltrante, lo cual se corresponde con las estadísticas generales, siendo los Carcinomas

TABLA N° 5

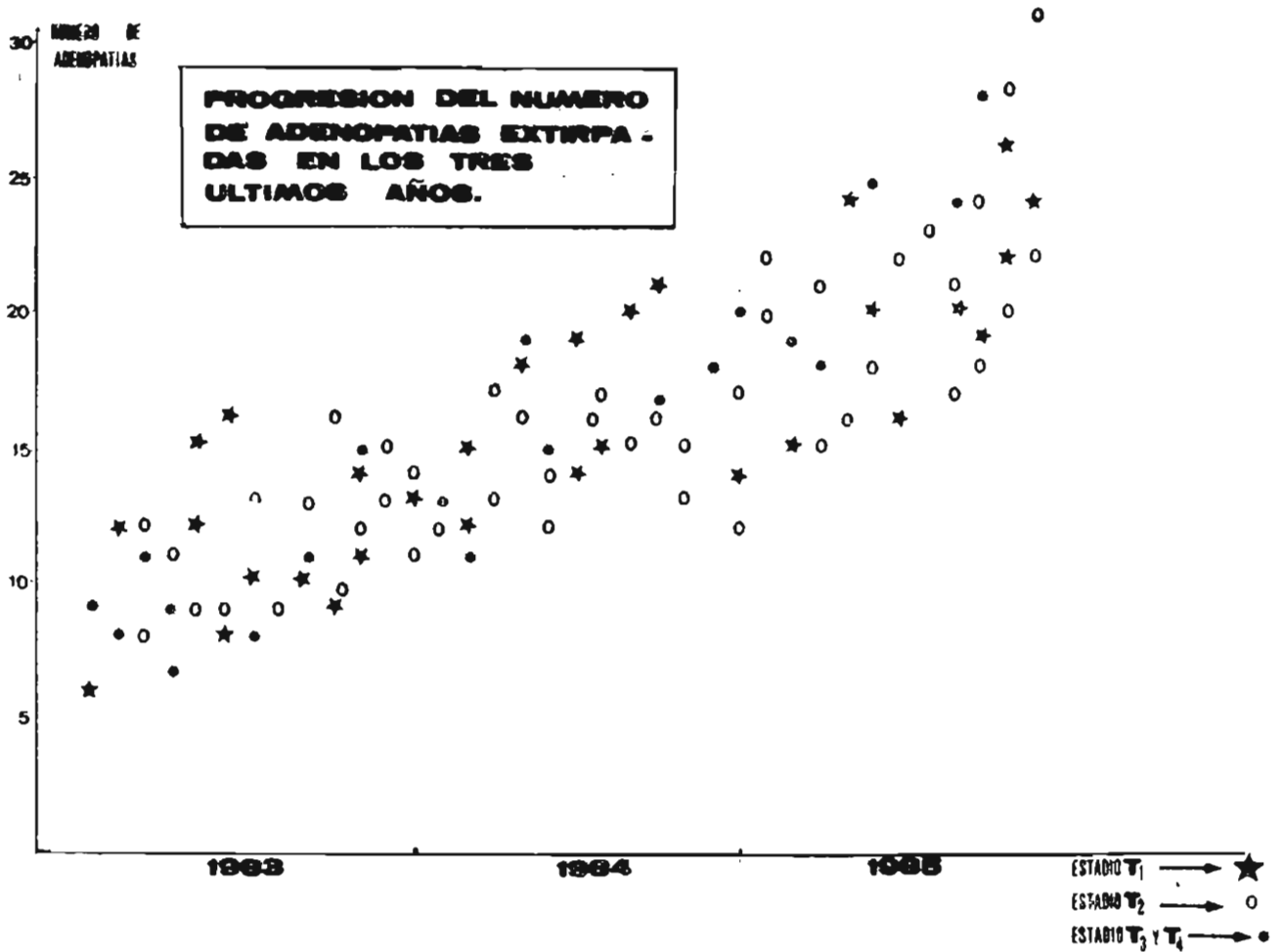


TABLA N° 6

Tipo de Cáncer	N° Casos	N° Adenop.	N° Ad N° Casos	N*	N° N* N° Casos	N* x 100 N° Adenop.
CDI-NOS	57	923	16.19	136	2.38	14.73
CDI-PI	14	180	12.85	2	0.14	1.11
CDI-TB	8	124	15.50	70	8.75	56.45
C. Lobulillar						
Infiltrante	6	80	13.33	16	2.6	20
CDP	2	32	16	0	0	0
C. Medular	2	39	19.5	0	0	0
C. Coloide	2	28	14	4	2	7.14
CTL	1	9	9	9	9	100
C. Papilar	1	31	31	0	0	0
CD-ME	1	28	28	0	0	0
C. Adenoide Quist.	1	20	20	8	8	40

TABLA N° 7

Localización	N° Casos	N° Adenop.	N° Ad N° Casos	N*	N° N* N° Casos	N* x 100 N° Adenop.
C. Externos	47	764	16.25	116	2.4	15.18
C. Internos	23	363	15.78	20	0.8	5.50
P. Central	17	219	12.88	51	3.0	23.28
Toda la mama	8	148	18.5	58	7.23	39.18

más diferenciados los encontrados en estadios más precoces.

En cuanto a la localización del tumor, fueron los tumores de origen central los que proporcionaron el mayor número de adenopatías positivas, respecto al número total de adenopatías, y

por supuesto, si la tumoración invade más de un cuadrante y/o su tamaño fue mayor. El mayor número de cánceres fue encontrado en cuadrantes externos y, lógicamente, fue en ellos donde mayor número de adenopatías axilares se encontró.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Azzopardi, J.G.: *Problems in breast pathology in mayor Problems of pathology*, vol. 11 W.B. Saunders Ltd. Philadelphia 1979.
- 2.—Collin, C., Gaspard V. and Lambotte R. Relationship of mastodynia with its endocrine profile and treatment in a double trial with lynestrenol. *Archiv. Gynaecol.* 225: 7-13, 1978.
- 3.—Daniel, J. and. Abranson, M.: Delayed mastectomy after outpatient breast biopsy. *Am. J. Surg.* 132: 59-598, 1980.
- 4.—Donegan, W.L. and Sprat, J.S.: *Cancer of the breast*. Eds. Saunders 350-359 Philadelphia, 1979.
- 5.—Dosset, J.A.: Potential maligno de las lesiones mamarias *Clínica Ginecológica* 3: 59-70, 1978.
- 6.—Ellis, D.L. and Teitelbaum, S.L.: Inflammatory carcinoma of the breast (a pathologic definition). *Cancer* 33: 1045-1047, 1974.
- 7.—Fernández, Cid, A., Ribas, D., Domenech, A., Torre, L., Piedra, J. y Modollel, A.: *Patología mamaria*. Salvat Editores S. A. Barcelona 1982.
- 8.—Freedman, L.S. and Edwards, D.N.: Histological grade and other prognostic factors in relation to survival of patients with breast cancer. *Br. J. Cancer* 40: 44-55, 1979.
- 9.—Gallecer, H.S. *Early breast cancer detection and treatment*. John Willey & Sons, New York 1975.
- 10.—Haagensen, C.D. *Diseases of the breast*. W.S. Saunders Co. Philadelphia, 1971.
- 11.—Haagensen, C.D. and Brouslay, S.B. Metastasis of carcinoma of the breast to the periphery of the regional lymph node filter. *Am J. Surg.* 169: 175-190, 1969.
- 12.—Ron, A., Torralba, J., Nonell, R., Ferrer-Gisbert, M., Fernández Cid. Cáncer de mama: correlación entre edad, TNM, tipo histológico y afectación ganglionar. *Clin. Ginecol.* 10/2 143-151, 1986.
- 13.—Senra Varela, A. Mesa redonda celebrada 14 mayo 1982. Facultad de Medicina, Cadiz.
- 14.—Strömbeck, J.O. and, Rosato, F.E. *Surgery of the breast. Diagnosis and treatment of breast diseases*. Trieme Inc. New York, 1986.
- 15.—Urban, J.A. Bilaterality of cancer of the breast. *Cancer* 21: 1867-1874, 1967.
- 16.—Uriburu, J.V. *La mama: estructura, patología, diagnóstico y tratamiento*. Eds. Buenos Aires, 1977.
- 17.—Wallgren, A. and, Silfrerswaerd, C. Clinical and histological factors of prognostic importance in breast cancer. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol.* 1: 611-617, 1976.