

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Segunda Especialidad en Prevención de Cáncer Cérvico
Uterino y de Mamas



CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO

Trabajo Académico presentado por
la Obs.

Cornejo Paredes de Delgado, Sonia
para optar el Título de Segunda
Especialidad en Prevención de Cáncer
Cérvico Uterino y de Mamas

Asesora:

Mg. Fernández Vásquez, Armida Angelita

Arequipa – Perú

2021



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA – PERU

(5154)382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 05 de Enero 2021

INFORME DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

A : Mgter. Ricardina Flores Flores
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
DE : Dra. Jannet Escobedo Vargas
Mg. Marcos Herrera Cárdenas
Dra. Verónica Oviedo Tejada
Dictaminadores del Borrador de Tesis de 2da. Especialidad

TÍTULO DEL BORRADOR:

“CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO”

PRESENTADO POR:

Lic. CORNEJO PAREDES DE DELGADO SONIA

Para optar el título de Segunda Especialidad en “Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas”

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO, se da el **DICTAMEN FAVORABLE**, para la sustentación del trabajo respectivo.

Debiendo elaborar la Tesis según el formato oficial del Reglamento de Investigación.

Atentamente,



Dra. Jannet Escobedo Vargas Cod. 0955
Presidente



Mgter. Marcos Herrera Cárdenas Cod. 2767
Vocal

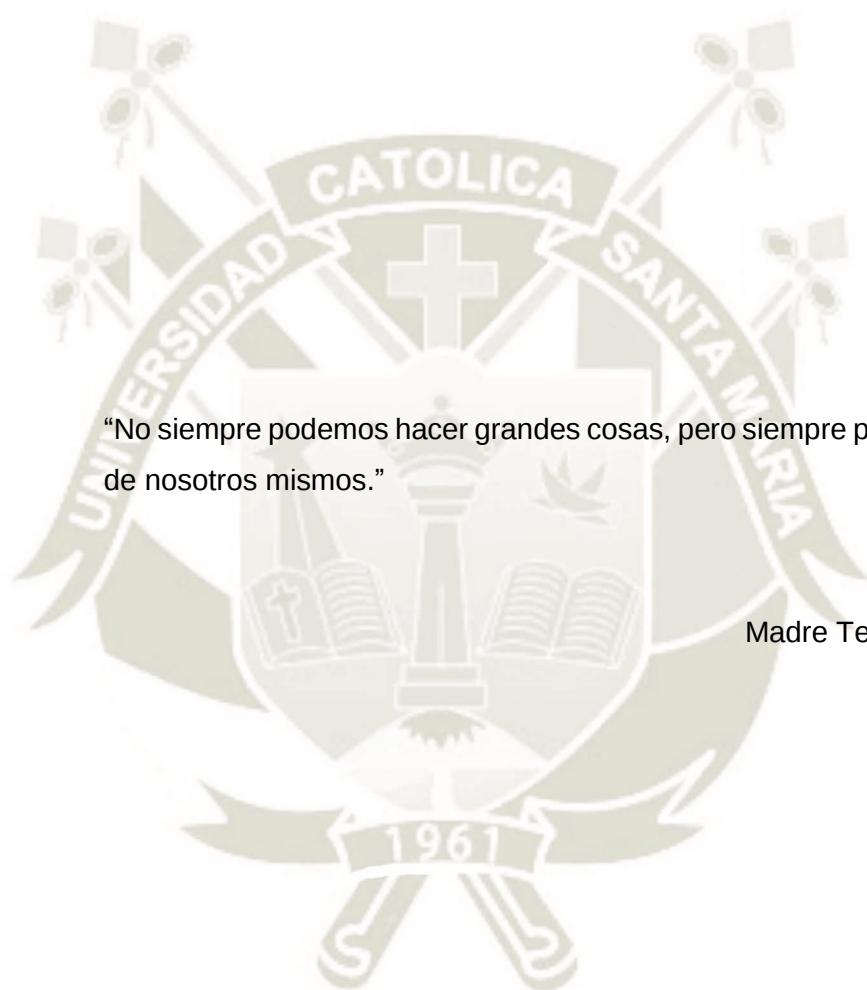


Dra. Verónica Oviedo Tejada Cod. 2544
Secretaria



DEDICATORIA

A mi familia que siempre me apoya y
acompaña en mi superación personal.



“No siempre podemos hacer grandes cosas, pero siempre podemos dar algo de nosotros mismos.”

Madre Teresa de Calcuta.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
ÍNDICE GENERAL	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPITULO I	1
MARCO CONCEPTUAL.....	1
1. LA GLANDULA MAMARIA.....	1
2. CÁNCER DE MAMA	3
2.1 CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.....	3
3. CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO (CMTN).....	4
4. SIGNOS Y SINTOMAS DE CANCER DE MAMA	5
5. FACTORES DE RIESGO.....	6
6. DETECCIÓN PRECOZ: TAMIZAJE.....	8
6.1 AUTOEXAMEN:.....	8
6.2 EXAMEN CLINICO DE LA MAMA (ECM).....	8
6.3 MAMOGRAFÍA	12
6.4 ECOGRAFÍA.....	13
CAPITULO II	14
MARCO METODOLÓGICO	14
CAPITULO III	26
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

RESUMEN

OBJETIVO: La revisión y análisis del caso clínico de una paciente con diagnóstico de Cáncer de Mama Triple Negativo nos permitió identificar los factores de riesgo presentes, así como analizar la capacidad de respuesta del sistema de salud.

CASO CLÍNICO: Acude a consulta al Centro de Salud de Caspi, Toro, La Unión, una mujer de 43 años que refiere palpase, casualmente, una tumoración en la mama izquierda en diciembre 2019. La paciente es referida a un centro de mayor complejidad, el Hospital Honorio Delgado de Arequipa, donde el resultado de la biopsia (7/2/20) determina un “carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado”. La inmunohistoquímica realizada el 13/02/2020 identifica un cáncer de mama triple negativo (ER-, PR-, Her2-) con un Ki67 de 50%. El cáncer de mama triple negativo se caracteriza por no presentar receptores de estrógenos ni de progesterona y no sobre expresar HER-2.

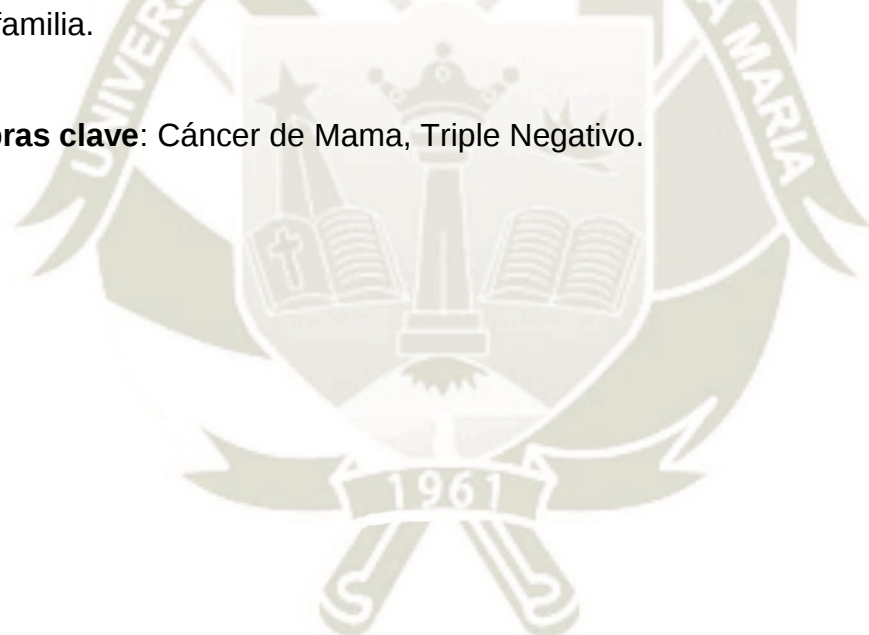
Con este resultado acude al Hospital Goyeneche por no encontrar cita para su atención en el Hospital Honorio Delgado. Allí recibe dos ciclos de quimioterapia en los meses de febrero y marzo 2020, con lo que se logra una reducción del 25% del tamaño del tumor. Luego ella regresa a su localidad debido a la pandemia de la covid19 y retorna en el mes de junio. Se reprograma quimioterapia (última 16/11/20); en todo ese tiempo se le realizan estudios y análisis. El 07/12/20 es hospitalizada para cirugía programada con la impresión diagnóstica de “Ca. de mama izquierda EC IIB (T2N1M0)”. Finalmente, el 09/12/20 se realiza la cirugía, Mastectomía Radical Modificada, siendo el diagnóstico postoperatorio el mismo. La paciente es dada de alta el 11/12/2020.

CONCLUSIONES:

- Los estudios realizados a la paciente, en el presente caso clínico dieron como resultado un sub-tipo de neoplasia maligna muy agresiva, conocida como Cáncer de Mama Triple Negativo.
- De acuerdo con el estudio del caso la paciente no presenta factores de riesgo conocidos para cáncer de mama.

- Se evidencian algunas fallas en el sistema de salud:
 - Falla en el diagnóstico temprano de la enfermedad: De acuerdo con la historia clínica en el Centro de Salud de su localidad nunca se le hizo el examen clínico de las mamas y tampoco ella se hizo un autoexamen, pese a ser paciente usuaria del Programa de Planificación Familiar por 11 años.
 - Nivel resolutivo de Salud centralizado: La paciente debe trasladarse a la capital del departamento, abandonando su actividad laboral para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.
 - Falta de continuidad en la programación de citas de atención para casos positivos en el Establecimiento de Salud del nivel resolutivo: Una vez en la capital, la paciente no encuentra facilidades para continuar sus citas en el hospital de referencia, ocasionando desconcierto e impacto económico en la familia.

Palabras clave: Cáncer de Mama, Triple Negativo.



ABSTRACT

OBJECTIVE: To review the clinical case of a patient with triple negative breast cancer in order to identify the risk factors. To analyze the capacity of response of the medical system.

CLINICAL CASE: A 43-year-old female consults to her local health center in Caspi, Toro, La Unión after self-palpating a lump on her left breast in December 2019. The patient is then referred to a more complex center, Honorio Delgado Hospital in Arequipa, where the lump is biopsied on 7/2/2020 giving a result of "moderately differentiated infiltrant ductal carcinoma".

Immunohistochemistry was performed on 13/02/2020 giving a result of triple negative breast cancer (ER-, PR-, Her2/Neu-) and a Ki67 of 50%. Triple negative breast cancer is characterized for not presenting estrogen nor progesterone receptors as well as not overexpressing HER-2.

Given that there were not medical appointments available at Honorio Delgado Hospital, she goes to Goyeneche Hospital, where she receives two cycle of chemotherapy in february and march 2020, reaching a 25% volume reduction of the tumor. Due to COVID19 pandemic, she returns to her town only to come back to Arequipa city in June. Chemotherapy is then retaken (last one on 16/11/2020) and is hospitalized for surgery and staged as IIB breast cancer (T2N1M0). Finally, on 09/12/2020, modified radical mastectomy is performed, with the same post operatory result. Patient is discharged on 11/12/2020.

CONCLUSIONS

- The tests that the patient underwent in this case were positive for a subtype of a malignant neoplasia that is very aggressive, known as triple negative breast cancer.
- According the clinical case, the patient did not present any know risk factors for breast cancer.
- Many flaws in the medical system are evidenced:
 - Failure in early diagnosis of disease: according to the medical history, a clinical physical exam of the breasts was never performed at her Health Center, and

neither did she perform an auto-exam despite being a frequent user of the Planned Parenthood Program for over 11 years.

- Centralized health system: the patient had to move to the capital city of the province, thus abandoning her labor activity in order to get the diagnosis and treatment for her disease.
- Failure of continuity in the medical appointments system for positive cases in the Health Center: once in the capital, the patient did not find the facilities to continue her appointments at the reference hospital, thus causing bewilderment and economical stress in the family.

Keywords: Breast cancer, triple negative.



INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los desafíos más relevantes de nuestra época para el hombre, pues constituye una de las enfermedades de mayor incidencia en la población mundial. Se caracteriza por la multiplicación rápida, desordenada y descontrolada de células debido a la alteración en el ciclo celular, lo que genera el desarrollo de tumores o masas anormales en cualquier parte del organismo que pueden propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis (1).

Los primeros datos del cáncer datan aproximadamente del año 1600 A.C. que fueron encontrados en papiros egipcios. Se cree que fue Hipócrates (460-370 a.C.) quién utilizó la palabra “carcinós” (cangrejo) para denominar el cáncer. Fue el primero en establecer la diferencia entre tumores benignos y malignos (1).

Una de las tipologías de cáncer más frecuentes en la mujer es el cáncer de mama, que afecta a los distintos tejidos de la glándula mamaria. La enfermedad puede desarrollarse por factores genéticos y hormonales (no modificables) y del estilo de vida (modificables), pero entre los que tienen una mayor carga contributiva están los hormonales y los genéticos (2).

Esta enfermedad representa uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo la neoplasia maligna que más se diagnostica con 1,7 millones de casos diagnosticados cada año, constituyendo casi un cuarto de los tumores malignos de la mujer (1).

La incidencia anual estimada de cáncer de mama en el Perú es de 28 casos por 100,000 habitantes, la tasa de mortalidad anual es de 8.5 por 100,000 habitantes (3).

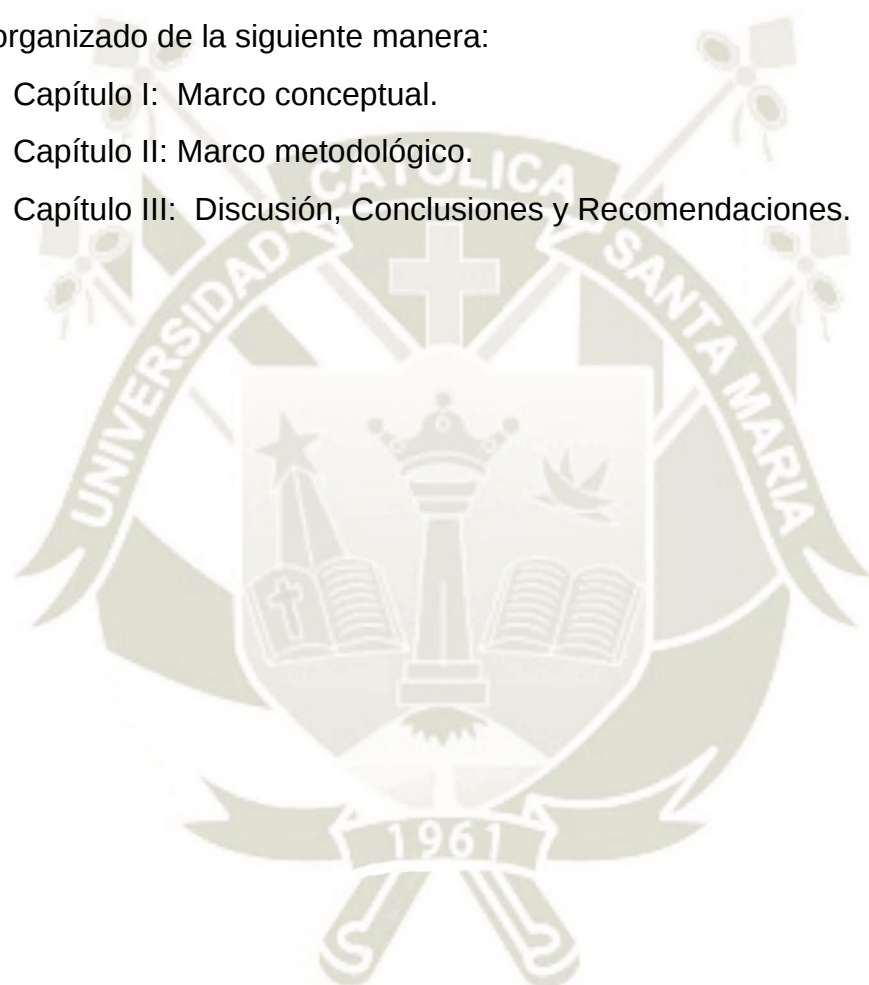
El cáncer de mama triple negativo (CMTN) es una neoplasia maligna caracterizada por la ausencia de la expresión de los receptores de estrógeno, de progesterona y HER2. Constituye aproximadamente la tercera parte de todos los cánceres de mama y su pronóstico es desfavorable debido a la ausencia de blancos terapéuticos (4).

Desde el punto de vista de salud pública se requiere abordar el problema de manera multidimensional con estrategias que contribuyan a fomentar la detección temprana de la enfermedad.

El objetivo del presente trabajo académico es describir y analizar un caso de cáncer de mama triple negativo.

Está organizado de la siguiente manera:

- Capítulo I: Marco conceptual.
- Capítulo II: Marco metodológico.
- Capítulo III: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.



CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

1. LA GLANDULA MAMARIA

La mama adulta se encuentra entre la segunda y la sexta costilla en el eje vertical, y entre el reborde esternal y la línea medio axilar en el eje horizontal. Como término medio la mama tiene un diámetro de 10 a 12 cm, siendo su grosor promedio de 5 a 7 cm. El tejido de la mama se proyecta también hacia la axila, formando la cola axilar de Spence (5).

La mama está formada principalmente por tejido adiposo (grasa) y la glándula mamaria. Con los ciclos hormonales y el embarazo el tejido predominante es el glandular mientras que, tras la menopausia, la glándula se atrofia y el volumen de la mama depende básicamente del tejido adiposo (7).

El tejido adiposo mamario es uno de los que más se afecta con las oscilaciones del peso, siendo de los primeros tejidos que disminuyen de tamaño al adelgazar, y de los primeros que aumentan al incrementar el peso. La glándula está formada por diferentes lobulillos glandulares (entre 15 y 20), de los cuales salen los conductos galactóforos que confluyen en el seno galactóforo. Esta última estructura comunicará el interior de la mama con el exterior a través del pezón, y es por donde se expulsa la leche en la lactancia (5).

El diámetro areolar suele situarse en torno a los 4-5 cm, y en el centro se sitúa el pezón, con una proyección de 1 cm y un diámetro de unos 5 mm. La horquilla esternal y los pezones deben formar un triángulo equilátero (5).

Todo el tejido mamario está vascularizado principalmente por vasos perforantes de la arteria y venas mamarias internas, situados a los lados del esternón. También recibe vascularización de los vasos torácicos laterales, rama de la arteria axilar. Otras arterias que aportan la vascularización a la mama son las intercostales y toracoacromiales (7).

La histología de la glándula mamaria está compuesta de un parénquima glandular (alvéolos y ductos) y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, grasas, hidratos de carbono, sales minerales, anticuerpos y el agua, que son los principales constituyentes de la leche (6).

La glándula mamaria está formada por tres tipos de tejidos: glandular de tipo túbulo-alveolar; conjuntivo que conecta los lóbulos; y adiposo que ocupa los espacios ínter lobulares. El tejido celular subcutáneo rodea la glándula sin que exista una cápsula claramente definida, desde éste se dirigen hacia el interior numerosos tabiques de tejido conectivo. Estos tabiques constituyen los ligamentos suspensorios de la mama o ligamentos de Cooper (6).

Un conjunto de quince a veinte lóbulos mamarios conforma la glándula mamaria, cada uno con su aparato excretor que se abre en el pezón por medio de un conducto lactífero. Los lóbulos mamarios están constituidos por numerosos lobulillos que se encuentran unidos entre sí por tejido conectivo, vasos sanguíneos y por su sistema excretor, los conductos interlobulillares (6).

Cada lóbulo mamario termina en un conducto galactóforo (2 a 4 mm de diámetro) que desemboca en un orificio estrecho (0.4 a 0.7 mm de diámetro) en el pezón. Cerca de sus desembocaduras los conductos galactóforos están revestidos por epitelio escamoso estratificado. El revestimiento epitelial del conducto muestra una transición gradual hasta que se convierte en dos capas de células cúbicas en el seno galactóforo y luego se transforma en una capa única de células cilíndricas o cúbicas en todo el resto del sistema ductal (6).

En la glándula mamaria las células parenquimatosas de las glándulas tubuloalveolares, así como las células epiteliales y mioepiteliales de los conductos, descansan sobre una membrana o lámina basal (6).

La morfología de la porción secretoria de la glándula mamaria varía mucho con la edad y durante el embarazo y la lactancia.

2. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva (7).

2.1 CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

DE ACUERDO AL TEJIDO MAMARIO COMPROMETIDO:

- Carcinoma ductal in situ

Es la proliferación de células epiteliales dentro de los conductos de la unidad ductulobulillar (TDLU).

- Carcinoma lobulillar in situ

Se originan en las unidades lobulillares de los conductos terminales. Aumenta el riesgo de cáncer infiltrante 7 veces, generalmente es multicéntrico y/o bilateral (5).

- Enfermedad de Paget

Es un tipo de cáncer poco frecuente que afecta la piel del pezón y por lo general la piel de la areola también.

- Carcinoma Ductal Infiltrante

Cuando la proliferación de células malignas atraviesa la membrana basal en los ductos mamarios.

- Carcinoma Lobulillar Infiltrante

Es un tipo de cáncer de mama invasivo que empieza en los lobulillos de la mama y se disemina al tejido normal cercano.

- Sarcoma

Es una neoplasia maligna que se origina en el mesénquima de la mama. Constituye el 2% de la neoplasia maligna de la mama (2).

DE ACUERDO AL ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO (IHQ)

Los tumores podrían clasificarse en subtipos que se distinguen por diferencias dominantes en sus patrones de expresión génica (8) (9).

- **Luminal A:** Las células malignas encontradas tienen receptores positivos para estrógenos y progesterona, pero negativo para HER2 con Ki 67 menor de 14%.
- **Luminal B- HER 2 Negativo:** Las células malignas encontradas tienen receptores hormonales positivos y HER 2 negativo al igual que el Luminal A, pero en este caso la velocidad con que se multiplican es mayor, esto se traduce en el resultado del marcador Ki 67 mayor 67%.
- **Luminal B HER 2 Positivo:** Las células malignas encontradas tienen receptores positivos para estrógeno, para progesterona y para HER2.
- **HER 2 Positivo:** Las células malignas tienen únicamente el receptor del HER 2 positivo.
- **Triple Negativo:** Las células malignas no tienen receptores para estrógenos, no tienen receptores para progesterona y HER 2 no está sobre-expresado.

Los adelantos terapéuticos se orientan fundamentalmente en individualizar cada caso según el perfil genético (fenotipo), con lo que se ha logrado reducir casi un 2 % la mortalidad anual a pesar del incremento de nuevos casos (10).

3. CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO (CMTN)

El cáncer de mama triple negativo es una neoplasia maligna caracterizada por la ausencia de la expresión de los receptores de estrógeno, de progesterona y HER2. Representa alrededor del 15% de todos los cánceres de mama. Estos cánceres tienden a ser más comunes en mujeres menores de 40 años, que son de raza negra y que tienen una mutación BRCA 1. Constituye un problema de salud pública por su elevada morbilidad y mortalidad. Ante la ausencia de

blancos terapéuticos, la quimioterapia cumple un rol importante en el tratamiento, y muchos esfuerzos están destinándose a buscar otras combinaciones de quimioterapia y nuevas drogas (2).

Las tasas de supervivencia son de alrededor de cinco años después de realizado el diagnóstico (4).

El cáncer de mama triple negativo puede causar los mismos signos y síntomas que los otros tipos comunes de cáncer de mama.

Al igual que los otros tipos de cáncer de mama se diagnostican por estudio de imágenes, biopsia y con el estudio inmunohistoquímico.

Se considera un cáncer agresivo porque crece rápidamente, es más probable que se haya propagado en el momento en que se diagnostica, y hay más probabilidades de que regrese después del tratamiento en comparación con otros tipos de cáncer de mama. El pronóstico generalmente no es tan bueno como lo es para otros tipos de cáncer de mama. Las tasas de supervivencia son de alrededor de cinco años después de realizado el diagnóstico (4).

4. SIGNOS Y SINTOMAS DE CANCER DE MAMA

Según Osorio y col. (1), la presencia de cualquiera de los siguientes signos y síntomas podría significar un problema maligno de la mama:

- Aparición de un “bulto” palpable en la mama.
- Cambios en la coloración de la piel.
- Descamación de la piel de la areola y pezón.
- Hoyuelos o hundimientos de la piel.
- Retracción de la piel.
- Secreción de líquido por el pezón
- Asimetría mamaria, cambios en el tamaño y forma de las mamas.

5. FACTORES DE RIESGO

Los siguientes factores pueden elevar el riesgo de que una mujer desarrolle cáncer de mama:

a) Edad. El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta a medida que la mujer envejece y, en la mayoría de los casos, la enfermedad se desarrolla en mujeres de más de 50 años (1).

b) Antecedentes personales de cáncer de mama. Una mujer que ha tenido cáncer en una mama presenta un riesgo más elevado de presentar un nuevo cáncer en cualquiera de las mamas (1) (2).

c) Antecedentes familiares de cáncer de mama.

- Parientes de primer grado como madres, hermanas e hijos, a quienes se les haya diagnosticado cáncer de mama o de ovarios.
- Un integrante de la familia que haya desarrollado cáncer de mama en ambas mamas.
- Un pariente hombre que haya desarrollado cáncer de mama.

d) Antecedentes personales de cáncer de ovario. Las mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 pueden aumentar en gran medida el riesgo.

e) Menstruación temprana y menopausia tardía. Las mujeres que comenzaron a menstruar antes de los 11 o 12 años, o llegaron a la menopausia después de los 55 años tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de mama. Esto se debe a que las células mamarias están expuestas al estrógeno y a la progesterona durante un tiempo más prolongado (1).

f) Edad o duración del embarazo. Las mujeres que tuvieron su primer embarazo después de los 35 años o las que nunca tuvieron un embarazo a término corren más riesgo de padecer cáncer de mama. El embarazo puede ayudar a proteger contra el cáncer de mama porque empuja a las células mamarias hacia la última fase de maduración (1).

- g) Terapia de reemplazo hormonal después de la menopausia.** El uso de la terapia hormonal con estrógeno y progesterona después de la menopausia aumenta el riesgo de que una mujer tenga cáncer de mama.
- h) Anticonceptivos Orales Combinados.** El riesgo a padecer cáncer de mama aumenta en las usuarias de éste método por largo tiempo entre 5 a 10 años.
- i) Raza y origen étnico.** Las mujeres de raza blanca tienen más probabilidades de desarrollar cáncer de mama que las mujeres de raza negra, pero entre las mujeres menores de 45 años, la enfermedad es más frecuente en las mujeres de raza negra que en las mujeres jóvenes de raza blanca (1).
- j) Densidad de la mama.** El tejido mamario denso puede dificultar la detección de un tumor en las pruebas estándares por imágenes, como una mamografía.
- k) Factores del estilo de vida.** Al igual que con otros tipos de cáncer, los estudios continúan mostrando que diversos factores del estilo de vida pueden contribuir al desarrollo de cáncer de mama (1).
- **Peso.** Estudios recientes han demostrado que las mujeres posmenopáusicas con sobrepeso u obesidad, tienen mayor riesgo de padecer cáncer de mama. Estas mujeres también tienen un mayor riesgo de que el cáncer reaparezca después del tratamiento (1) (12).
 - **Actividad física.** La disminución de la actividad física se asocia con el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama y con un riesgo mayor de que el cáncer reaparezca después del tratamiento.
 - **Alcohol.** La investigación actual sugiere que consumir más de 1 o 2 bebidas con alcohol por día, lo que incluye cerveza, vino y licor, aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama, así como también el riesgo de que el cáncer reaparezca después del tratamiento.
 - **Alimentos.** comer más frutas y verduras y menos grasas animales se asocia con muchos beneficios para la salud.
 - **Exposición a la radiación a temprana edad.** La exposición a radiación ionizante a edades tempranas puede aumentar el riesgo de que la mujer contraiga cáncer de mama (1).

En conclusión, no existe una causa única que provoque cáncer de mama, es una enfermedad multifactorial por lo que es fundamental la prevención mediante prácticas y hábitos saludables. Entonces, se debe promover la detección temprana de tumores en las mamas mediante la autoexploración, el examen clínico de las mamas y la mamografía (9).

6. DETECCIÓN PRECOZ: TAMIZAJE

El objetivo es descubrir el cáncer de mama antes de la etapa sintomática (etapa subclínica).

El método de elección para el tamizaje y detección temprana de cáncer de mama es la mamografía, sin embargo, lo ideal es incluir el autoexamen de las mamas y el examen clínico (9).

6.1 AUTOEXAMEN:

Un autoexamen de mamas es un chequeo que una mujer se realiza en casa para buscar cambios o problemas en el tejido mamario. Se recomienda como una estrategia de concientización y autoconocimiento (11).

La mayoría de autores recomiendan realizarse el autoexamen mensualmente a partir de los 20 años (12).

El autoexamen promueve la responsabilidad por la propia salud.

6.2 EXAMEN CLINICO DE LA MAMA (ECM)

Se debe hacer cada 2 a 3 años a partir de los 20 años hasta los 40 y cada año a partir de los 40 (OMS).

La exploración clínica se efectúa en dos tiempos: inspección y palpación.

INSPECCIÓN La inspección se realiza con la vista. La paciente se encontrará sentada con el tórax y brazos descubiertos, bajo una iluminación adecuada y con el examinador parado frente a ella. Se divide en estática y dinámica.

Inspección estática Con las extremidades superiores colgando a lo largo del tronco, en posición de relajación, se inspeccionan las mamas, aréolas y pezones; se observa la forma, volumen, simetría, bultos, hundimientos, cambios de coloración de la piel y red venosa. Los pezones deben ser de color homogéneo similar al de las aréolas; la superficie puede ser lisa o rugosa (13).

Inspección dinámica

Ésta se realiza en 3 pasos:

- **Primero.** Sentada, se indica a la paciente que levante los brazos por encima de la cabeza. Esta postura aumenta la tensión en el ligamento suspensorio; durante este proceso se manifiestan signos cutáneos retráctiles que pueden pasar inadvertidos durante la inspección estática.
- **Segundo.** Sentada, se le pide que presione las caderas con las manos y con los hombros rotados hacia atrás, o que presione las palmas de las manos una contra la otra para contraer los músculos pectorales, lo que pone de manifiesto desviaciones del contorno y de la simetría.
- **Tercero.** Sentada e inclinada hacia adelante desde la cintura. Esta postura también induce tensión sobre los ligamentos suspensorios. Las mamas deben colgar a la misma altura. Esta maniobra puede resultar particularmente útil en la valoración del contorno y simetría de mamas grandes.

En todas las posiciones, las mamas deben ostentar simetría bilateral, un contorno uniforme y no se deben observar depresiones, retracción o desviación.

PALPACIÓN Después de la inspección se procede a la palpación, que se realiza con la palma de la mano o con la yema de los dedos, en forma suave y metódica, para buscar lesiones en las mamas, axilas y regiones supra y subclaviculares. La palpación se debe realizar en dos posiciones: sedente y supina.

Paciente en posición sedente

- “Barrido” de la pared torácica. La paciente se encuentra con los brazos sueltos a los costados. La palma de la mano derecha del examinador se coloca entre la clavícula derecha y el esternón de ella, y se desliza hacia abajo hasta el pezón para percibir posibles bultos superficiales. Este movimiento se repite hasta cubrir toda la pared torácica y se vuelve a hacer con la mano izquierda del lado izquierdo (13).
- Palpación digital manual. Se coloca una mano con la superficie palmar hacia arriba debajo de la mama derecha de la paciente; con los dedos de la otra mano se pasa sobre el tejido de la mama para localizar posibles bultos, comprimiéndolos entre los dedos y con la mano extendida. Se repite la palpación en la otra mama (13).

Palpación de los ganglios linfáticos:

- **Axilares centrales.** Sujete la parte inferior del brazo izquierdo de la paciente con la mano izquierda, mientras explora la axila izquierda con la mano derecha. Con la superficie palmar de los dedos, agrúpelos e introdúzcalos en la axila hasta el fondo. Los dedos se deben colocar justo detrás de los músculos pectorales, apuntando hacia la parte central de la clavícula. Presione con firmeza de modo que pueda palpar rotando con suavidad el tejido blando contra la pared torácica y baje los dedos tratando de palpar los nódulos centrales contra la pared torácica (13).

- **Mamarios externos (pectorales anteriores).** Sujete el pliegue axilar anterior entre el pulgar y los demás dedos y palpe el borde del músculo pectoral por dentro.
- **Braquiales (axilares).** Palpe la cara interna del brazo desde la parte superior hasta el codo.
- **Subescapulares.** Colóquese detrás de la paciente y palpe con los dedos el interior del músculo situado en el pliegue axilar posterior. Utilice la mano izquierda para explorar la axila derecha.
- **Supraclaviculares.** Introduzca los dedos en forma de gancho sobre la clavícula y rótelos sobre la fosa supraclavicular en su totalidad.
- **Subclavios.** Se palpa a lo largo de la clavícula con un movimiento rotatorio de los dedos. Los ganglios detectados se deben describir en función de su localización, número, tamaño, forma, consistencia, sensibilidad, fijación y delineación de los bordes.

Paciente en posición supina

Haga que la paciente levante un brazo y lo coloque por detrás de la cabeza, ponga una almohada o toalla doblada bajo el hombro, a fin de que el tejido mamario se extienda con más uniformidad sobre la pared del tórax. Recuerde que el tejido mamario se extiende desde la segunda o tercera costilla hasta la sexta o séptima costilla, y desde el borde externo hasta la línea medio axilar (13).

Se debe realizar una palpación sistemática, presionando suave pero firme sobre la pared torácica. En cada punto presione hacia adentro, utilizando 3 niveles de profundidad: leve, media y profunda. Independientemente del método empleado, deslice siempre sus dedos de un punto a otro. No los levante de la superficie del tejido mamario, ya que al hacerlo puede dejar de explorar una parte de éste (13).

- **Paralelas.** Comience por la parte superior de la mama y palpe toda su extensión vertical, primero hacia abajo y luego hacia arriba, hasta llegar al pezón, y después vuelva a colocar a la paciente para aplanar la parte medial de la mama.
- **Radiales.** Del borde del hemisferio mamario hasta el pezón.
- **Circulares.** Se comienza en el borde exterior del tejido mamario y se efectúan movimientos en espiral hacia el pezón.

La exploración del pezón se debe realizar cuidadosamente para diferenciar el tejido normal con induraciones, como los papilomas intraductales. Al final de la exploración se debe “exprimir” sobre la mama hacia el pezón en forma suave (13).

6.3 MAMOGRAFÍA

El objetivo de realizar despistaje mamográfico es encontrar lesión(es) en la mama que correspondan a cáncer en estadio lo más temprano posible, teniendo en cuenta que la sobrevida de pacientes con cáncer de mama depende en buena parte de la precocidad del diagnóstico.

La recomendación es realizar tamizaje con mamografía a partir de los 50 años de edad en mujeres con riesgo promedio para desarrollar cáncer de mama (3).

Según la OMS: anual o bianual a partir de los 40 años y a partir de los 50 años hasta los 69 años en forma anual como prueba de tamizaje.

El signo más precoz de malignidad son las calcificaciones agrupadas, heterogéneas.

6.4 ECOGRAFÍA

La mamografía es complementada por la Ecografía.

Los signos ecográficos de malignidad son:

- Espiculaciones
- Halo ecogénico
- Márgenes angulados
- Sombra sónica.

INFORME DE RESULTADOS DE ESTUDIOS POR IMÁGENES:

BIRADS (Imaging Report and Database System).

Es la forma como informan los estudios por imágenes los radiólogos. Es un sistema estandarizado para que pueda ser entendido por los diferentes profesionales implicados en el manejo de la patología mamaria (12).

BIRADS (BREAST IMAGE REPORTING AND DATA SYSTEM)	
BIRARS 0	El estudio insuficiente o no concluyente.
BIRADS 1	Mama normal.
BIRADS 2	Hallazgos benignos.
BIRADS 3	Hallazgos probablemente benignos
BIRADS 4	Sospecha de malignidad.
BIRADS 5	Alta sospecha de malignidad
BIRADS 6	Malignidad confirmada.

Fuente: C.J. D'Orsi, E.A. Sickles, E.B. Mendelson, E.A. Morris, *et al.* ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. American College of Radiology, (2013)

CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO

PRESENTACION DE CASO CLINICO

ANAMNESIS

1. ANAMNESIS RECIENTE

I. FILIACION

- Nombre : M. S. J. H.
- Edad : 43 años
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza
- Religión : católica
- Idioma : Castellano y Quecha
- Estado civil : Conviviente
- Ocupación : Ama de casa
- Grado de instrucción : 5to. secundaria
- Lugar de nacimiento : La Unión – Distrito Toro
- Procedencia : La Unión
- Fecha de ingreso : 7 diciembre 2020
- Fecha de elaboración la Historia Clínica : 11 diciembre 2020
- Informante : La paciente

II. ENFERMEDAD ACTUAL

- TIEMPO DE ENFERMEDAD : 1 año
- CURSO : Estacionario
- INICIO : Hallazgo casual
- SINTOMAS Y SIGNOS PRINCIPALES: Tumoración en mama izquierda.
- RELATO:

Paciente refiere iniciar su enfermedad en diciembre del 2019 al palparse un bulto en la mama izquierda mientras se acomodaba el brasier causándole sorpresa, por lo que acude a Centro de Salud de su localidad, donde la refieren al HRHD.

En el HRHD le encuentran en mama izquierda tumoración de 3 x 4 cm, en radio 3, a 3 cm del pezón, además detectan un ganglio axilar palpable. Le realizan biopsia cuyo resultado histológico (7/02/2020) fue “Carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado - Embolismo vascular tumoral positivo”.

Con estos resultados acude al Hospital Goyeneche al no encontrar cita en el HRHD, en donde le indican dos ciclos de quimioterapia endovenosa (febrero y marzo 2020), luego de la cual le informan que la tumoración mamaria había disminuido en un 25 % aproximadamente y además ya no se palpa ganglio en la axila.

Debido a la pandemia la paciente regresó a su localidad en donde se quedó por aproximadamente 3 meses. A su retorno se le realizó examen de TEM de Tórax (24/6/20) informando “Tumoración espiculada en mama izquierda, de 20 x 26 mm Nódulo satelital de 5 mm”. Le indican tres ciclos de quimioterapia que terminó el 27 de julio del 2020, y en esta fecha los resultados de los controles de marcadores tumorales fueron: Ca 15-3: 32.87 U/ml y CEA: 2.58 ng/ml

Ante estos resultados en agosto 2020 se cambió el esquema de quimioterapia, recibiendo el último ciclo el 16 de noviembre del 2020. Por esas fechas la paciente sale positiva para la COVID, aplazándose su hospitalización y programación de sala de operaciones.

Paciente es hospitalizada el 7 de diciembre y se le operó el 9/12/2020 con el diagnóstico de “Ca. de mama izquierda. Estadio Clínico: IIB”. Operación realizada: Mastectomía izquierda radical modificada.

Actualmente en segundo día post-operatorio en condiciones de alta médica.

FUNCIONES BIOLÓGICAS:

Apetito	: Disminuido
Sed	: Conservada
Sueño	: Aumentado
Orina	: Normal
Deposiciones	: normal

2. ANAMNESIS REMOTA

I. ANTECEDENTES PERSONALES

▪ FISIOLÓGICOS:

- Nacida de parto eutócico, atención domiciliaria.
- Desarrollo psicomotor aparentemente dentro de lo normal.
- Refiere haber recibido todas sus vacunas durante la infancia.
- Recibió Lactancia materna hasta los dos años.
- Deporte: Ninguno.

▪ GINECOLÓGICOS:

Menarquia	:14 años.
Régimen catamenial	: Amenorrea (AMPD)
IRS	: 15 años.
Método anticonceptivo	: Medroxiprogesterona (11 años)
PAP	: Negativo hace 2 años.
Examen Clínico de Mamas	: Nunca
Autoexamen de Mamas	: Nunca
Nº parejas sexuales	: 03
Edad al primer embarazo	: 20 años de edad.
Lactancia materna	: Si, a todos los hijos por más de 2 años.

▪ OBSTÉTRICOS:

Gestaciones: 6	Partos:5.	Abortos: 01.	Hijos vivos: 05
Partos vaginales: 05	Cesáreas: 00.		

▪ **SOCIOECONÓMICOS:**

Vivienda	: Propia.
Material	: Adobe.
Habitaciones	: 03
N° personas que la habitan	: 03.
Recojo de basura	: Si
Luz	: Si.
Agua	: Potable.
Desagüe	: Silo
Alimentación	: Variada
Crianza de animales	: Cría gallinas y conejos
Dependencia económica	: Del esposo
Ingreso económico aproximado/mes	: S/. 800.00
Seguro de Salud	: SIS.

▪ **PATOLÓGICOS:**

Enfermedades	: Ninguna.
Hospitalizaciones	: Por partos.
Transfusiones	: No. Alergias
Intervenciones quirúrgicas	: No
Medicación habitual	: No
Hábitos nocivos	: Alcohol (No). Tabaco (No).
Mates: (+). Hoja de coca	: No.

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

CONYUGE	: 45 años. Aparentemente sano.
PADRE	: 68 años, fallecido este año por la COVID
MADRE	: 66 años, aparentemente sana.
HIJOS	: 5, aparentemente sanos.
HERMANOS	: 8, aparentemente sanos.
ANTEC. CÁNCER	: No

EXAMEN FISICO

1. GENERAL:

Paciente en ABEG, REH, REN. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Facies simétrica. Colabora con el examen y el interrogatorio.

Funciones vitales: Peso: 64 k. Talla: 1.48 m IMC: 29 k/m² T°: 36.8 °C PA: 100/70 mm Hg FR: 21 rpm Pulso: 92 pm. Saturación de O₂: 93 %.

2. PIEL Y FANERAS:

Piel trigueña, húmeda, elasticidad y turgencia conservados. Uñas rosadas, llene capilar < 2 segundos. TCSC en cantidad adecuada. No cicatrices antiguas.

3. CABEZA:

Normocéfala, Cabello negro, corto (post-quimioterapia), adecuada implantación, en regular estado de higiene y conservación. No exostosis.

4. OJOS:

Párpados móviles, simétricos. Conjuntivas rosadas. Pupilar isocóricas, normo reactivas. Escleróticas limpias. Tono ocular conservado

5. OIDOS:

Pabellones auriculares bien implantados. Conducto auditivo externo permeable, sin secreciones. Audición conservada.

6. NARIZ:

Normorrínea, central, simétrica. Fosas nasales permeables, sin secreciones. Senos frontales y nasales no dolorosos. Olfato conservado.

7. BOCA:

Labios simétricos. Mucosa oral húmeda. Piezas dentarias en regular estado de higiene y mal estado de conservación (ausencia de 9 piezas dentarias). No prótesis dental.

8. CUELLO:

Cilíndrico, móvil, no doloroso. No adenopatías. No se palpa tiroides.

9. TORAX, MAMAS.

Tórax simétrico, móvil. Amplexación y elasticidad conservados. Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos sobre agregados.

MAMA: DERECHA: normal.

IZQUIERDA: Ausencia de mama izquierda. Zona operatoria cubierta con apósito y venda elástica, con drenaje por hemovac permeable.

10. APARATO CARDIOVASCULAR:

Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, normo fonéticos. No se auscultan soplos.

FC: 92 x min. No se palpa choque de punta.

11. ABDOMEN:

Simétrico, móvil, blando, depresible, no doloroso. No visceromegalias. Sonoro.

Ruidos hidroaéreos presentes, normales.

12. GENITO-URINARIO

Genitales externos de múltipara. BUS normales. No secreciones patológicas.

Tacto vaginal diferido.

Puntos renoureterales superiores y medios negativos. Puño percusión renal negativa.

13. COLUMNA VERTEBRAL Y EXRREMIDADES

Columna vertebral de forma y curvaturas normales.

Miembro superior izquierdo son limitación al movimiento por dolor postoperatorio de mama izquierda. Resto de miembros normales.

14. NEUROLOGICO:

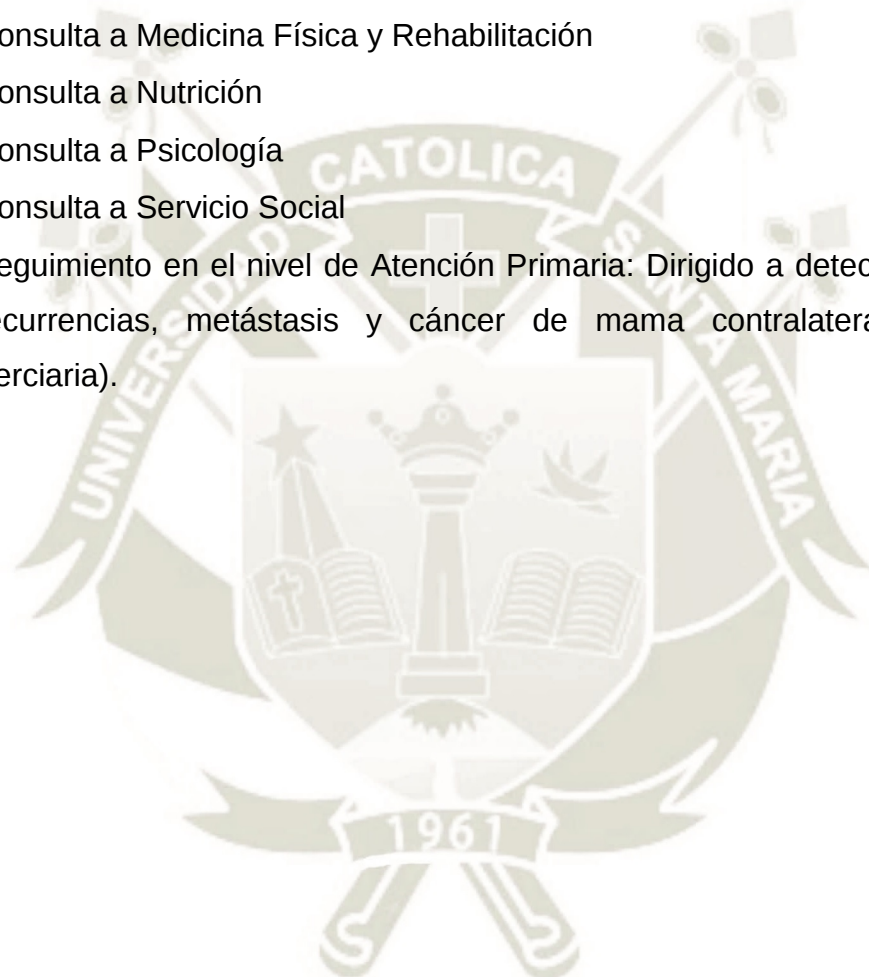
Paciente despierta, con apertura ocular espontánea. Respuesta motora conservada. Paciente activa-reactiva. Reflejos conservados. No signos meníngeos ni de focalización.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

Segundo día postoperatorio de Mastectomía izquierda radical modificada por cáncer de mama EC IIB (T:2, N: 1, M: 0).

PLAN

- Control por consultorio de Cirugía Oncológica.
- Control y seguimiento por consultorio de Oncología Médica
- Consulta a Medicina Física y Rehabilitación
- Consulta a Nutrición
- Consulta a Psicología
- Consulta a Servicio Social
- Seguimiento en el nivel de Atención Primaria: Dirigido a detección precoz de recurrencias, metástasis y cáncer de mama contralateral (Prevención Terciaria).



RESULTADOS.

LABORATORIO	
<u>HEMATOLOGIA:</u> Fecha: 27/11/2019 • Grupo y factor Rh: O Rh + ✓ Hematíes: 4'220,000 ✓ Hb 14 gr/dl ✓ Hto 43.9 % ✓ VCM 95.6 fL ✓ HCM: 34 pc ✓ Plaquetas: 157,000 /mcL ✓ Leucocitos: 5,700 /mcL ✓ Neutrófilos seg.: 48 % ✓ Eosinófilos: 0.11 % ✓ Basófilos: 2 % ✓ Monocitos: 0.63 % ✓ Linfocitos: 39 % GLUCOSA: 91 mg% CREATININA: 0.55 mg % TGO: 39 U/L TGP: 65 U/L RPR: No reactivo VIH: Negativo Set hepatitis: Negativo	<u>URIANALISIS:</u> Fecha: 27/11/2019 Sedimento urinario ➤ Leucocitos: 0-2 x c ➤ Bacterias: - ➤ Células epiteliales: 1-3 x c ➤ Hematíes: 2-3 x c ➤ Cristales: - <u>INFORME DE LABORATORIO</u> Fecha: 8/02/2020 ❖ Ca 15.3: 20.7 U/ml Fecha: 27/07/2020 ❖ Ca 15.3: 32.87 U/ml ❖ CEA: 2.58 ng/ml Fecha: 10/09/2020 ❖ Ca 15.3: 39.51 U/ml ❖ CEA: 2.09 ng/ml Fecha: 27/11/20 CA 15.3: 24.08 U/ml CEA: 2.64 ng/ml

HISTOPATOLOGIA: 9/02/202

Carcinoma ductal infiltrante moderadamente diferenciado. Embolismo vascular tumoral positivo

INMUNOHISTOQUIMICO 13/02/2020

RE(negativo)

RP (negativo)

Ki 67: 50 %

HER2: Negativo

TRIPLE NEGATIVO

INFORME ECOGRAFICO

ECOGRAFIA MAMARIA Fecha: 9/02/2020

- ❖ Mama derecha: normal.
- ❖ Mama izquierda: Nódulo sólido hiperecogénico, bordes irregulares, de 21 x 13 x 11 mm

ECOGRAFIA GENERAL Fecha: 10/06/2020

Descripción: El estudio realizado mostró:

- ❖ Hígado: Morfología conservada. Tamaño incrementado a nivel de LHD de 164 mm, y LHI de 85 mm de longitud con ecotextura homogénea y ecogenicidad incrementada, de bordes definidos, imagen hiperecogénica que emite sombra posterior en segmento VI en un área de 20 x 9 mm. No hay dilatación de las vías biliares intrahepáticas. Espacio de Morrison libre.
- ❖ Colédoco: 2.8 mm y Porta de 7.4 mm
- ❖ Vesícula biliar: piriforme, de 65 mm de longitud y 25 mm de diámetro transversal. Ausencia de lesiones dependientes de pared, la que es delgada y regular. El contenido biliar es homogéneo sin imágenes litiásicas.
- ❖ Páncreas: Tamaño y morfología conservadas, con ecotextura y ecogenicidades normales, sin lesiones focales. A nivel de la cabeza de 21 mm de diámetro y cuerpo de 18 mm de diámetro.
- ❖ Bazo: Tamaño y morfología conservados. Ecogenicidad normal. Ecotextura homogénea, sin lesiones focales, de 92 x 32 mm

- ❖ Riñones: Derecho – Tamaño conservado, parénquima de adecuada ecogenicidad, bordes bien definidos, sin lesiones focales, adecuada relación córticomedular. Seno renal de ecogenicidad normal, no se observan imágenes litiásicas, ni dilatación del sistema pielocalicial.
- Izquierdo – Tamaño conservado, parénquima con adecuada ecogenicidad, bordes bien definidos, sin lesiones focales, adecuada relación córticomedular. Seno renal de ecogenicidad normal, no imágenes litiásicas, ni dilatación del sistema pielocalicial
- ❖ Uréteres: No dilatados.
- ❖ Vejiga: Con adecuada distensión. Paredes regulares, definidas y contenido homogéneo, anecoico, no ecos internos ni imágenes litiásicas en su interior.
- ❖ Útero: Central en anteversión, dimensiones y ecotextura conservadas, no alteraciones focales ni difusas, eco endometrial de 7 mm. de acuerdo al ciclo menstrual. Dimensiones 65 x 36 x 54 mm. Anexos sin particulares.
- ❖ **Impresión diagnóstica:**
 - Hepatopatía difusa crónica. Esteatosis hepática.
 - Imagen nodular de aspecto cálcico en hígado
 - Retroperitoneo y vasos iliacos sin adenopatías.

RX TORAX: 10/06/2020

- Campos pulmonares de transparencia conservada, no metástasis.
- Trama bronco-vascular dentro de límites normales.
- Hilios engrosados, mediastino y área cardíaca conservados.
- Senos costo diafragmáticos libres.
- Diafragma con abombamiento adecuado
- Estructura óseas visibles de tórax y partes blandas, sin alteraciones.

ID: Pulmones sanos

TAC DE TORAX: 24/06/2020

MAMA DERECHA: Piel y TCSC de morfología y ecogenicidad conservadas. Imagen quística anecogénica de 8 x 5 mm a horas 11, a 4 cm del pezón. Fascia mamaria profunda, tejido adiposo retromamario y estructuras musculares de morfología y ecogenicidad conservadas.

MAMA IZQUIERDA: Piel y TCSC de morfología y ecogenicidad conservadas. Parénquima predominantemente glandular con lóbulos ecogénicos, conductos galactóforos no dilatados, tejido adiposo conservado. No se aprecian lesiones quísticas, se observa imagen nodular sólida hipoecogénica, polilobulada, bordes irregulares que mide 21 x 13 x 11 mm, a horas 3, a 4 cm del pezón. Fascia mamaria profunda, tejido adiposo retromamario y estructuras musculares de morfología y ecogenicidad conservadas.

Región axilar izquierda se observa adenopatía hipoecogénica con hilio graso laminar de 18 x 8 mm.

Conclusión:

1. Nódulo solido en mama izquierda sugestivo de NM
2. Adenopatía axilar izquierda sospechosa
3. Quiste simple en mama derecha
4. Correlacionar con antecedentes.

TOMOGRAFIA ESPIRAL MULTICORTE - TORAX: 24/06/2020

Tumoración espiculada en mama izquierda con signos de necrosis central, en relación al antecedente conocido. Mide 20 x 26 mm. Tras administración de contraste se observa realce de nódulos satelital de 5 mm hipercaptador de contraste e implante a nivel de TCSC de 9 mm, de contornos poco definidos.

TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA RECIBIDO

- 18-02-20 : Ciclofosfamida 900 mg y Doxorrubicina 90 mg.
Por dos ciclos. Ultimo: 11-03-20
- 16-06-20 : Carboplatino + Paquinoxel
Por tres ciclos. Ultimo: 27-07-20
- 21-08-20 : Gemcitabina + CDDP
Por cuatro cursos. Ultimo: 16-11-20

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- RIESGOS: RQCV: II/IV ASA: II/IV
- CONSENTIMIENTO INFORMADO
- GAMAGRAFIA: Ausencia de metástasis ósea.

INFORME OPERATORIO: Fecha: 9/12/2020

DX. Preoperatorio: Cáncer de mama izquierda EC IIb (T2N1M0) + QT

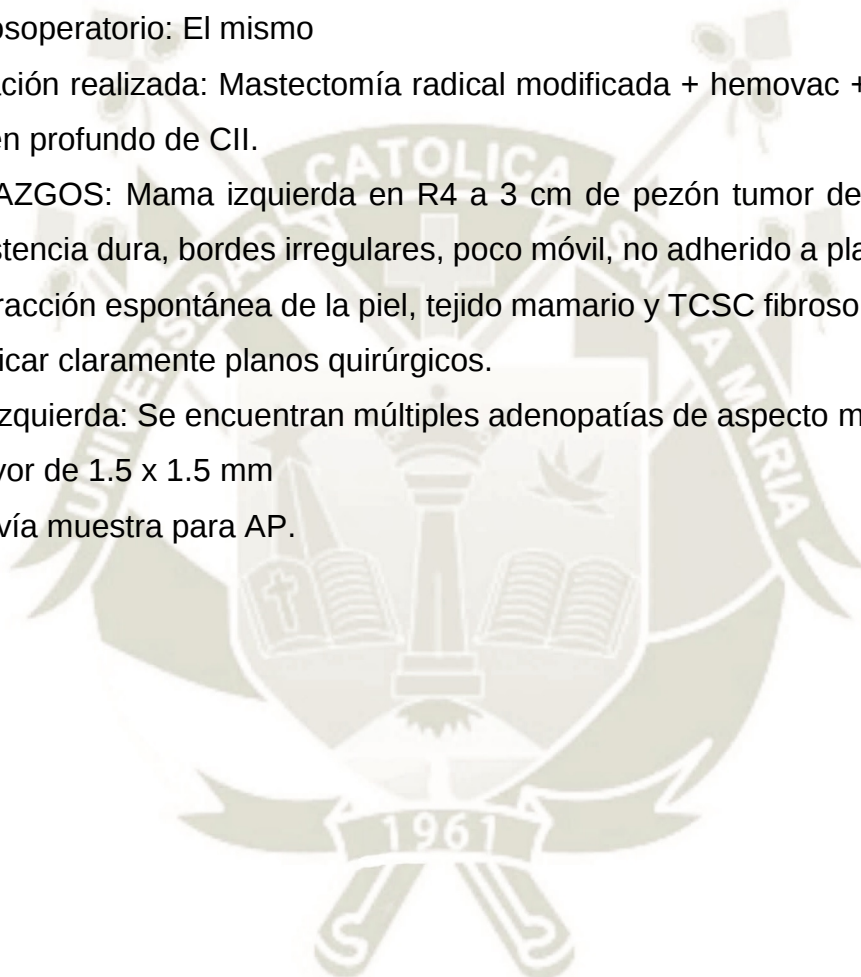
DX Posoperatorio: El mismo

Operación realizada: Mastectomía radical modificada + hemovac + Ampliación de margen profundo de CII.

HALLAZGOS: Mama izquierda en R4 a 3 cm de pezón tumor de 2.5 x 2 cm de consistencia dura, bordes irregulares, poco móvil, no adherido a planos profundos, no retracción espontánea de la piel, tejido mamario y TCSC fibroso que no permite identificar claramente planos quirúrgicos.

Axila izquierda: Se encuentran múltiples adenopatías de aspecto metastásicos (4), el mayor de 1.5 x 1.5 mm

Se envía muestra para AP.



CAPITULO III

DISCUSIÓN

El cáncer de mama triple negativo (CMTN) llama mucho la atención a investigadores y clínicos por su complejidad y resultados terapéuticos discordantes en relación con otros tipos de cáncer de mama. Parece no haber aún un consenso con relación a la apropiada definición del término “triple negativo” (9).

Los estudios realizados sobre cáncer triple negativo (CMTN) nos permiten encontrar perfiles similares en las investigaciones locales.

Se observó que el grado de diferenciación encontrado en el tumor de nuestro caso clínico fue medianamente diferenciado, que difiere de lo reportado por Medina Bueno (14) quien encontró en 280 mujeres estudiadas, mayor proporción de cáncer de mama triple negativo pobremente diferenciado. Asimismo, en nuestro caso clínico hubo compromiso axilar, tal como lo refiere Medina Bueno reportándolo como mayor compromiso axilar.

Además, en el caso clínico encontramos que la paciente fue atendida en el Hospital Goyeneche – Servicio de Oncología, considerándola de mal pronóstico por tener un cáncer de mama triple negativo. En dicho nosocomio, Mendoza del Solar y col. (15) realizaron un estudio en 65 mujeres con cáncer de mama entre el 2007-2012, con estudios de receptores hormonales y Her2 por inmunohistoquímica, en donde el 30.8 % fue triple negativo, concluyendo que son de mal pronóstico.

La paciente del Caso Clínico recibió terapia neoadyuvante que mejoraría la sobrevida global, ya que en el estudio realizado por Ruiz Huaranga y col. (16) en el INEN entre el 2009-2014, en 175 mujeres con cáncer de mama triple negativo, recibieron quimioterapia neoadyuvante, encontrando que el mayor tamaño tumoral y la afectación ganglionar son los factores asociados a menor sobrevida global. El 22.8 % del total de las pacientes presentó una respuesta patológica completa, que corresponde a la ausencia de células cancerígenas mediante estudios histológicos posterior al tratamiento neoadyuvante (16).

Nuestra paciente tenía 42 años al momento del diagnóstico, premenopáusica, con IMC de 29 kg/m² (sobrepeso), clínicamente se le encontró una tumoración mamaria de 3 x 4 cm, EC IIB, con estudio histopatológico de Carcinoma Ductal Infiltrante Moderadamente Diferenciado. González-García-Rojas y col. (17) estudió la relación del Cáncer de mama triple negativo con el peso corporal. Estudió 60 mujeres con CMTN, en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, entre el 2017-2018. La edad promedio fue de 52.32 años, promedio de IMC DE 29.08, tamaño tumoral predominante fue entre 2 – 5 cm. (48%), el 44 % tuvo EC IIB, con el 58% con carcinoma ductal infiltrante. Concluyo que el 80% de las pacientes con Cáncer de mama triple negativo tenían sobrepeso-obesidad. Los estudios son coincidentes con nuestra paciente, excepto con la edad.

Las características clínico-patológicas y epidemiológicas de nuestra paciente la llevarían a una menor sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global. Soriano García y col. (18) estudio 285 pacientes, encontrando que la Supervivencia Global a cinco años fue de 75.9 %. Mayer Zanabria y col. (19) realizó un artículo de revisión sobre Epidemiología del Cáncer de mama triple negativo en el Perú – 2015, concluyó que la Supervivencia Global es de 67.1 % a cinco años.

En nuestra paciente se encontró un Índice de Proliferación Celular (Ki67) de 50 %, que refleja mayor agresividad del tumor. En un estudio realizado por Mandujó-Guizado Giuliana y col. (20), en 134 mujeres con CMTN en el Hospital Hipólito Unanue – Lima, del 2012 al 2018, el Ki67 fue de 65 % en promedio. Por lo que una de las características más consistentemente asociadas al CMTN fue el mayor valor del Ki67.

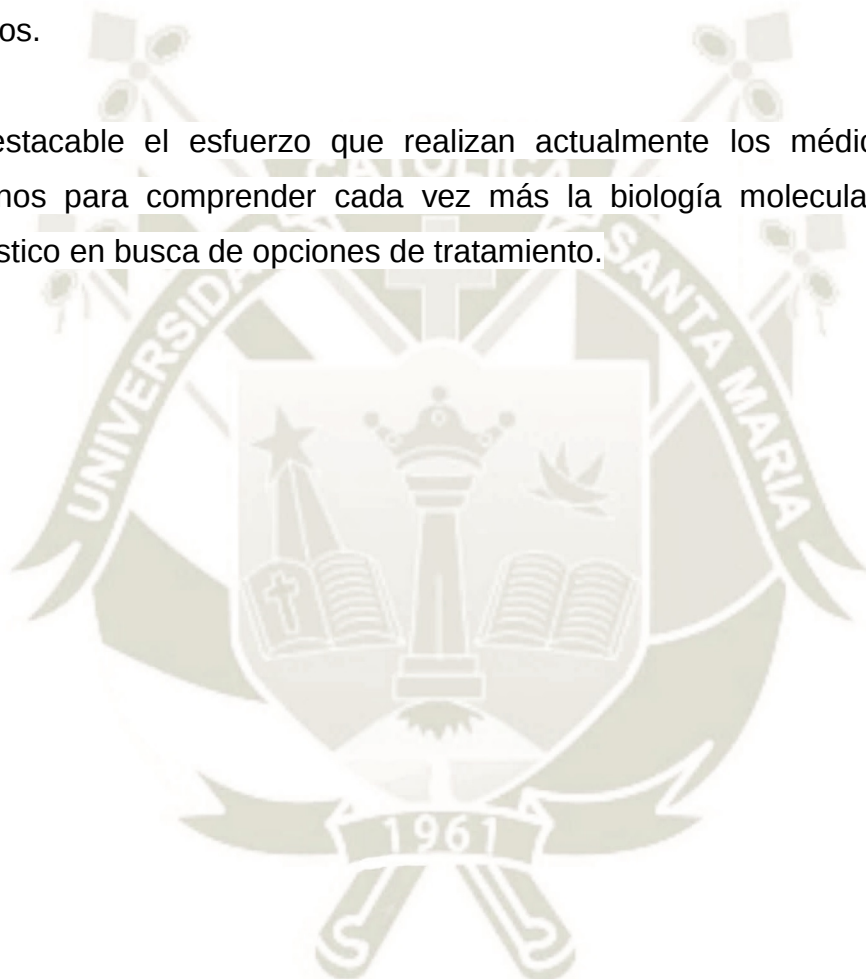
Con relación a la paridad, nuestra paciente es gran multípara que vendría a ser un factor protector para el cáncer de mama, sin embargo, en el CMTN pareciera que no se cumple. M. S. Orban Frontini y col. (21) estudiaron 140 pacientes con CMTN, cuyos resultados fueron: Edad promedio 51 años. 74% eran multíparas y 52 % menopáusicas.

De los trabajos revisados se puede concluir que el CMTN es un tipo de cáncer determinado por estudio inmunohistoquímico, que se presenta hasta en un tercio

de los casos nuevos de cáncer en nuestro medio y que tienen un pronóstico desfavorable con relación a los tipos de carcinoma luminal. También vemos que el porcentaje con que se presenta en nuestro país es muy similar al descrito en la bibliografía internacional.

Asimismo, nuestra paciente tiene características clínico-patológicas y epidemiológicas similares a las reportadas en poblaciones latinas, con las que se comparó, excepto en la edad, siendo esta menor que en las referidas en los estudios.

Es destacable el esfuerzo que realizan actualmente los médicos Oncólogos peruanos para comprender cada vez más la biología molecular y mejorar el pronóstico en busca de opciones de tratamiento.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Los estudios realizados a la paciente, en el presente caso clínico dieron como resultado un sub-tipo de neoplasia maligna muy agresiva, conocida como Cáncer de Mama Triple Negativo.

SEGUNDA: De acuerdo con el estudio del caso la paciente no presenta factores de riesgo conocidos para cáncer de mama.

TERCERA: Se evidencian algunas fallas en el Sistema de Salud:

- Falla en el diagnóstico temprano de la enfermedad: De acuerdo con la historia clínica en el Centro de Salud de su localidad nunca se le realizó el examen clínico de las mamas y tampoco ella se hizo un autoexamen, pese a ser paciente usuaria del Programa de Planificación Familiar por 11 años.
- Nivel resolutivo de Salud centralizado: La paciente debe trasladarse a la capital del departamento, abandonando su actividad laboral para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.
- Falta de continuidad en la programación de citas de atención para casos positivos en el Establecimiento de Salud del nivel resolutivo: Una vez en la capital, la paciente no encuentra facilidades para continuar sus citas en el hospital de referencia, ocasionando desconcierto e impacto económico en la familia.

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

1. A los profesionales de la salud de nivel primario: Cumplir y mejorar la calidad del Tamizaje:
 - De manera individual y colectiva, proveer de conocimiento sobre la enfermedad a las mujeres de la comunidad en todos los escenarios.
 - A todas las pacientes que acuden al establecimiento de salud, tengan o no factores de riesgo, hacerles el Examen Clínico de las mamas, según las guías de atención.
 - Indicar oportunamente los exámenes de diagnóstico de ecografía y mamografía, como parte de las pruebas de tamizaje.
2. A la Usuaría: Prácticas saludables y autocuidado se su salud.
 - Acudir puntualmente a sus tratamientos, controles y exámenes en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche.
 - Mejorar su estilo de vida con alimentación sana, vigilancia del peso corporal, actividad física y manejo del estrés.
 - Solicitar consejería genética.
3. A los Familiares:
 - Fomentar entorno favorable para la salud de la familia.
 - Acudir a los controles preventivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Osorio Bazar Niurka, Bello Hernández Claudia, Vega Bazar Lianet. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Integr. 2020;36(2).
- 2 Ramos Aguila Yisel de la Caridad, Marimón Torres Eugenia Rita, Crespo Gonzales Caridad, Junco Sena Bárbara, Valiente Morejón Wilfredo. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. Rev Ciencias Médicas. 2015 Ago;19(4):619-629.
- 3 Documento Técnico: Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú 2017 – 2021. RM. 442 – 2017/MINSA.
- 4 Zaharia M, Gómez H. Cáncer de mama triple negativo: una enfermedad de difícil diagnóstico y tratamiento. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):649-56.
- 5 Philip J. William T. Oncología Ginecológica Clínica. 5ta edición. Madrid, España: Harcourt Brace;1999.
- 6 Kirby I. Bland, Edward M. Copeland. LA MAMA. 2da edición. Montevideo Uruguay: editorial médica Panamericana;1998.
- 7 Jonathan S. Berek. Berek y Novak Ginecología.15ª edición. Philadelphia: Editorial Assistant y Design;2012.
- 8 Perou CM, Sorlie T, Eisen MB, Van De Rijn M, Jeffrey SS, Rees CA, Pollack JR, Ross DT, Johnsen H, Akslen LA, Fluge O, Pergamenschikov A, Williams C, Zhu SX, Lonning PE, Borresen-Dale AL, Brown PO, Botstein D. Retratos moleculares de tumores de mama humanos. Nature. 2000;406:747–752.

- 9 Sorlie T, Perou CM, Tibshirani R, Aas T, Geisler S, Johnsen H, Hastie T, Eisen MB, van de Rijn M, Jeffrey SS, Thorsen T, Quist H, Matese JC, Brown PO, Botstein D, Lonning PE, Borresen-Dale AL (2001) Los patrones de expresión génica de los carcinomas de mama distinguen las subclases de tumores con implicaciones clínicas. *Proc Natl Acad Sci USA* 98 : 10869–10874.

- 10 Duvergel Calderin Davanis, de Armas Fernández Olivera Fonseca Ever Marino, Romero Viamonte Katherine. Caracterización histopatológica del cáncer de mama infiltrante HER2 positivo en el Hospital Hermanos Ameijeiras. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2019 Dic;45(4):e407.

- 11 Gálvez Espinosa Maydel, Rodríguez Arévalo Lina, Osvaldo Rodríguez Sánchez Cornelio. Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2015Jun;31(2).

- 12 Hernández Sáez Isbel, González Sáez Yoandra, Heredia Benítez Lidia Yamelit, Heredia Cardoso Abbell Amís, Conde Martín Marlene, Aguilar Oliva Serguey. Educational intervention on the early detection of breast cancer. 2011Jun;15(3): 487-503.

- 13 María del Pilar Margarita Sánchez Arenasa, Carlos de Jesús Álvarez-Díaza, Cassandra Durán Cárdenas. La técnica correcta para la exploración de mama. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2018;61(2).

- 14 Medina Bueno GA. Características clínicas y pronósticas de los subtipos moleculares de cáncer de mama determinados por Inmunohistoquímica. Arequipa, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2017;34(3):472-7.

- 15 Mendoza del Solar Gonzalo, Echegaray Anuska, Caso Cesar. Perfil inmunohistoquímico del cáncer de mama en pacientes de un hospital general de Arequipa, Perú. *Rev Med Hered.* 2015;26(1): 31-34.

- 16 Ruiz E, Barrantes AL. Factores asociados a la Sobrevida Global y Sobrevida Libre de Enfermedad en pacientes con Cáncer de Mama Triple Negativo con quimioterapia neoadyuvante y tratamiento quirúrgico en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2009-2014(Pregrado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2018.
- 17 González-García-Rojas EA, Murillo-Ortiz B, Murguía-Pérez M, et al. Cáncer de mama triple negativo y su relación con la obesidad. Rev Mex Mastol. 2019;9(2-3):38-43.
- 18 Soriano García JL, et al. Supervivencia global en pacientes con cáncer de mama triple negativo en etapas tempranas. v Cub Oncol. 2020;18(3).
- 19 Mayer Zaharia, Alexandra Prado, Nadezhda Cárdenas, Zaida Morante, Henry Gómez, Gustavo Sarria, Jorge Moscol, Luis Pinillos, Carlos Perez. Epidemiología del cáncer de mama triple negativo en el Perú. Revista Carcinomas. 2015;Volumen5Número1:21-25.
- 20 Mandujano-Guizado Giuliana, De La Cruz-Vargas Jhony A, Woolcott-Crispín William, Montoya-Suárez José Luis, Ramos Willy. Características clínicas e histopatológicas asociadas a pacientes con cáncer de mama triple negativo en un hospital de referencia peruano, 2012-2018. Rev. Fac. Med. Hum. 2019;19(3): 53-59.
- 21 M. S. Orban Frontini, A. L. Ulloa Bevacqua, C. P. Arias, C. Gon, V. Sanchotena, M. Carrasco Maldonado, G. Horton, C. Garbovesky, D. Flaks. Cáncer de mama Triple Negativo: evaluación de características clínico-patológicas y factores pronósticos. Revista Argentina de Mastología. 2017; volumen (36): págs. 73-86.