

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



**Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama Hospital Nacional Carlos
Alberto Seguí Escobedo de la Red Asistencial Arequipa- EsSalud. 2023.**

Trabajo académico presentado por la Licenciada:

Salas Ruelas Jenny

ORCID: 0009-0007-4852-9404

Para optar el título de Segunda Especialidad en **Prevención de Cáncer Cérvico Uterino y
de Mamas.**

Asesora:

Dra. Cárdenas Núñez Yenhny Margareth

ORCID: 0000-0003-2278-9383

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICO UTERINO Y
DE MAMAS**

SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 02 de Octubre del 2024

Dictamen: 010437-C-2024

Visto el borrador del expediente 010437, presentado por:

2021970172 - SALAS RUELAS JENNY

Titulado:

**CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE DE MAMA HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO
SEGÚN ESCOBEDO DE LA RED ASISTENCIAL AREQUIPA- ESSALUD. 2023.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

PREVENCIÓN DE CÁNCER CERVICO UTERINO Y DE MAMAS

**29374447 - FERNANDEZ VASQUEZ ARMIDA ANGELITA
DICTAMINADOR**



**29218350 - MEDINA LUQUE MARIA ROSARIO
DICTAMINADOR**



**29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETH
DICTAMINADOR**



Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de la Red Asistencial Arequipa- EsSalud. 2023.

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

4%

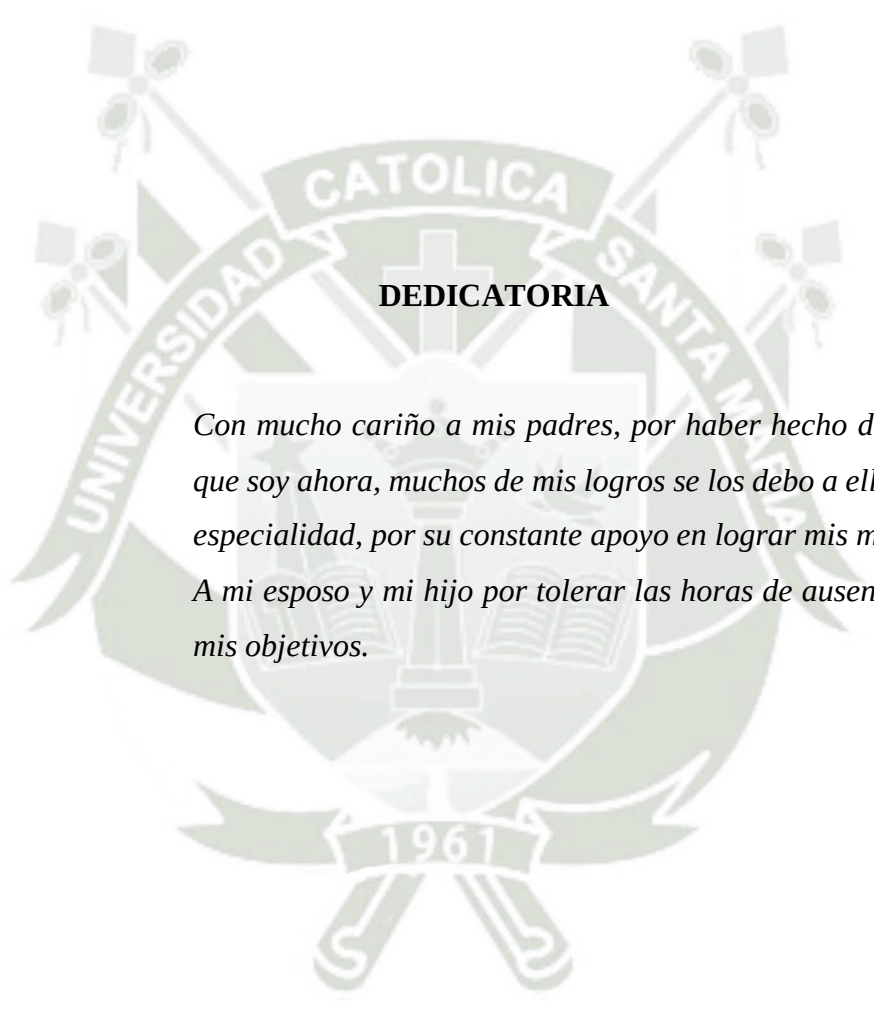
PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

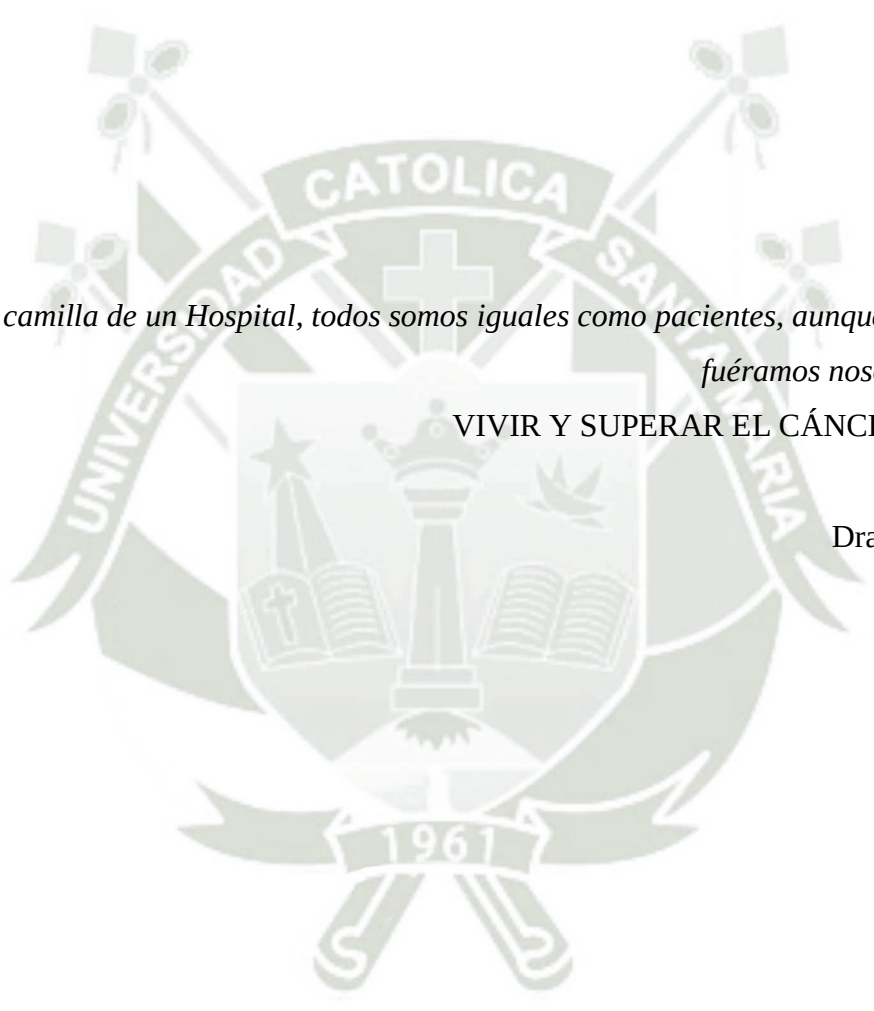
1	hdl.handle.net Fuente de Internet	7%
2	www.cancer.net Fuente de Internet	6%
3	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	4%
4	Submitted to Ilerna Online Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	1%
6	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
8	cmhnaaa.org.pe Fuente de Internet	1%



DEDICATORIA

Con mucho cariño a mis padres, por haber hecho de mí la persona que soy ahora, muchos de mis logros se los debo a ellos incluido esta especialidad, por su constante apoyo en lograr mis metas.

A mi esposo y mi hijo por tolerar las horas de ausencia en busca de mis objetivos.



*En la camilla de un Hospital, todos somos iguales como pacientes, aunque el día anterior
fuéramos nosotros el médico.*
VIVIR Y SUPERAR EL CÁNCER DE MAMA.

Dra. Ilaria Bianchi.

RESUMEN

El Objetivo: Analizar el caso clínico del Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama, Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial Arequipa EsSalud, la revisión del presente análisis del **caso clínico** de una paciente con diagnóstico de Neoplasia de mama bilateral EC IV (T3N2M1) por Metástasis hepáticas, compromiso de mama y ganglios axilares contralaterales.

La metodología utilizada fue un análisis de caso clínico; Paciente de 32 años de edad que, en el mes de noviembre del 2022, refiere palpase casualmente tumoraciones blandas en la mama izquierda que fueron aumentando de tamaño muy rápidamente, y que recibió tratamiento sintomático, (enero del 2023), presenta una notable pérdida de peso 8 kilos en un mes además presenta náuseas, (febrero del 2023), siendo internada en el Hospital EsSalud de la ciudad de Juliaca, (abril del 2023). En este establecimiento se le realizó una biopsia, posterior al procedimiento desarrolló dolor irradiado hacia la espalda, con los resultados es evaluada en el Servicio de Ginecología y es referida a establecimiento de mayor complejidad, tres semanas antes de su ingreso refiere la aparición de nódulos de crecimiento progresivo en mama derecha.

Área de estudio: Se realizó en el Departamento de Oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, de la Red Asistencial Arequipa de EsSalud.

Metodología: se utilizó una metodología descriptiva donde se seleccionó a una paciente con diagnóstico de Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama en estadio IV, para conocer los antecedentes, el estado actual y la respuesta terapéutica.

CONCLUSIONES:

Los estudios realizados a la paciente, en el presente caso clínico dieron como resultado Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama en estadio IV.

Según el caso clínico la paciente no se realizó una autoexploración oportuna, la detección de la enfermedad se realizó cuando la paciente ya presentaba un cáncer agresivo y siendo tan joven ella.

Se obtuvo un diagnóstico certero siguiendo todos los protocolos de atención para pacientes con cáncer de mama y se pudo evaluar que no todos los canceres se presentan por tener factores de riesgo asociados.

Nuestro sistema de salud nos muestra que los establecimientos de salud no están bien implementados para realizar exámenes oncológicos y por ende los pacientes tienen que ser referidos a establecimientos de salud con mayor capacidad resolutive.

Palabras clave: Cáncer de Mama, Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama.

ABSTRACT

The Objective: To analyze the clinical case of infiltrating lobular carcinoma of the breast, Alberto Seguin Escobedo National Hospital of the Arequipa EsSalud Healthcare Network, the review of the present analysis of the clinical case of a patient with a diagnosis of bilateral Breast Neoplasia EC IV (T3N2M1) by Liver metastases, involvement of the breast and contralateral axillary nodes.

The methodology used was a clinical case analysis-; a 32-year-old patient who, in November 2022, reported casually palpating soft tumors in the left breast that were increasing in size very quickly, and who received symptomatic treatment, (January 2023), presented notable weight loss 8 kilos in a month she also presented nausea (February 2023), being admitted to the EsSalud Hospital in the city of Juliaca, (April 2023) in said establishment a biopsy was performed, after the procedure she developed pain radiating to her back, with The results were evaluated in the Gynecology Service and she was referred to a more complex establishment. Three weeks before her admission, she reported the appearance of progressively growing nodules in the right breast.

Study area: It was carried out in the Oncology Department of the Hospital Nacional del Sur, Carlos Alberto Seguin Escobedo, of the Arequipa Care Network of EsSalud.

Methodology: a descriptive methodology was used where a patient with a diagnosis of Infiltrating Lobular Carcinoma of the breast in stage IV was selected to know the history, current status and therapeutic response.

CONCLUSIONS:

The studies performed on the patient, in the present clinical case, resulted in stage IV infiltrating lobular carcinoma of the breast.

According to the clinical case, the patient did not perform a timely self-examination; the disease was detected when the patient already had such an aggressive cancer and was so young.

An accurate diagnosis was obtained by following all care protocols for patients with breast cancer and where it was also possible to evaluate that not all cancers occur because they have associated risk factors.

Our health system shows us that all health establishments are not very well implemented to perform oncological examinations and therefore patients have to be referred to health establishments with greater resolution capacity.

Keywords: Breast Cancer, Infiltrating Lobular Carcinoma of the Breast

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
MARCO CONCEPTUAL	3
1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2.- OBJETIVO GENERAL	3
3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
4.- MARCO TEÓRICO	4
4.1.- Definición de cáncer	4
4.2.- Glándula mamaria	4
4.3.- Cáncer de Mama (CANM)	6
4.4.- Diagnóstico del CANM	7
4.4.1.-Técnicas de detección de CANM.	7
4.4.2.- Mamografía	8
4.4.3.-Clasificación BIRADS	8
4.4.4.- Ecografía de mamas	10
4.4.5.- Resonancia Magnética (RM)	11
4.4.6.-Biopsia	11
4.5.- Estadificación del CANM	12
4.5.1.- Estadificación TNM	12
4.5.2.- Tipos de tratamiento:	15

4.5.3.- Cáncer Recurrente:	16
4.6.- Signos y síntomas del CANM	16
4.7.- Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama.....	16
4.8.-Antecedentes investigados	17
CAPÍTULO II	19
MARCO METODOLÓGICO	19
2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	19
CAPÍTULO III	25
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS.....	33

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 8,8 millones de personas mueren cada año de cáncer, principalmente en países de ingresos bajos y medios, lo que lo convierte en un problema sanitario mundial. A expensas de las naciones emergentes, esta tendencia va en aumento. Para el año 2030 la OMS estima que 21,3 millones de personas desarrollarán la enfermedad y 13,1 millones de personas morirán.

El Cáncer de Mama (CANM) es el segundo cáncer que afecta a las mujeres en el mundo, constituyéndose en un problema de salud pública sobre todo en los países donde los sistemas de salud no tienen bien organizados los programas de prevención y no ofrecen alternativas terapéuticas; en tal escenario la mortalidad por esta causa se eleva dramáticamente, para el año 2020 existe más de 210,000 nuevos casos diagnosticados con CANM en Latino América llegando así a casi 68,000 muertes (1).

De acuerdo con la última información publicada por la OMS en marzo del 2024 para el año 2022 fallecieron 670 000 personas por CANM en todo el mundo, el cáncer más común entre las mujeres de 157 de los 185 países considerados en el 2022 aproximadamente, y entre el 0,5% y el 1% de los casos de CANM afectan a varones (2).

Además, entre las mujeres de 35 años y más, el CANM es el segundo tumor más frecuente en nuestro país. En Lima y Callao, la incidencia de CANM es mayor que la de cáncer de cuello uterino y colorrectal, según el más reciente estudio del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Perú (CDC, 2022). Ministerio de Salud boletín informativo (3).

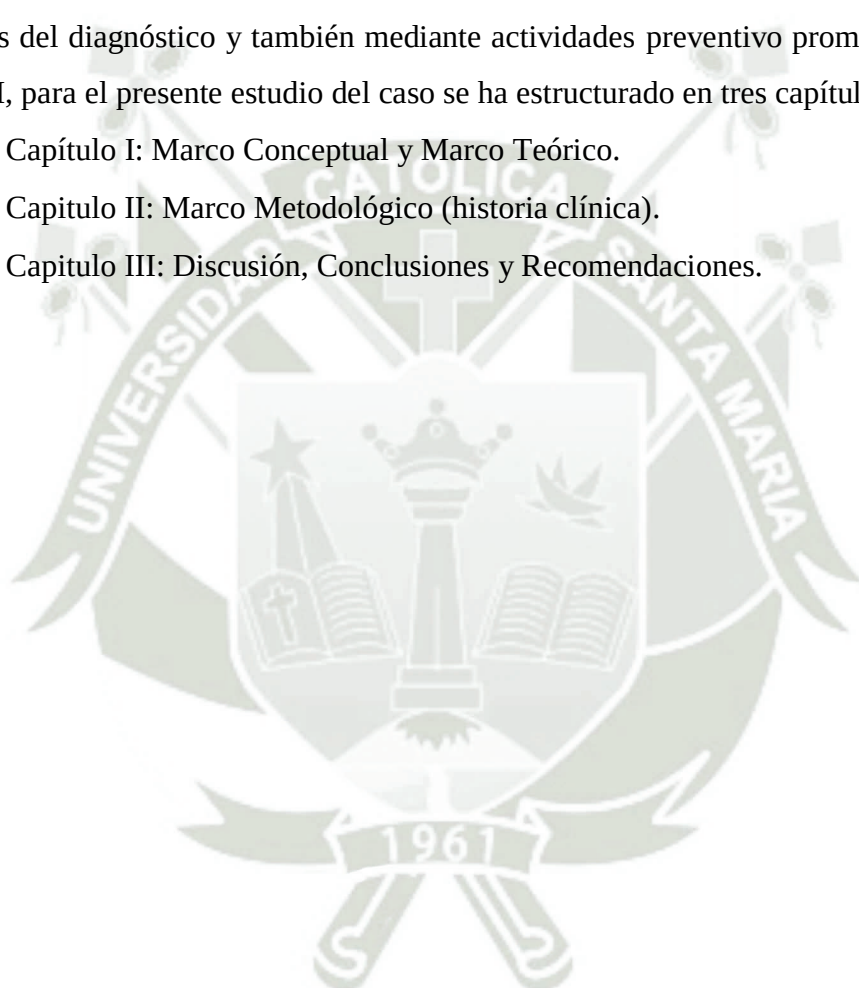
Entre el 7% y el 20% de los casos de CANM son carcinomas lobulillares infiltrantes, lo que los convierte en la segunda neoplasia maligna más frecuente. Tanto la bilateralidad como la multicentricidad son más frecuentes en esta neoplasia. Histológicamente, las células neoplásicas forman una “fila india” alrededor de los acinos y los conductos terminales, mostrando una invasión lineal del estroma. Las células son diminutas, con núcleos redondos, con citoplasma escaso y nucleolos desprovistos de particularidades. Debido al potencial del CANM contralateral y a la posibilidad de diseminación metastásica tanto en el sistema gastrointestinal como en los órganos genitales, el peritoneo, el retroperitoneo y otros órganos, esta forma de carcinoma requiere una estrecha vigilancia (4).

El CANM es la neoplasia maligna más frecuente en mujeres en el Perú, representando el 18,9% de los casos nuevos. En el año 2020 se registró una tasa de mortalidad del 5,2% (GCO, 2020), inferior al 16,1% registrado entre 2003 y 2016 (Zafra-Tanaka, Tenorio-

Mucha, Villarreal-Zegarra, Carrillo-Larco, & Bernabé-Ortiz, 2020). Con la excepción de Cuba, las tasas de mortalidad en América Latina están disminuyendo en general, y este descenso forma parte de esa tendencia (5).

Es por ello que se tiene como objetivo de investigación analizar el caso clínico: Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo de la Red Asistencial Arequipa EsSalud, por lo que el CANM es una problemática de salud pública a nivel nacional e internacional, lo que buscamos es mejorar la detección oportuna a través del diagnóstico y también mediante actividades preventivo promocionales para el CANM, para el presente estudio del caso se ha estructurado en tres capítulos:

- Capítulo I: Marco Conceptual y Marco Teórico.
- Capítulo II: Marco Metodológico (historia clínica).
- Capítulo III: Discusión, Conclusiones y Recomendaciones.



CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El CANM se define por alteraciones en la expresión genética y la estructura tisular. El carcinoma ductal invasivo es el tipo más común de CANM, representando el 75-80% de todos los carcinomas invasivos. El carcinoma lobulillar invasor (CLI) y los carcinomas mixtos (ductal-lobulillar -CD-L) representan el 5%-15% y el 3%-5% de todos los tumores invasores, respectivamente. Aunque son menos frecuentes. El carcinoma ductal in situ (CDIS) se ha identificado como precursor directo del cáncer invasor, con una frecuencia del 1,5% al 3% (7).

El CANM, se clasifica por expresión inmunohistoquímica de receptores de estrógeno (ER), receptores de progesterona y HER-2/neu en tipos como luminal A, luminal B, no luminal o Her2, y Basal o triple negativo (8).

Aparte de la clasificación histológica, la expresión del receptor de estrógenos (RE) y del receptor de progesterona también se ha utilizado para tipificar el CANM. Estos tipos incluyen el luminal A (ER+, HER-2/neu-), el luminal B (PR+), el no luminal o Her2 (ER-/PR-, HER-2/neu+) y el basal o triple negativo (ER-/PR-, HER-2/neu-) (8).

2.- OBJETIVO GENERAL

Analizar el caso clínico del Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama, Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial Arequipa EsSalud.

3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la aparición del Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama en la paciente del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial Arequipa EsSalud.
- Identificar los antecedentes familiares y personales de la paciente del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de la Red Asistencial Arequipa EsSalud.
- Conocer la atención que recibió la paciente en los diferentes niveles de atención de salud.
- Conocer las medidas de prevención que tomo la paciente para identificar un posible diagnóstico de CANM.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1.- Definición de cáncer

El cáncer se caracteriza por la alteración celular del órgano donde se origina. Las alteraciones genéticas provocan propiedades nuevas en las células, como la división acelerada y la inhibición de la apoptosis (8).

4.2.- Glándula mamaria

- **Anatomía de la mama:**

La mama descansa sobre la pared costal desde el segundo o tercer arco costal hasta el sexto o séptimo, con la línea axilar medial como borde lateral. El músculo pectoral mayor está en contacto con la glándula mamaria en su cara posterior. Se extiende desde la clavícula hasta la región anterolateral del húmero (9).

El músculo pectoral menor se extiende de la tercera a la quinta costilla y termina en la apófisis coracoides, visible en la profundidad del músculo.

La glándula mamaria se compone de parénquima, estroma, soporte conjuntivo y tejido adiposo (10).

- **Parénquima:**

Después del nacimiento, el galactóforo primario se dilata y se divide en conductos secundarios y terciarios con sus acinos terminales. Los lobulillos mamarios se encuentran en el parénquima y se subdividen en lobulillos. Cada glándula mamaria tiene de 15 a 20 lóbulos (11).

Algunos galactóforos terminan abruptamente cerca del pezón, mientras que otros se ramifican y drenan en diferentes áreas de la glándula mamaria. La unidad ductal lobular terminal es el último segmento y unidad funcional del sistema (10).

- **Estroma:**

En condiciones normales, un pequeño ganglio linfático puede verse en la región peritoneal exterior de la mama debido a la presencia de arterias sanguíneas y tejido linfático en el estroma que rodea los conductos. La zona conocida como "Cola de Spence" se caracteriza por un alargamiento unilateral o bilateral de la axila y se puede afectar hasta un 10% de las mujeres.

La capa de tejido adiposo soporta la profundidad de la glándula mamaria (10).

- **Soporte conjuntivo:**

El soporte conjuntivo está constituido por el Ligamento de Cooper, y haces de tejido conectivo entre la lámina anterior de la fascia del músculo pectoral mayor y

la capa inferior de la piel. Algunos espacios se extienden hasta la superficie de la piel, dividiendo los distintos lobulillos (crestas de Duret) (10).

- **Tejido adiposo:**

El tejido adiposo separa las glándulas pectorales y los lóbulos dentro de las glándulas. Se forma a partir de células que almacenan lípidos, amortigua y protege las mamas, además de tener funciones metabólicas (10).

- **Irrigación arterial:**

Tres son las ramas que provienen de la aorta descendente: La arteria intercostal se origina de la arteria mamaria interna. La arteria subclavia se origina de las arterias intercostales posteriores y se dirige a la mama. Y la arteria axilar da origen a la arteria torácica y se convierte en la arteria mamaria externa.

La irrigación arterial a la mama es suministrada por las arterias mamarias interna y externa, las arterias intercostales y las ramas de la arteria axilar. La arteria mamaria interna suministra sangre a la porción medial de la glándula mamaria, mientras que las arterias mamaria externa e intercostal suministran sangre a las regiones lateral y profunda.

La arteria torácica superior suministra sangre al músculo pectoral mayor y a la región detrás de las glándulas mamarias, originándose en el primer segmento de la arteria axilar. La arteria torácica superior se origina del primer segmento de la arteria axilar. Las arterias torácica y claviclar irrigan los dos pectorales, originándose del segundo segmento de la arteria axilar. Las arterias torácica y claviclar irrigan los dos pectorales y provienen del segundo segmento de la arteria axilar y forman una red de comunicación confluyente con los plexos profundos y periareolares (10).

La vía paralela invertida es continuada por el sistema venoso, a través de los territorios ganglionares.

El sistema linfático está formado por la linfa y los ganglios linfáticos ubicados en zonas clave del cuerpo, es esencial para las respuestas inmunes.

Los vasos linfáticos mamarios deben ser resecados junto con el tejido a extirpar, ya que las células cancerosas pueden acumularse en ellos.

El drenaje linfático aferente mamario nace de pequeños conductos que se originan en el intersticio de los sistemas dérmico, subdérmico, prepectoral e interlobular. Los sistemas son mallas de vasos interconectados sin válvulas, los conductos más grandes forman colectores que llegan a los ganglios linfáticos axilares, también conocidos

como ganglios centinela. Desaguan finalmente en el torrente circulatorio sanguíneo, la cadena axilar se reparte en las siguientes secciones: axilar, mamaria externa, escapular, sub clavicular, e Interpectoral de Rotter.

El CANM suele metastatizar en estos ganglios porque las mamas aportan la mayor parte de la linfa que reciben estos ganglios, que constituyen entre el 75 y el 97 por ciento de todo el flujo linfático mamario. Algunos canales de drenaje, en cambio, desembocan en los ganglios linfáticos abdominales, supraclaviculares, axilares contralaterales o mamaros internos sin conectar con ningún otro (12).

- **División Topográfica:**

La glándula mamaria está dividida en cuatro cuadrantes por dos líneas perpendiculares virtuales que atraviesan el pezón para ubicar las lesiones en la mama.

Región retro areolar, cuadrante inferior interno y el externo, cuadrante superior interno y el externo. La enfermedad se manifiesta frecuentemente en el cuadrante superior externo incluyendo su proceso axilar, donde se encuentra la mayor parte del tejido glandular; cada área tiene un nombre (10).

4.3.- Cáncer de Mama (CANM)

El tumor maligno que se desarrolla a partir de las células mamarias se conoce como CANM, este tipo de cáncer generalmente comienza en las células de los lobulillos o en los conductos que transportan la leche hacia el exterior. El cáncer mamario podría producirse en los tejidos estromales y en los tejidos que contienen a los tejidos conjuntivos sebosos y fibrosos de la mama.

En la mayoría de los casos, el CANM se presenta de forma subclínica y solo se detecta mediante exámenes de imagenología. Otra manifestación común es una tumoración no dolorosa que a menudo se relaciona con adenopatías axilares. La aparición del CANM puede incrementarse por factores como: la edad, historial personal y familiar de cáncer, radioterapia en el pecho, hormonas posmenopáusicas, inicio temprano de la menstruación o menopausia tardía, primer parto después de los 30 años, obesidad, inactividad física. y consumo excesivo de alcohol. Los síntomas incluyen: bulto en la mama, cambios en la piel, alteraciones en el pezón y enrojecimiento en la piel (13).

Tipos de tumores más frecuentes:

- Carcinoma lobulillar “in situ” (CLIS): es causado por el crecimiento anómalo de células en una o varias zonas del lobulillo. Existe un mayor riesgo de que el

carcinoma lobulillar in situ evolucione a un cáncer mamario invasivo. Y se establece ordinariamente durante la menopausia entre los 40 y 50 años de edad.

- Carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI): Alrededor del 80% de los casos de CANM se presentan de esta manera. Se llama carcinoma invasivo o infiltrante cuando evoluciona desde células de origen del epitelio que recubren los conductos galactóforos de la mama. Puede diseminarse a los ganglios linfáticos y otras áreas del cuerpo debido a su naturaleza invasiva. Es la forma más habitual de cáncer mamario en varones.
- Carcinoma lobular invasivo: Se propaga en dirección del tejido normal adyacente a la mama, iniciando al interior del lobulillo (14).

4.4.- Diagnóstico del CANM

El diagnóstico oportuno del CANM es de suma importancia para un tratamiento adecuado que permita mejorar el pronóstico de las pacientes que los padecen. La evaluación médica especializada permitirá la identificación y la detección temprana de las lesiones sospechosas en la mama. Para ello es importante considerar la triple evaluación de la mama mediante mamografía bilateral y ecografía para describir la tumoración de la mama y/o región axilar, y la biopsia de dicha lesión para confirmar el diagnóstico (8).

4.4.1.-Técnicas de detección de CANM.

- **Autoexploración:**
Consiste en mirar y palpar las mamas de la mujer como método de cribado, el efecto de la autoexploración mamaria en el mundo no revela una disminución de la mortalidad. Algunos datos implican un mejor pronóstico para las mujeres porque las lesiones se descubren en los estadios clínicos I y II (15).
- **Anamnesis:**
Reconstrucción de la historia personal de la paciente con fines diagnósticos a partir de la información recopilada en su historia clínica (17).
- **Examen clínico:**
Permite determinar el estado hormonal de la paciente y los antecedentes familiares de CANM. Se debe observar el aspecto general de la paciente, las axilas y los pezones durante la exploración física del examen clínico (16).
- **Inspección:**
La paciente se colocará de pie y realizará diferentes movimientos con los brazos: levantados, a la cintura, inclinación del pecho hacia adelante y contracción de los

pectorales. Se examina, la inflamación o alteraciones cutáneas, retracción de piel o pezón, cambios de color o enrojecimiento de la piel, asimetrías en mamas, orientación del pezón (18).

- **Palpación:**

La paciente es colocada en posición supina o sentada, esta exploración se realiza en todos los cuadrantes de la mama, se examina el pezón con los dedos pulgar y el índice para evaluar secreciones y motilidad, se realiza presión sobre los arcos costales y luego detrás del pectoral mayor en los huecos axilares. Con una ligera presión en la zona supra e infraclavicular (18).

4.4.2.- Mamografía

La mamografía es una imagen bidimensional obtenida de dos proyecciones de la glándula mamaria. La detección de lesiones subclínicas en mujeres asintomáticas por mamografía consta de dos proyecciones; una cráneo-caudal y una medio-lateral-oblicua (19).

En una mamografía de cribado se buscan calcificaciones, asimetrías en la densidad, anomalías en la arquitectura de la glándula y lesiones no palpables.

Los nódulos muestran contornos que sugieren malignidad y se confunden con la densidad de los tejidos de la glándula mamaria en ambas proyecciones. Las calcificaciones pueden identificar malignidad por su forma y agrupación en los cristales de calcio (20).

4.4.3.-Clasificación BIRADS

Con el fin de abordar la falta de uniformidad, estandarización y directrices claras en los informes sobre la práctica de la mamografía, el Colegio Americano de Radiología (ACR) puso en marcha a finales de la década de 1980 el Breast Imaging Reparten and Data Systems (BI-RADS®) (21).

En 1986, el ACR organizó un grupo de físicos médicos, radiólogos y un funcionario de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) para crear un programa voluntario de acreditación de mamografías.

Un componente importante de la iniciativa BI-RADS fue el léxico, un diccionario de descriptores de características de imagen específicas. El léxico BI-RADS siempre se ha basado en datos, utilizando descriptores que anteriormente se había demostrado en la literatura para predecir enfermedades benignas y malignas.

Tras su creación, el léxico BI-RADS abrió nuevas vías de investigación, comunicación, control de calidad y mejora de la atención al paciente.

La clasificación y gestión de las lesiones mamarias mediante BI-RADS es un sistema de control de calidad que los radiólogos utilizan para asignar categorías numéricas a las mamografías una vez analizadas. Esto permite ofrecer un informe radiográfico coherente y conciso (22).

Tabla 1: Informe Radiográfico Uniforme y Breve

BIRADS 0	El estudio insuficiente o no concluyente
BIRADS 1	Negativa (mama normal).
BIRADS 2	Benignos (hallazgos no cancerosos).
BIRADS 3	Hallazgos probablemente benignos
BIRADS 4	Hallazgo sospechoso de malignidad 4a: Baja sospecha de malignidad 4b: Moderada sospecha de malignidad 4c: Alta sospecha de malignidad
BIRADS 5	Alta sugestiva de malignidad
BIRADS 6	Diagnostico maligno comprobado por biopsia.

Fuente: Camacho C. Espíndola V. Actualización de la nomenclatura BI -RADS por mastografía y ultrasonido, revista Permanyer 2019.

BIRADS 0:

No es posible hallar alguna patología. El examen es insuficiente.

- Se requieren más pruebas de imagen y/o comparaciones con mamografías anteriores para controlar adecuadamente el hallazgo en estudio.
- Puede ser necesario realizar otra ecografía o mamografía focalizada o ampliada en la zona de interés. El radiólogo puede haber observado una lesión sospechosa no bien definida.

BIRADS 1:

Mamografía con resultado de mama normal. Continuar con la mamografía anual.

- No se han encontrado imágenes sospechosas. Las estructuras son normales y no son necesarias observaciones adicionales. El estudio se considera negativo ya que no hay hallazgos inusuales.

BIRADS 2:

Mamografías que solo encuentran hallazgos benignos como calcificaciones benignas o ganglios intramamarios, no hay posibilidad de cáncer. Debe realizar control en un lapso de seis meses o un año, según el examen clínico.

BIRADS 3:

- El resultado probablemente sea benigno. Pueden encontrarse pequeños grupos de calcificaciones puntiformes y esféricas o nódulos confinados. La probabilidad de desarrollar cáncer es moderada, con una probabilidad de malignidad inferior al 2,24%. Se aconseja un control a los seis y doce meses para evaluar su estabilidad en el tiempo.
- Este método permite un diagnóstico precoz del cáncer con altas probabilidades de éxito del tratamiento si la zona sospechosa cambia con el tiempo, evitando biopsias innecesarias.

BIRADS 4:

Resultado con probable malignidad. Esta categoría se subdivide en 3 niveles que van de 3% al 94% de acuerdo a su porcentaje de malignidad. Requiere confirmación histopatológica.

4A: Presenta baja sospecha de malignidad (3% a 49%).

4B: Presenta mediana sospecha de malignidad (50 a 89%).

4C: Presenta moderada sospecha de malignidad (90 a 94%).

BIRADS 5:

Alta sospecha de malignidad en el resultado. Determinar el diagnóstico mediante biopsia. Más del 95% de posibilidades de malignidad y se requiere biopsia complementaria.

BIRADS 6:

Biopsia que confirma malignidad. Esta categoría se utiliza únicamente para los hallazgos en una mamografía que ya demuestra que son lesiones malignas. Se solicita iniciar tratamiento, antes de iniciar el tratamiento, el diagnóstico debe ser definido con la histología. La mamografía se solicita para evaluar la respuesta del cáncer a la terapia (5).

4.4.4.- Ecografía de mamas

Se utilizan ondas sonoras en la ecografía para producir una imagen del tejido mamario. Un tumor sólido, que puede ser cáncer, y un quiste lleno de líquido, que normalmente no es cancerígeno, pueden diferenciarse mediante una ecografía. La ecografía se utiliza para evaluar una zona concreta de la mama cuando se examina un hallazgo que puede ser canceroso (23).

4.4.5.- Resonancia Magnética (RM)

Emplea campos magnéticos en lugar de rayos X para crear imágenes detalladas del cuerpo. Se administra un medio de contraste antes de la exploración para obtener una imagen clara del posible cáncer. Se inyecta un colorante en la vena de la paciente. La RM de mama puede ser una alternativa de cribado para personas con alto riesgo de CANM y antecedentes de la enfermedad, además de la mamografía. Se puede realizar una RM de mama tras un diagnóstico de cáncer para controlar la otra mama o evaluar la propagación de la enfermedad.

En el CANM localmente avanzado, se puede utilizar la resonancia magnética para la planificación quirúrgica después de la quimioterapia o terapia endocrina.

Las RM se pueden usar como método de vigilancia después del diagnóstico y tratamiento para el CANM (24).

4.4.6.-Biopsia

La extirpación de una cantidad pequeña de tejido para su examen a través de un microscopio es una biopsia. Solo este proceso puede permitir formular un diagnóstico definitivo de cáncer, aunque otras pruebas pueden sugerir su presencia. Esta se clasifica según la técnica o el tamaño de la aguja utilizada (25).

- **Biopsia por aspiración con aguja fina.**

Se utiliza una pequeña aguja para extirpar una pequeña muestra de células en este tipo de biopsia (2).

- **Biopsia profunda con aguja.**

Se extrae una muestra mayor de tejido con una aguja más gruesa. Es el método de biopsia recomendado en la mayoría de los casos. Se evaluarán los biomarcadores del cáncer, como el estado de los receptores hormonales (RE, RP) y HER2, si se encuentra un tumor para orientar las opciones de tratamiento. Estos biomarcadores están incluidos en las células tumorales. Los biomarcadores en la sangre rara vez se usan para diagnosticar el CANM (2).

- **Biopsia guiada por imágenes.**

Se guía una aguja hacia la masa o calcificaciones utilizando una técnica por imágenes como mamografía, ecografía o RM durante el procedimiento. Durante la biopsia de mama, se coloca un clip metálico pequeño en el área de la muestra para marcarla en caso de ser necesario para cirugía adicional por cáncer.

Para diagnosticar el CANM, se recomiendan biopsias con aguja gruesa no quirúrgica para limitar la cantidad de tejido extraído. El uso de biopsias con aguja para el diagnóstico reduce la cantidad de cirugías innecesarias, las biopsias pueden ser con aguja gruesa o con aguja fina. La biopsia estereotáctica se realiza mediante mamografía para guiar la aguja en una biopsia guiada por imágenes, generalmente este clip es de titanio (26).

- **Biopsia quirúrgica.**

Para diagnosticar el CANM, la biopsia quirúrgica de mama es una cirugía que extrae tejido de la mama, para analizarla en busca de células cancerosas. Se realiza cuando los resultados de una biopsia con aguja no son concluyentes. Se tiene dos tipos de biopsia quirúrgica de mama:

- Biopsia por incisión (Se extrae solo una parte del tumor).
- Biopsia por escisión (Se extrae el tumor por completo o el área anormal).

Se extrae la cantidad más grande de tejido en este tipo de biopsia (2).

- **Biopsia del ganglio linfático centinela.**

El ganglio linfático o grupo de ganglios linfáticos alcanzados primero por el cáncer se llama ganglio linfático "centinela" cuando se propaga a través del sistema linfático. En el CANM, los ganglios linfáticos debajo de los brazos se llaman "ganglios linfáticos axilares". A pesar de la predisposición genética de los genes BRCA1, BRCA2, y p53, así como otros genes como RFCE y HER2, las mutaciones aisladas solo explican parcialmente el origen de esta neoplasia. La neoplasia está relacionada con el uso prolongado de estrógenos, cambios hormonales, edad reproductiva tardía, inactividad y obesidad (2).

Una mayor densidad mamaria puede indicar un menor riesgo de CANM, mientras que el origen étnico y un índice de masa corporal elevado son factores de riesgo. Según una investigación en Singapur. Los periodos menstruales prolongados de la mujer en torno al envejecimiento la hacen más susceptible a la enfermedad (27).

4.5.- Estadificación del CANM

4.5.1.- Estadificación TNM

El "sistema TNM" es una clasificación por etapas del CANM regulada por el Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer, American Joint Committee on Cancer (AJCC). El objetivo es garantizar que todos los Médicos y centros de tratamiento caractericen los casos de cáncer de la misma manera para comparar y comprender los resultados del

tratamiento. El AJCC, compuesto por un panel de especialistas en cáncer, rige la estadística y notificación de los casos de cáncer. Este sistema es el método más utilizado para describir el estadio. Se entiende por su abreviatura: Tumor (T): tamaño del tumor. Ganglio (Node, N) y Metástasis (M): Se ha diseminado el cáncer a otras partes del cuerpo (28).

Hay cinco estadios importantes del CANM: Carcinoma ductal no invasivo in situ (CDIS) es estadio 0. Y el CANM invasivo representado por estadios I a IV.

Se puede realizar la estadística tanto patológica como clínica. Las pruebas realizadas antes de la cirugía, como exploraciones físicas y estudios de imagen, determinan la estadificación clínica. La base de la estadificación patológica es descubierta tras la intervención quirúrgica para extirpar el tejido mamario y los ganglios linfáticos. La estadificación patológica proporciona la información necesaria para evaluar el pronóstico de un paciente (20).

Tumor (T)

El sistema TNM describe el tamaño y la localización del tumor con la letra "T" seguida de un número del 0 al 4. Se utilizan centímetros para evaluar el tamaño del tumor. El ancho es de aproximadamente un centímetro, similar al de un bolígrafo o lápiz normal.

TX: no es posible evaluar el tumor primario.

T0 (T cero): no hay evidencia de cáncer en la mama.

Tis: se refiere a carcinoma in situ. El cáncer no se ha diseminado al tejido circundante de la mama, está limitado a los conductos del tejido mamario. Hay 2 tipos de carcinoma de mama in situ.

T1: El tumor en la mama mide 20 milímetros (mm) o menos en su área más ancha. Menos de una pulgada. El estadio se desglosa en 4 subestadios según el tamaño del tumor:

- **T1m** es un tumor de 1 mm o menos.
- **T1a** es un tumor que mide más de 1 mm, pero menos de 5 mm.
- **T1b** es un tumor que mide más de 5 mm, pero hasta 10 mm.
- **T1c** es un tumor que mide más de 10 mm, pero menos de 20 mm.

T2: el tumor mide más de 20 mm, pero menos de 50 mm.

T3: el tumor mide más de 50 mm.

T4: el tumor se clasifica en grupos:

- **T4a** el tumor ha crecido hasta afectar la pared torácica.
- **T4b** es un tumor que afecta la piel debido a su crecimiento.
- **T4c** es un cáncer que ha crecido hasta afectar la pared torácica y la piel.
- **T4d** es un CANM inflamatorio (20).

Ganglio (N)

En el sistema de estadificación TNM, los ganglios linfáticos se representan con la letra "N". Los ganglios linfáticos ayudan en la lucha contra las infecciones, son pequeños órganos con forma de judía.

Los siguientes son algunos ejemplos de ganglios linfáticos regionales: Los ganglios linfáticos axilares se encuentran debajo del brazo; ganglios linfáticos ubicados arriba y debajo de la clavícula. Los ganglios linfáticos regionales son los cercanos al cáncer y están ubicados debajo del esternón y son llamados ganglios linfáticos mamarios internos.

Los ganglios linfáticos ubicados en otras partes del cuerpo se denominan "ganglios linfáticos distantes". Los estadios se describen en la siguiente información.

NX: no se evaluaron los ganglios linfáticos.

N0: cualquiera de las siguientes opciones:

- No se encontró presencia de cáncer en los ganglios linfáticos.
- Los ganglios linfáticos presentan áreas de cáncer inferiores a los 0.2 mm.

N1: el cáncer se ha diseminado entre 1 - 3 ganglios linfáticos axilares o mamarios internos. Se llama "micro metastásico" (N1mi) si el cáncer en los ganglios linfáticos es mayor que 0,2 mm, pero menor o igual que 2 mm.

N2: el cáncer se ha diseminado entre 4 - 9 ganglios linfáticos axilares homolaterales fijos, o solo a los ganglios linfáticos mamarios internos.

N3: el cáncer se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares o debajo de la clavícula. Puede haber diseminado a los ganglios linfáticos mamarios internos, y a los ganglios linfáticos supraclaviculares, ubicados por encima de la clavícula, a estos se describen como N3 cuando el cáncer se ha diseminado (29).

Metástasis (M)

La "M" del sistema TNM describe la diseminación del cáncer a otras partes del cuerpo, conocida como "metástasis":

- **MX:** no se puede evaluar la diseminación a distancia.
- **M0:** No hay indicios de metástasis a distancia, ni radiológicos ni clínicos. No superan los 0,2 mm las pruebas microscópicas de células tumorales en la médula ósea, la sangre u otros ganglios linfáticos.
- **M1:** hay células mamarias cancerosas que crecen en otros órganos, lo que indica evidencia de metástasis.

El estadio del cáncer se determina combinando las clasificaciones TNM, el grado del tumor y los resultados de las pruebas de RE/RP y HER2 (30).

4.5.2.- Tipos de tratamiento:

El estadio del cáncer se determina en términos clínicos antes de la cirugía, que generalmente incluye medicamentos y se denomina terapia neoadyuvante. Se clasifican en cáncer de estadio I a estadio IIA como “estadio temprano” y estadio IIB a estadio III como “de avance local”.

Estadio 0:

Una enfermedad que se limita a los conductos del tejido mamario se describe como estadio cero (0) y no se ha diseminado al tejido circundante de la mama. Se llama "cáncer no invasivo o in situ" (Tis, N0, M0).

Estadio IA:

El tumor es pequeño, invasivo y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos (T1, N0, M0).

Estadio IB:

No hay evidencia de tumor en la mama o el tumor en la mama mide 20 mm o menos. El cáncer se ha diseminado solo a los ganglios linfáticos y mide más de 0,2 mm, pero menos de 2 mm (Estadio IB: T0 o T1, N1mi, M0).

Estadio IIA:

Cualquiera de estas condiciones puede cumplirse como la condición que no hay evidencia de un tumor en la mama, pero el cáncer se ha diseminado a un número de 1 a 3 ganglios linfáticos axilares. No se ha diseminado a partes distantes del cuerpo. O que el tumor que mide 20 mm o menos y se diseminó a 1 - 3 ganglios linfáticos axilares (T1, N1, M0). O que el tumor que mide más de 20 mm, pero menos de 50 mm y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T2, N0, M0).

Estadio IIB:

Puede ser que el tumor mida más de 20 mm, pero menos de 50 mm y se ha diseminado entre 1-3 ganglios linfáticos axilares (T2, N1, M0). O que el tumor pueda medir más de 50 mm, pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (T3, N0, M0).

Estadio IIIA:

El tumor se ha diseminado entre 4 - 9 ganglios linfáticos axilares o mamarios internos, independientemente de su tamaño, pero no se ha diseminado a otras partes del cuerpo. (T0, T1, T2 o T3; N2; M0).

Estadio IIIB:

Tumor mayor de 50 mm que se ha diseminado entre 1 - 3 ganglios linfáticos axilares (T3, N1, M0). El tumor se ha diseminado a la pared torácica, causado aumento o ulceración de la mama, o se ha diagnosticado como CANM inflamatorio en el Estadio IIIB. (T4; N0, N1 o N2; M0) No se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Se puede haber diseminado a un máximo de 9 ganglios linfáticos mamarios internos o axilares.

Estadio IIIC:

Tumor que se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares mamarios internos o debajo de la clavícula, de cualquier tamaño. No se ha diseminado a otras partes del cuerpo (cualquier T, N3, M0).

Estadio IV:

El tumor puede tener cualquier tamaño y ha afectado otros órganos, como huesos, pulmones, cerebro, hígado y ganglios linfáticos distantes (cualquier T, cualquier N, M1); y es denominado metastásico. Alrededor del 6 % de los casos presentan cáncer metastásico en el primer diagnóstico. El CANM metastásico se encuentra con mayor frecuencia después de un diagnóstico previo de CANM en estadio temprano (31).

4.5.3.- Cáncer Recurrente:

El cáncer recurrente puede ser local, regional o distante y reaparece después del tratamiento. Las pruebas y exploraciones son similares a las del diagnóstico original. Se realizará otra serie de análisis si el cáncer regresa para obtener información sobre el alcance de la recurrencia. En el año 2018, el AJCC actualizó los estándares de estadificación del CANM, agregando características al sistema TNM para determinar el estadio (20).

4.6.- Signos y síntomas del CANM

Se realiza un autoexamen de mama mensual a partir de los 18 años, y se elige un día específico, preferiblemente siete días después de la menstruación. El CANM es generalmente asintomático. Los pacientes pueden manifestar retracción de la piel o del pezón, asimetría de glándulas mamarias, exudado a través del pezón, erosión del pezón, enrojecimiento e induración generalizada de la glándula mamaria en ocasiones. Es necesario realizar estudios como la mamografía, ecografía, resonancia magnética y marcadores tumorales cuando se observan signos de alerta (1).

4.7.- Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama

Se origina en los lobulillos y conductos terminales de la mama. Las manifestaciones radiológicas del carcinoma ductal infiltrante pueden simular las del Carcinoma Lobulillar Infiltrante, que tiene una incidencia inferior al 10% de las lesiones malignas de la mama.

Es un tipo de cáncer que ha roto la membrana basal y se ha infiltrado en el estroma, con alta probabilidad de extenderse a tejidos linfáticos y vasculares distantes.

Existen dos tipos principales de carcinoma de mama: el carcinoma ductal infiltrante, que es el más frecuente (70-80%), y adenocarcinomas sin características distintas. El Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama es el segundo tipo más común de CANM, representando el 5-15% de los casos; estos tumores son bilaterales, multicéntricos. Tienen células que se alinean en “fila india”, pero no están cohesionadas. Tienen un patrón de desarrollo difuso (2).

Según Wheler y Enterline, el cáncer lobulillar se clasifica en dos formas: Carcinoma Lobulillar in Situ y Carcinoma Lobulillar Infiltrante.

El carcinoma lobulillar in situ es un tipo de cáncer temprano que se encuentra en los lobulillos y conductos terminales, sin invadir los tejidos circundantes. Las mujeres con carcinoma lobulillar in situ tienen un riesgo de un 20 a un 30% mayor de desarrollar un carcinoma invasivo en los próximos 15 a 20 años. Siendo este hecho lo únicamente aceptado. El Carcinoma Lobulillar Infiltrante se caracteriza por células pequeñas, redondas y regulares que se infiltran difusamente entre paquetes de colágeno. Existe controversia sobre si el carcinoma lobulillar in situ es un estadio previo al carcinoma infiltrante y cómo evoluciona hacia este. La alta incidencia de bilateralidad de estos tumores es conocida. El factor pronóstico no se ve afectado si el segundo tumor no aparece sincrónicamente (32).

La diseminación metastásica del CANM se localiza con mayor frecuencia en el hueso, el pulmón, el hígado y el cerebro. La aparición de lesiones metastásicas en el tracto gastrointestinal es excepcional, y fundamentalmente es el carcinoma lobulillar el subtipo histológico que con mayor frecuencia es causante de estas metástasis (20).

4.8.-Antecedentes investigados

A continuación, se menciona dos casos clínicos y un estudio correlacional

- Ccama A. (2022) expone que, en enero del 2019, una paciente acudió por primera vez al Hospital Goyeneche III por una tumoración en la mama izquierda con dolor, que comenzó en diciembre de 2018. El 25 de enero del 2019 se realizó una Mamografía bilateral y una Ecografía de mama. Los resultados muestran un nódulo irregular con microcalcificaciones en la mama izquierda, sugiriendo Neoplasia maligna y una masa sólida hiperecogénica de 33x28x20mm en la misma mama con microcalcificaciones y un vaso arterial periférico, clasificado como NM BIRADS 5. Carcinoma ductal infiltrante primitivo de mama izquierda medianamente diferenciado Grado 2 con Invasión Linfovascular + Inmunohistoquímica en biopsia

Core anteroposterior realizada el 18 de febrero del 2019. Triple negativo: RE + 1%, RP -, Ki67, HER2 indeterminado, SISH -. Se efectúa Cirugía el 08 de abril del 2019. Mamoplastia lateral + Ampliación de margen supero-interno y externo + Ganglio centinela + Tumorectomía. Inicia QT esquema Adriamicina con ciclofosfomida el 23 de abril del 2019, completando 4 ciclos, el último el 26 de junio del mismo año. Radioterapia 50 Grays/28 fracciones inicia el 15 de julio del 2019 (33).

- Nayara López (2020), analiza a una mujer de 32 años con CANM derecha tipo Her2-neu. La paciente inicia tratamiento con quimioterapia sistémica primaria, seguida de cirugía, radioterapia y hormonoterapia. La paciente inició hormonoterapia durante 5 años después de presentar respuesta parcial post quimioterapia. Sin reincidencia, la evolución posterior ha sido favorable. El tratamiento sistémico primario planteado en esta paciente fue con una doble intención. Primero intentar cirugía conservadora para probar la sensibilidad del tumor a la quimioterapia, lo que nos sirve como pronóstico favorable y mejora la supervivencia (34).
- Silvana Luz Cahuata Lozano (2019) efectuó el estudio para establecer la relación entre la calidad de vida y el afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer y quimioterapia. Se aplicó el instrumento a un total de 235 pacientes con tratamiento oncológico. Conclusiones alcanzadas. La calidad de vida de los pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia es regular. Se utiliza el método del cuestionario. En los resultados, el nivel de afrontamiento del estrés es regular. En pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, la calidad de vida está relacionada con el afrontamiento al estrés de manera significativa (35).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA: 03/07/2023

2.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

I.- DATOS DE FILIACIÓN:

- NOMBRE: E. C. M.
- EDAD: 33 años.
- DNI: X672982X.
- CAMA: 703-A.
- FECHA DE NACIMIENTO: 30/11/1990.
- SEXO: femenino.
- ESTADO CIVIL: soltera.
- RAZA: mestiza.
- RELIGIÓN: católica.
- OCUPACIÓN: Ama de casa. Contadora.
- GRADO DE INSTRUCCIÓN: Superior Universitario Completa.
- LUGAR DE NACIMIENTO: Juliaca.
- LUGAR DE PROCEDENCIA: Juliaca.
- DOMICILIO: Av. Los Virreyes S/N, Juliaca.
- INFORMANTE: la propia paciente.

II.- ENFERMEDAD ACTUAL

Inicio de la enfermedad : noviembre del 2022.

Signos y síntomas principales : tumoraciones en mama izquierda y pérdida de peso.

Historia de la enfermedad:

Paciente refiere que la enfermedad se inicia aproximadamente en el año 2022, con características de presencia de tumoraciones en la mama izquierda y con una marcada pérdida de peso.

La enfermedad se inició en noviembre del año 2022 cuando la paciente presento 2 a 3 masas blandas de 1-2 cm de diámetro aproximadamente en el cuadrante superior interno (2 masas); y en el cuadrante inferior externo (1 masa), las cuales tenían la apariencia y consistencia “media dura” y móviles a la palpación en la mama izquierda, las que aumentaron de tamaño

progresivamente tomando una consistencia más sólida con bordes definidos a la palpación. (36).

En enero del 2023, la paciente refiere que acude a su primera revisión y evaluación por consultorio y es derivada a evaluación por especialistas y según los exámenes que le realizaron hubo la aparición de una adenopatía axilar izquierda de aproximadamente 2 cm, así mismo dentro de los síntomas que tenía también era la pérdida de peso que era muy notable (en promedio 8 kilos) en un mes por la pérdida de apetito y por presentar náuseas frecuentes.

Para abril del 2023 es internada en el Hospital Base III Juliaca del Seguro Social de Salud EsSalud en la ciudad de Juliaca donde se le practica una biopsia, y como consecuencia de este procedimiento quirúrgico empieza a desarrollar un dolor dirigido a la zona de la biopsia irradiado a la espalda, con los resultados de la biopsia es evaluada por el personal del servicio de Ginecología donde finalmente es referida al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de la Red Asistencial Arequipa- EsSalud, es importante mencionar que ella tres semanas antes de su ingreso había notado la aparición de otros nódulos de un crecimiento más rápido en la mama derecha.

III.- RELATO CRONOLÓGICO

- **16/01/2023:** marcador tumoral CA15-3 mayor a 300 U/ml.
- **17/04/2023:** ecografía de mama, con la siguiente conclusión Mastitis asociadas a imágenes sugerentes de absceso en mama izquierda y adenopatías axilares ipsilaterales, Categoría BIRADS 4.
- **18/04/2023:** Bx de tumoración, se evidencia aumento de volumen en los cuatro cuadrantes, edema, no secreciones, escaso sangrado, resultado de Bx: **Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama G2, y Carcinoma de células en sello de mama izquierda**, Hospital Base III Juliaca del Seguro Social de Salud EsSalud.
- **24/04/2023:** Ecografía de abdomen: impresiona a nivel de lecho vesicular masa hiperecogénica heterogénea de 107x85 mm, con escasa vascularización periférica al Doppler Color.
- **25/04/2023:** **TAC** Hallazgos tomográficos en relación con cambios intersticiales como secuela de neumopatía asociada a leve efusión pleural derecha, hallazgos tomográficos en relación a lesión cálcica granulomatosa segmento VII hepático de 6.6 mm, a nivel del segmento VI hepática lesión quística de paredes parcialmente calcificadas de aproximadamente 107 x 87 mm.

- **20/06/2023:** HB 9, Recuento de plaquetas 157000, CAN 900, CREATININA 0.75, BT 0.55, TGO 144, TGP 114.
- **23/06/2023:** HB 8, PLT98000, CA15,3 2500 U/ml.
- **26/06/2023:** C-TEM-TAP: tenue nódulo pulmonar sub pleural anterior a cisura derecha de 3.5 mm en axilas, formaciones ganglionares aumentadas de dimensiones con tendencia a la esfericidad y perdida del hilio graso central, las mayores de 10mm en la mama derecha y 18mm en la mama izquierda, otro semejante de 14mm a nivel retro pectoral izquierdo, hígado muestra en segmento IV-V extensa formación hipo densa de 87mm, ovalada con paredes engrosadas parcialmente calcificadas bien delimitadas de planos periféricos, se observa también tenues imágenes nodulares hipo densas mal delimitadas de parénquima homogéneo. IDx: tenue nódulo pulmonar derecho escaso liquido libre en cavidad, hallazgos tomográficos normales del encéfalo.
- **27/06/2023:** Hb 7.8, CAN 1090, PLT 140000 (se decide inicio de QT)
- **03/07/2023:** ingresa al Servicio de Oncología para recibir QT.

IV.- FUNCIONES BIOLÓGICAS:

- **Apetito** : Conservado.
- **Sed** : Conservado.
- **Orina** : Conservado.
- **Deposiciones** : Características conservadas.
- **Sueño** : Conservado.

V.- ANTECEDENTES

Antecedentes personales:

Paciente nacida de parto eutócico, atención hospitalaria, recibió lactancia materna, vacunas aparentemente completas, desarrollo psicomotriz aparentemente normal.

- **FUR** : 25/05/2023
- **FORMULA OBSTETRICA** : G1P1001
- **R/C** : 4/28 regular.
- **MENARQUIA** : 14 años.
- **ANDRIA** : 3
- **MAC** : ninguno.
- **IRS** : 21 años.

Hábitos nocivos:

- TABACO : niega.
- ALCOHOL : 1 vez al año desde los 20 años hasta los 25 años, embriaguez dos veces al año.
- DROGAS : niega.
- TÉ : 1 taza diaria.
- CAFÉ : 1 taza diaria intercalado con té.

Antecedentes patológicos:

- Enfermedades crónicas : niega.
- Operaciones anteriores : apendicetomía a los 14 años de edad.
- Alergias a medicamentos : niega.
- Traslusiones sanguíneas : 01 vez.
- Medicación Habitual : Diclofenaco 1 tableta condicional al dolor.

Antecedentes familiares:

- Padre: de 72 años de edad, aparentemente sano.
- Madre: de 60 años de edad, aparentemente sana.
- Hermanos: 4 hermanas y 1 hermano. Hermana mayor con Diabetes Mellitus.
- Hijos: 1 de un año y medio, aparentemente sano.
- Familiares con cáncer: niega.

Antecedentes socioeconómicos:

- Vivienda de material noble, cuenta con todos los servicios básicos, recojo de basura 1 vez por semana.
- Cría animales: gatos y perros.

VI.- EXAMEN FÍSICO:

SIGNOS VITALES:

- FC: 77 x min.
- FR: 18x min.
- PA: 100/60 mm de Hg.
- T°: 36.8 a febril.
- Saturación de O₂: 96%.
- Peso: 53.5
- Talla: 1.63cm.

1. Estado General: AREG, Hidratada, REN, LOTEP en decúbito dorsal activo.
2. Piel y faneras: tibia, elasticidad conservada, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, TCSC en regular cantidad de distribución ginecoide.
3. Cabeza: normocéfala, no tumoraciones.
4. Ojos: pupilas isocóricas, reactivas a la luz, conjuntivas palpebrales rosadas.
5. Oídos. Pabellones auriculares simétricos bien implantados.
6. Nariz: pirámide nasal bien conformada, permeables.
7. Boca: mucosa oral húmeda, dientes en regular estado de conservación e higiene, lengua central móvil.
8. Orofaringe: no congestiva no placas de pus.
9. Cuello: central móvil no adenopatías.
10. Tórax: móvil con la respiración, amplexación y elasticidad conservada, se palpan tres tumoraciones duras de límites imprecisos en mama derecha de 7x9 cm de diámetro en cuadrante ínfero externo, 6x6 cm de diámetro en cuadrante supero interno y de 2x2 cm de diámetro aproximadamente en cuadrante ínfero interno. En mama izquierda tumoración dura poco móvil de 16 cm de diámetro aproximadamente que abarca todos los cuadrantes. Hiperpigmentación leve en la piel de mama izquierda.
11. Cardiovascular: no soplos ni ruidos agregados.
12. Abdomen: móvil con la respiración, blando depresible, RHA presentes.
13. Genitourinario: genitales externos de acuerdo a la edad y sexo.
14. Linfáticos: a nivel axilar derecho se palpan 2 conglomerados ganglionares de 2.5x3cm y de 3.5x5cm duros, irregulares, móviles y a nivel axilar izquierdo se palpan tres adenopatías de 2x1.5 cm, de 2.4x2.2 cm, y de 3.5x3cm duras, móviles e irregulares.
15. Osteoarticular: miembros superiores e inferiores simétricos, edemas (-).
16. Neurológico. LOTEP, motilidad activa.

VII.- DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

- NM de mama bilateral (T3N2M1), compromiso de mama y ganglios axilares contralaterales.
- Dolor oncológico.
- D/C Mieloptisis.
- D/C Mets óseas.

VIII.- TRATAMIENTO

De acuerdo a la severidad del diagnóstico se debió tomar medidas más drásticas e iniciar con un tratamiento inmediato de la siguiente manera:

Quimioterapia: según el esquema del protocolo de EsSalud empezar con el carboplatino por su efectividad (su uso en quimioterapia son 4 rojas /4 blancas), el que se debe dar cada 21 días observando la respuesta de la paciente en función a la reducción de la tumoración y observar su movilidad, para tomar otras medidas.

Radioterapia: la paciente debió recibir sesiones de radioterapia para tratar de reducir el crecimiento de la tumoración.

Control: realizar los controles necesarios para ver la mejora.

Ayuda Psicológica: es importante que la paciente pase por terapia psicológica para poder aceptar y conllevar mejor la enfermedad.

Actividad preventiva del personal de obstetricia:

La labor del Obstetra es muy valiosa e importante debido a que realiza actividades preventivas promocionales a través de la evaluación para una detección y diagnóstico oportuno, la autoexploración de mamas en especial en los grupos de riesgo.

En la actualidad en los servicios de salud preventivo promocionales la atención es muy limitada debido a la alta demanda de pacientes lo que muchas veces limita la labor del personal profesional Obstetra, pero aun así el personal realiza los esfuerzos necesarios para realizar las actividades preventivas en el primer nivel para un diagnóstico oportuno y la derivación necesaria a un nivel de mayor capacidad resolutive.

En este caso clínico podemos afirmar que la paciente acudió al establecimiento de salud cuando ya tenía la enfermedad avanzada, lo cual no permitió tomar las medidas preventivas y no se actuó con un diagnóstico y tratamiento oportuno.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

El diagnóstico de CANM representa en nuestro país la segunda causa de neoplasia más frecuente, que por lo general se presenta a partir de los 50 años y una de las labores del Ministerio de Salud son las estrategias que buscan la prevención y la detección oportuna, es por ello que se enfatiza, que si es detectado a tiempo hay mayor probabilidad de curarse. Al analizar el caso clínico de la paciente se le informo que tenía un marcador tumoral CA15-3 mayor a 300 U/ml. Lo cual confirmó el alcance del Carcinoma Lobulillar Infiltrante, posteriormente se solicitó los análisis necesarios para determinar la etapa del Cáncer, teniendo de esta manera el diagnóstico definitivo, después de los resultados obtenidos de la biopsia los especialistas ven por conveniente y siguiendo los protocolos de atención del Hospital Base III Juliaca del Seguro Social de Salud EsSalud, referir a la paciente hacia un Hospital de mayor capacidad resolutive como es el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de la Red Asistencial Arequipa- EsSalud, para continuar con su tratamiento según protocolos establecidos en este Hospital.

Se puede observar que en este caso clínico el desarrollo de la enfermedad fue muy rápido teniendo como diagnóstico definitivo: NM de mama bilateral (T3N2M1) compromiso de mama y ganglios axilares contralaterales, comparando con un caso clínico parecido presentado en la revista Argentina de mastología, órgano de la Sociedad de Mastología de Argentina, en el año 2020, donde en ambos casos tuvieron diferente evolución de la enfermedad comparando con los datos disponibles con respecto a su evolución las que están condicionadas por la edad al momento del diagnóstico, el tamaño tumoral, el perfil inmunohistoquímico y el compromiso axilar, al igual que en otros tipos de carcinomas mamarios (38).

Podemos mencionar que la paciente del caso clínico recibió tratamiento sintomático ingresando al Servicio de Oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de la Red Asistencial Arequipa- EsSalud, para recibir las quimioterapias además refiere que hubo la aparición de adenopatía axilar izquierda de más o menos 2 cm, a su vez también había pérdida de peso que era muy notable (en promedio 8 kilos) en tan solo un mes, así mismo relata que casi todo el mes sentía muchas nauseas, siendo la QT una opción terapéutica inmediata después de todos los análisis previos cumpliendo con el manejo de pacientes con este tipo de diagnósticos. Las alternativas terapéuticas son distintas, porque esta debe estar basada en la evidencia científica “saber cuál es la terapia de elección y todo esto sea en beneficio del paciente”.

González, García R. y Col (39) estudiaron la relación entre el CANM y el peso corporal. El estudio se realizó en el Instituto Mexicano de Seguridad Social entre 2017 y 2018, con una muestra de 60 mujeres con CANM. El tamaño tumoral predominante fue de 2 a 5 cm, con una edad promedio de 52.32 años y un IMC promedio de 29.08; el 44% tuvo EC IIB, con el 58% con carcinoma ductal infiltrante, (48%). El 80% de los pacientes con CANM tenían sobrepeso u obesidad y pérdida de peso. La paciente coincide con los estudios, excepto en la edad.

Para nuestro caso clínico dentro del diagnóstico definitivo está presente el dolor oncológico lo que emotivamente no ayudó a la paciente y como consecuencia llevo a una poca calidad de vida. En el estudio realizado por Quevedo dolor oncológico y calidad de vida quien concluyo que existe relación entre el dolor y calidad de vida de los pacientes oncológicos, destacando la intensidad del dolor y la incapacidad funcional. Además, preciso que no existe relación significativa entre las horas de sueño y la calidad de vida en los pacientes atendidos. Dentro del trabajo revisado también es importante mencionar que, para Rodríguez, Ortega y Montaña en el año 2020, la ascitis maligna es causada por cánceres en un 97%, siendo el CANM solo un 3% de estos casos.

El Carcinoma Lobulillar Infiltrante suele relacionarse con metástasis en varias regiones, incluyendo el peritoneo, meninges, retroperitoneo y órganos ginecológicos. Además, es el que más frecuentemente se propaga al tubo gastrointestinal con más del 60%. Siendo un estudio parecido a nuestro caso clínico debido a la severidad y la metástasis que presento en los diferentes órganos (40).

CONCLUSIONES

PRIMERA: La paciente no realizó una autoexploración oportuna, el desconocimiento que tenía la paciente no le permitió acudir oportunamente a un establecimiento de salud, la detección se realizó cuando la paciente ya presentaba un cáncer agresivo y en el Hospital Base III Juliaca del Seguro Social de Salud EsSalud de Juliaca se le realizó los estudios necesarios para el diagnóstico, teniendo como resultado Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama en estadio IV, el segundo cáncer invasivo más común de mama y representa el 15 % de todos los carcinomas de mama invasivos, lo que se muestra para el caso clínico.

SEGUNDA: En el Hospital Base III Juliaca del Seguro Social de Salud EsSalud de Juliaca se le realizó los exámenes necesarios para poder tener un diagnóstico certero siguiendo todos los protocolos de atención para pacientes con CANM y también se pudo evaluar que no todos los cánceres se presentan por tener factores de riesgo asociados, porque de acuerdo con el estudio del caso clínico de la paciente no presenta factores de riesgo para CANM.

TERCERA: Nuestro caso clínico nos permite llegar a la conclusión que, en nuestro sistema público de salud, no todos los establecimientos de salud se encuentran debidamente equipados para realizar exámenes oncológicos y por ende los pacientes tienen que ser referidos a establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive, lo que muchas veces posterga un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. La patología del Carcinoma Lobulillar Infiltrante de Mama detectado mediante Mamografía y Ultrasonido al no ser concluyente y a veces con hallazgos indeterminados, debido al patrón de crecimiento difuso y la falta de fibrosis circundante, requiere de estudios complementarios más específicos como una Resonancia Magnética, siendo esta última fundamental para la caracterización y extensión del carcinoma. Para este caso clínico la paciente tuvo que ser trasladada a otra ciudad, abandonando su actividad laboral para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

CUARTA: No hubo prevención por parte de la paciente para el diagnóstico temprano de la enfermedad, según el caso clínico la paciente nunca visitó un establecimiento de salud para realizarse un examen clínico de mamas, así mismo nunca se realizó el autoexamen de mamas.

RECOMENDACIONES

El presente caso clínico nos permite realizar las siguientes recomendaciones que buscan sensibilizar a la población en general y mejorar la calidad de atención en los diferentes niveles de salud.

1. El Ministerio de Salud debe realizar actividades de capacitación en los profesionales de la salud del primer nivel de atención, así como talleres los cuales deben estar dirigidos a los profesionales de ciencias de la salud, como Obstetras, Psicólogos, Médicos, Enfermeras y Tecnólogos Médicos, sobre la prevención de CANM, para posteriormente realizar campañas preventivo promocionales sobre el CANM haciendo hincapié en los factores de riesgo, la autoexploración de mamas y métodos de diagnóstico oportunos. Así se podrá educar de manera óptima a la población en general tratando de sensibilizar sobre el CANM.
2. El establecimiento de salud tiene que crear estrategias sobre la concientización del CANM y la importancia de la prevención y detección oportuna de esta enfermedad. Se debe recomendar a todas las mujeres que tengan o no factores de riesgo, realizarse el examen clínico de mamas y también los tamizajes necesarios como son ecografía, mamografía y si fuera el caso una resonancia magnética según requiera la paciente.
3. Se recomienda al profesional de salud a cargo de la estrategia de prevención de CANM que, durante la atención de salud a las usuarias, se debe educar y reforzar sobre la autoexploración de mamas, para la detección oportuna, así como la concientización de la gravedad de esta enfermedad ya que, con un diagnóstico oportuno y una paciente informada, se podría llegar a la cura total.
4. Se recomienda a las pacientes, que una de las medidas de prevención para evitar la aparición de esta enfermedad es mejorando su estilo de vida, una alimentación sana, vigilancia del peso corporal, desarrollar actividad física y manejo del estrés. Realizarse mensualmente la autoexploración a través del autoexamen de mamas y si encontrase alguna masa acudir al establecimiento de salud, para realizarse los exámenes que sean necesarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS (Organización Panamericana de la Salud). Detección Temprana: Fisiología De La Mama Y Exploración Clínica De Las Mamas. [Online]; 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/55270>.
2. OMS. Informe Mundial sobre el Cáncer 2014. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
3. MINSA (Ministerio de Salud). gop.pe. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/662077-cancer-de-mama-si-se-detecta-a-tiempo-tiene-un-90-de-probabilidades-de-curacion/>.
4. Estado de lo receptor hormonal del cancer de seno. American Cancer Society. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/estado-del-receptor-hormonal-del-cancer-de-seno.html>.
5. Sickles EA C, Mendelson E, Morris E. SAR (Sociedad Argentina de Radiologia. [Online].; 2018.. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3825/382555870012/html/>.
6. Instituto de Evaluacion de Tecnologias en salud e investigacion. “EPIDEMIOLOGÍA DEL CANCER EN EL SEGURO SOCVIAL DE SALUD DEL PERÚ: UN ANALISIS DESCRPTIVO DEL PERIOSOS 2019 -2022. [Online].; 2023.. Disponible en: <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/5021>.
7. Cardenas Loardo NA, Livias Huisa KA. “Perfil Molecular de Cáncer de Mama Invasivo en Pacientes del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – EsSalud 2017 – 2022”; 2023.
8. INEN. Protocolo de Manejo Multidisciplinario de Cancer de Mama Cáceres E, editor. Lima; 2005.
9. Guzmán K, Morales KV, Wendoly Hernández AW, Gómez E, García F, Sánchez SH. Carcinoma ductal infiltrante, el tipo de cáncer de mama más común. iMedPub Journals. 2012; 8(1:1).
10. Prieto R, Aparicio V, Aguayo G, Bastidas V, Moraga F, Ottone N, et al. Morphological Aspects of the Breast. A Literature Review. Int. J. Morphol. : p. 1802-1807.

11. Lucas MJ. Estrés y acontecimientos vitales en mujeres con cáncer de mama [Tesis] , editor. [Elche]: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017.
12. Gertych W, Mathevet P. Técnica del vaciamiento ganglionar inguinal para los cánceres de vulva. EMC-Ginecología-Obstetricia. : p. 1-8.
13. García M, Parrilla L. Guía de la SERAM para la renovación y actualización tecnológica en radiología. Radiología. : p. 35-41.
14. Arce C, Ayala J, Cuevas J, Duarte A, Garay C, Gutiérrez G, et al. Frecuencia, clasificación y patología de los tumores de mediastino. Cirugía paraguaya. : p. 17-22.
15. Uscher J, Santora T. Breast Cancer. [Online]; 2024. Disponible en:
<https://www.breastcancer.org/es/pruebas-deteccion/autoexploracion-de-la-mama-aem>.
16. U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. National Cancer Institute. [Online].; 2014.. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/deteccion/significado-cambios-seno.pdf>.
17. Vargas Castillo MD. NPunto Volumen III. nUMERO 31. [Online]; 2020. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/31/historia-clinica-y-valoracion-en-fisioterapia>.
18. Torres Mejia G, Merie Knaul F, Ortega Olvera C, Magaña Valladares L, Uscanga Sanchez S, Lazcano Ponce E. Instituto Nacional de Salud Publica. [Online].; 2011.. Disponible en:
https://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/cama_manual_personal_med_enf.pdf.
19. INEN. Manual en Salud Prevención de Cáncer lima: WEYA Comunicación y Marketing S.A.C; 2020.
20. NIH (INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER). NIH (INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER). [Online].; 2023.. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/hoja-informativa-mamografias>.
21. D'Orsi CJ, Sickles EA, Mendelson EB, Morris EA, Creech WE, Butler PF. Atlas ACR BI-RADS: sistema de datos e informes de imágenes mamarias. Colegio Americano de Radiología. 2013.
22. Camacho Piedra C, Espíndola Zarazúa V. Actualización de la nomenclatura BI-RADS® por mastografía y ultrasonido. In Anales de Radiología México. : p. 100-108.

23. Ecografía del seno. American Cancer Society. [Online]; 2019. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/ecografia-del-seno.html>.
24. National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering. [Online]. Disponible en: <https://www.nibib.nih.gov/espanol/temas-cientificos/imagen-por-resonancia-magn%C3%A9tica-irm>.
25. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. [Online].; 2024.. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20241_05_090705.pdf.
26. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. INEN. [Online].; 2022.. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/09/RJ-270-2022-J-INEN.pdf>.
27. Revista Argentina de Mastología. Organó de la Sociedad Argentina de Mastología. 2020; 39(143).
28. Sánchez CD, Rodríguez PA, Ortega P, Montano P. Ascitis por carcinoma lobulillar infiltrante bilateral de mama. Medicina interna de México. 2018; 18(5): p. 804-809.
29. American Cancer Society. Cancer de Seno (mama). [Online].; 2013.. Disponible en: <https://oncologia.org.ve/wp-content/uploads/2021/12/Cancer-de-mama.pdf>.
30. Ministerio de salud y protección social. GUÍAS DE. [Online].; 2001.. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/gpc-enfermedades-neoplasicas.pdf>.
31. Green Baltodano RS. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.; 2021.
32. Diario Correo. Una de cada 8 mujeres tiene cáncer de mama en la región..
33. Ccama Cahuana A. Cáncer de mama estadio clínico II A; 2021.
34. López Carpintero N. Servicio de Ginecología, Sesión Patología Mamaria La paz Madrid: Hospital Universitario.
35. Cahuata Lozano. Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - Essalud. Arequipa, 2019. [Online].; 2019.. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/9649>.

36. Medina GA. Características clínicas y pronósticas de los subtipos moleculares de cáncer de mama determinados por inmunohistoquímica, Arequipa Perú [Tesis] , editor. [Arequipa]: Universida Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019.
37. Medina GA. Clinical and prognostic characteristics of the molecular subtypes of breast cancer determined by immunohistochemistry. Arequipa, Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017; 34(3): p. 472-477.
38. Begue JP, Escudero E, Zoppi J, Paoletti M, Landi M. Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implante mamario. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. argent. mastología. : p. 13-35.
39. Gonzales , García R, Col J. Perfil molecular de cáncer de mama invasivo en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – EsSalud 2017 - 2022. [Online].; 2023.. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12894/9386>.
40. [Online].; 2018.. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n5/0186-4866-mim-34-05-804.pdf>.

ANEXOS

Consulta Historia Clínica Pacie x Visualiza Atenciones del Acto r x Visualiza Atenciones del Acto r x ESSA

← → ↺ ↻ ⚠ No seguro 10.56.1.158/sgss/servlet/hviewatenactmed?MJ0HWzjC0SL+r28A6MDhEn2K1NFJ1d81hgML

Acto Médico 1761321 (40631108-12/07/2024 07:15-10.56.1.189)

Apellidos y Nombres	FALLECIDO SIN CERTIFICADO		Nro Historia Clínica	196312
Doc. de Identidad	D.N.I. [REDACTED]	Sexo FEMENINO	Tipo de Paciente	ASEGURADO REFERIDO
CAS de Atención	H.III JULIACA		Tipo de Seguro	OBLIGATORIO
Fecha de Ingreso	04/05/2023	Edad 32 A 5 M 6 D	Plan de Salud	
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA		Servicio Hosp.	GINECOL Y OBSTETR.

Número de Atención: 1 Fecha de Atención: 04/05/2023

Fecha de la Atención [REDACTED] Hora de la Atención 09:59

Profesional Asistencial CERVANTES MANRIQUE JOSE Servicio del Profesional GINECOL Y OBSTETR.

Colegiatura 25054

Informe UCI

Anamnesis (40631108-12/07/2024 07:15-10.56.1.189)

PACIENTE CON ANATECEDNTE DE TUMORACION EN MAMA IZQUIERDA CUYO RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO ES DE CARCINOMA LOBULILLAR INVASIVO AL MOMEN
REFIRERE DOLOR EN PARTE INFERIRO DE PARRILLA COSTAL IZQUIERDA

Examen Clínico (40631108-12/07/2024 07:15-10.56.1.189)

Signos Vitales:				ESCALA GLASGOW	
Presión Arterial (mm Hg)	0 / 0	Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)	0	Ver Gráfica	AO
Presión Venosa Central (cm H2O)	0	Frecuencia Respiratoria x Min	0		RV
Temperatura Corporal (°C)	0,0	Escala EVA de Dolor	Sin Dolor		RM
Antropometría:				TOTAL 0	
Peso (Kg)	0,000	Talla (M)	0,00	IMC	0
Perímetro Abdominal	0,0				

EXAMEN MAMA IZQUIERDA SE PALAPA TUMORACION DE 12 POR 12 CM DE DIAMETRO SIN SIGNOS FLOGÓSTICOS, SE APRECIA DOLOR OBJETIVO EN PARTE INFERIOR C
PARRILLA COSTAL IZQUIERDA

Diagnostico (40631108-12/07/2024 07:15-10.56.1.189)

Código	Descripción	Tipo
N64.4	MASTOITINIA	PRESUNTIVO
C50.9	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	PRESUNTIVO

Prioridad de Atención PRIORIDAD IV - URGENCIA MENOR

Plan de Trabajo (40631108-12/07/2024 07:15-10.56.1.189)

ANALGESICOS

Indicaciones (40631108-12/07/2024 07:15-10.56.1.189)

SE INDICA A LA PACIENTE QUE DEBE ACUDIR POR CONSULTA EXTERNA PARA SER REFERIDA PARA AREQUIPA A GINECOONCOLOGIA

Resultado de la Atención ALTA MEDICA Tipo de Atención ATENCION EMERGENCIA



rptInformeAnatPat_16...
 ✕
+ Crear

Herramientas Editar Convertir Firma electrónica

Apellidos y Nombres	:	
AutoGenerado	:	9011300CLMGE009 D.N.I.:
Edad Asegurado	:	33A 7M 12D
Procedencia	:	H.N. CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO
Servicio	:	ONCOLOGIA MEDICA
Estación /Hab. /Cama	:	
Médico Solicitante	:	ALEMAN POLANCO DIANA SOFIA
Espécimen Quirúrgico	:	BIOPSIA DE MAMA
Tipo de Examen	:	88325
Diagnóstico Clínico	:	C50.4 TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXT
Fecha de Operación	:	Fecha de Recepción : 04/07/2
Exámenes Anteriores	:	3-Q2310486

DIAGNOSTICO

Remitido como "Biopsia de mama", revisión de láminas:
Carcinoma invasivo, tipo NST , con areas de patrón lobulillar

Descripción:

- Procedimiento: Revisión de láminas (Biopsia)
- Lateralidad: No especificado
- Tipo histológico: Carcinoma invasivo, tipo NST , con areas de patrón lobulillar
- Grado nuclear: 2-3
- Permeación linfovascular: No se identifica en esta muestra
- Infiltración perineural: No se identifica en esta muestra

Inmunohistoquímica:

- R. Estrógeno: Positivo 100%, Intensidad fuerte
- R. Progesterona: Negativo
- Her2: Negativo
- Bcl2: Positivo
- E- Cadherina: Positivo débil difuso
- P53: Negativo
- Ki67: Índice de proliferación celular 40%

InformeAnatPat_1611954 (...) ☆ rptInformeAnatPat_16... x + Crear

Editar Convertir Firma electrónica Buscar texto

Apellidos y Nombres	:	[REDACTED]
AutoGenerado	:	9011300CLMGE009 D.N.I.: [REDACTED]
Edad Asegurado	:	33A 7M 12D
Procedencia	:	H.N. CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO
Servicio	:	ONCOLOGIA MEDICA
Estación /Hab. /Cama	:	[REDACTED]
Médico Solicitante	:	ALVAREZ BARREDA RENZO LUZGARDO
Espécimen Quirúrgico	:	AMO Y BMO
Tipo de Examen	:	88305
Diagnóstico Clínico	:	C50 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA
Fecha de Operación	:	27/06/2023
Exámenes Anteriores	:	Fecha de Recepción : 28/06/2023

DIAGNOSTICO

Médula ósea, cresta iliaca posterior, biopsia con aguja de trefina decalcificada y extendidos del aspirado.

- MÉDULA ÓSEA CON INFILTRACIÓN DIFUSA POR CARCINOMA.

NOTA: Las tinciones de inmunohistoquímica realizadas evidencian positividad difusa para páncreas (intensidad 1+/3+ en la mayoría de células neoplásicas) y negatividad para citoqueratinas 7 y 20, CL. Lo observado podría ser consistente con un carcinoma metastásico mamario.

INFORMACION CLINICA REMITIDA EN LA ORDEN DE PATOLOGÍA:

NM DE MAMA DE IZQUIERDA PROBABLE EC III VS IV

04.2023 CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE DE MAMA

25.04.23: TEM TAP C/C: JULIACA NO SE ENCUENTRA IMAGENES LESION QUISTICA DE PARED CALCIFICADAS

SEGMENTO V HEPATICO, CALCIFICACION GRANULOMATOSA SEGMENTO VI HEPATICO Y PERITONEO DERECHA.

20.06.23: ANALISIS CAN 900 TGO 144 TGP 114 RESTO DRN

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

EVALUACION CITOLOGICA, que incluye el extendido directo de espículas óseas.

Extendidos citológicos severamente hemodiluidos, conformados por elementos de la sangre periférica

Consulta Historia Clínica Pacie

Visualiza Atenciones del Acto

Visualiza

←

→

↺

🏠

⚠️ No seguro

10.56.1.158/sgss/servlet/hviewatenactmed?QdVe2nvWl

PROBLEMAS:

-NM MAMA BILATERAL EC IV

-CEFALEA

Diagnostico

(40631108-12/07/2024 07:19-10.56.1.187)

Código	Descripción
C50.4	TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO DE LA MAMA

Prioridad de Atención

PRIORIDAD II - EMERGENCIA

Plan de Trabajo

(40631108-12/07/2024 07:19-10.56.1.187)

PASA A OBSERVACION A CARGO DE ONCOLOGIA MEDICA

Indicaciones

(40631108-12/07/2024 07:19-10.56.1.187)

DIETA BLANDA + LOV

DIMENHIDRINATO 50MG EV C/12HRS PREMORFINA

MORFINA 20MG EV C/12HRS

METAMIZOL 1G SI T>38

MORFINA 5MG EV CONDICIONAL A DOLOR INTENSO

Resultado de la Atención

PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO

Tipo de Atención

ATENCIÓN

Solicitudes Interconsulta

(40631108-12/07/2024 07:19-10.56.1.187)

Solicitud	Acto Médico	Fecha y Hora	Servicio	Motivo
-----------	-------------	--------------	----------	--------

Exámenes Auxiliares Solicitados en la Secuencia de Atención

(40631108-12/07/2024 07:19-10.56.1.187)

Solicitud Nro	604355	Fecha de Solicitud	27/05/2024
---------------	--------	--------------------	------------

Código

70552 IMAGENES POR RESONANCIA MAGNETICA (P. EJ., DE PROTONES), CEREBRO (INCLUYENDO EL TALLO CEREBRAL) CONTRASTE.

Indicaciones

INF.: SE OBSERVAN MULTIPLES FORMACIONES NODULARES INTRA Y EXTRA AXIALES, SUPRA E INFRE TENTORIALES QUE MUESTRAN REALCE NODULAR Y ANULAR, NO RESTRINGE EN LA DIFUSIÓN DEL AGUA, EL PARÉNQUIMA ADYACENTE MUESTRAS INCREMENTO DE LA SEÑAL EN SECUENCIAS T2 Y T2 FLAIR A PREDOMINIO DE REGION TEMPORAL DERECHA Y CEREBELOSA IZQUIERDA. CAVIDADES VENTRICULARES AMPLIAS. INDICE DE EVANS DE 0.29

Resultados

SURCOS DE LA CONVEXIDAD CONSERVADOS
VACIOS DE SEÑAL VASCULARES DE CALIBRE Y TRAYECTOS CONSERVADOS
DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL LEVOCONVEXA
ENGROSAMIENTO DE LOS CORNETES

CONCLUSIÓN:

MULTIPLES LESIONES NODULARES INTRA Y EXTRA AXIALES SUGESTIVAS DE SECUNDARISMO VENTRICULOS LATERALES AMPLIOS

Solicitud Nro	1657036	Fecha de Solicitud	27/05/2024
---------------	---------	--------------------	------------

Código

82565 DOSAJE DE CREATININA

