

# LA NUEVA CLASIFICACIÓN TNM PARA EL CÁNCER DE MAMA

GERARDO HERNÁNDEZ MUÑOZ

UNIDAD DE MASTOLOGÍA, CLÍNICA LEOPOLDO AGUERREVERE, CARACAS VENEZUELA

En las dos últimas décadas se ha visto una rápida evolución en el manejo del cáncer de mama, en primer término, ha tenido lugar el incremento del uso de la mamografía de pesquisa con equipos de alta resolución; lo cual, ha llevado al diagnóstico de cánceres de mama muy pequeños. En segundo término, el desarrollo de técnicas originales de laboratorio de biología molecular y de inmunohistoquímica (IHQ), que han logrado el diagnóstico de metástasis microscópicas que pueden ser visualizadas por estas técnicas.

En el pasado mes de marzo de 2002, ha sido publicada la sexta edición de la clasificación TNM del UICC, que entró en vigencia desde enero de 2003, los cambios introducidos tienen una serie de aspectos e implicaciones muy importantes <sup>(1)</sup>.

Debemos señalar que ya se admiten los hallazgos logrados en la técnica del ganglio

centinela (GC), ya se han oficializado una serie de aspectos.

En relación al factor tamaño del tumor (T), sigue todo igual.

Los cambios más importantes aparecen en el factor de los ganglios linfáticos debido a los nuevos hallazgos anatomopatológicos desde que se emplea la técnica del ganglio centinela y, el uso de la técnica de la inmunohistoquímica. Estos factores han promovido la capacitación de los patólogos en la identificación de lesiones microscópicas tan pequeñas como células tumorales aisladas; de manera que se plantea la incertidumbre de cual es el tamaño más pequeño que se debe considerar límite para definir que es una micrometástasis.

En el factor metástasis (M), el M1 por metástasis en los ganglios supraclaviculares ipsilateral pasa a N<sub>3</sub> como ya había estado anteriormente; ahora se clasifica como N<sub>3</sub> (pN<sub>3</sub>C) y se apoya en un excelente estudio realizado en el M.D. *Anderson Cancer Institute*, donde este tipo de pacientes fueron manejadas como cánceres localmente avanzado y se obtenían resultados de sobrevida similares a las pacientes en estadio III-B sin metástasis a distancia, lo cual, ha venido a corregir un error sobre interpretación de la clasificación TNM <sup>(2)</sup>.

En el Cuadro 1 resumimos todos los hallazgos en relación con los descritos anteriormente.

---

Correspondencia: Dr. Gerardo Hernández Muñoz  
Unidad de Mastología, Clínica Leopoldo Aguerrevere,  
Final Av. Río Manapire, Parque Humbolt, Prados del  
Este, Caracas, Venezuela  
Mail: geher@telcel.net.ve

---

**Cuadro 1.** Estadificación ganglionar regional (PN) en cáncer de mama (UICC 2002)

|     |  |        |   |      |   |      |   |
|-----|--|--------|---|------|---|------|---|
| pN0 | Ausencia de metástasis en ganglios regionales sin examen CTA   | pN1mic | Metástasis entre 0,2 y 2 mm (axila o CMI)                                 | pN2a | Axila metástasis en 4 a 9 ganglios (al menos una de más de 2 mm)      | pN3a | Axila metástasis en 10 o más ganglios (al menos una o más de 2 mm) o metástasis infraclavicular ipsilateral     |
|     | Si se buscan células aisladas (CTA) [Cúmulos en área < 0,2 mm] | pN1a   | axila:metástasis en 1 a 3 ganglios  | pN2b | Mamaria interna metástasis Clínicamente aparente y con axila negativa |      |   |
| pN0 | (i-/+):Histológicas  | pN1b   | Mamaria interna: metástasis en ganglio centinela, clínicamente inaparente |      |   | pN3b | Mamaria interna: metástasis clínicamente aparente y en 1 o más ganglios axilares o mamaria interna:             |
| pN0 | (mol -/+): Moleculares   | pN1c   | a + b   |      |   |      | metástasis microscópica en ganglio centinela, Clínicamente inaparente Y más de 3 ganglios Metastásicos en axila |
|     |  |        |   |      |   | pN3c | Metástasis Supraclavicular Ipsilateral  |

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa. RT: Transcriptasa. CTA/ITC: Células tumorales aisladas. Mi: micrometástasis. Si sólo ganglio centinela añadir: (g.c.). Ej.: pN0 (i+)(g.c.)(i): inmunohistoquímica. mol: métodos moleculares. CMI: Cadena mamaria.

La nueva clasificación nos obliga a varias cosas: a realizar una meticulosa exploración clínica y por imágenes de la región supraclavicular con estudios citológicos si se detecta algún ganglio y, con biopsia en caso de sospecha de invasión tumoral, debe realizarse la técnica del ganglio centinela puesto que no se puede establecer una correcta clasificación del estado ganglionar, sino se practica ya que podemos observar invasiones de la cadena mamaria interna (CMI), no aparente clínicamente a no ser que se extirpen estos por sistema antes mencionado (GC). Por otra parte debemos recordar aquí, que el estudio del ganglio

centinela permite el tratamiento conservador de la axila (no linfadenectomía) en los casos de que no se detecte invasión tumoral ganglionar.

Al valorar los tres niveles ganglionares en la axila y también los ganglios infraclaviculares que hay que disecarlos selectivamente y que actualmente deben respetarse y no conformarse con la extracción de los ganglios de los niveles I y II, que hasta ahora era lo exigido, no debemos olvidar que una invasión de los ganglios infraclaviculares homolaterales corresponde a un pN3a, que ahora es un estadio IIIC (cualquier T, N3, M0) lo que implicaría un plan terapéutico especial, con tumor localmente avanzado.

Por tanto la nueva clasificación TNM de la *International Union Against Cancer* (UICC) para el cáncer de mama, al admitir los hallazgos ganglionares que permite el estudio de los mismos con la técnica del ganglio centinela, facilita el tratamiento conservador de la axila en los casos pN0 (GC) pero a su vez exige un estudio más completo de los ganglios regionales (axilares, infraclaviculares, cadena mamaria interna y supraclaviculares) que se ve facilitado con la técnica del GC para los ganglios axilares infraclaviculares y de la cadena mamaria interna. Cuadro 2.

Todo esto nos obliga a realizar un estudio minucioso preoperatorio de las pacientes antes de intervenirla y requiere a los cirujanos y patólogos a la práctica obligatoria del ganglio centinela a través de la captación con radiofarmacos en conjunto con colorantes. De igual manera, exige una mayor dedicación del patólogo al estudio, en forma exhaustiva, del ganglio centinela.

**Cuadro 2.** Clasificación por estadios.

|              |             |             |    |
|--------------|-------------|-------------|----|
| Estadio 0    | Tis         | N0          | M0 |
| Estadio 1    | T1*         | N0          | M0 |
| Estadio IIA  | T0          | N1          | M0 |
|              | T1*         | N1          | M0 |
|              | T2          | N0          | M0 |
| Estadio IIB  | T2          | N1          | M0 |
|              | T3          | N0          | M0 |
| Estadio IIIA | T0          | N2          | M0 |
|              | T1*         | N2          | M0 |
|              | T2          | N2          | M0 |
| Estadio IIIB | T3          | N1,N2       | M0 |
|              | T4          | N0,N1,N2    | M0 |
| Estadio IIIC | Cualquier T | N3          | M0 |
| Estadio IV   | Cualquier T | Cualquier N | M1 |

Nota:\*T1 incluye T1 mic.

## REFERENCIAS

1. International Union Against Cancer. TNM Classification of Malignant Tumours. 6ª edición. En: Sobin LH, Wittekind Ch, editores. Wiley Editors; 2002.
2. Brito RA, Valero VV, Buzdar AU. Long-term results of combined-modality therapy for locally advanced breast cancer with ipsilateral supraclavicular metastases: The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center experience. *J Clin Oncol* 2001;19:628-633.