



[cancer.org](https://www.cancer.org) | 1.800.227.2345

Comprensión de un diagnóstico de cáncer de seno

Tipos de cáncer de seno

Hay varios tipos de cáncer de seno, y el tipo que usted tenga se determina en función de la parte en el seno en que se originó, entre otros factores.

- [Visión general de tipos](#)
- [Carcinoma ductal in situ](#)
- [Cáncer de seno invasivo \(IDC/ILC\)](#)
- [Cáncer de seno triple negativo](#)
- [Angiosarcoma del seno](#)
- [Cáncer de seno inflamatorio](#)
- [Enfermedad de Paget del seno](#)

Etapas y pronóstico (prognosis)

Si se le ha diagnosticado cáncer de seno, se realizarán pruebas para determinar la etapa de la enfermedad (qué tan avanzada está). La etapa del cáncer es útil para saber cuán grave es el cáncer y el tratamiento óptimo para combatirlo.

- [Etapas del cáncer de seno](#)
- [Tasas de supervivencia del cáncer de seno](#)

Determinación del grado y otras pruebas

Los médicos utilizan la información obtenida mediante la biopsia del seno para obtener datos que revelan información sobre el tipo de cáncer de seno.

- [Grados del cáncer de seno](#)
- [Ploidía y proliferación celular en el cáncer de seno](#)
- [Estado del receptor hormonal del cáncer de seno](#)
- [Estado de HER2 del cáncer de seno](#)
- [Pruebas para la expresión genética del cáncer de seno](#)
- [Cómo comprender su informe de patología¹](#)

Preguntas que deben responderse acerca del cáncer de seno

Usted puede tomar un papel participativo en su atención contra el cáncer de seno al hacer preguntas e informarse sobre su enfermedad y tratamiento. Acceda a esta lista de preguntas clave.

- [Preguntas que puede hacer a su médico sobre el cáncer de seno](#)

Tipos de cáncer de seno

Hay muchos tipos de cáncer de seno, y muchas maneras diferentes de describirlos. Por lo tanto, es fácil confundirse con un diagnóstico de cáncer de seno.

El tipo específico de células afectadas determina el tipo de cáncer de seno. La mayoría de los cánceres de seno son *carcinomas*, que son tumores que se originan de las células epiteliales que revisten los órganos y los tejidos que se encuentran en todo el cuerpo. Cuando los carcinomas se forman en el seno, por lo general son de un tipo más específico llamado *adenocarcinoma*, que comienza en las células de los conductos (los conductos de la leche) o los lobulillos (glándulas productoras de leche).

Cánceres de seno in situ en comparación con invasivos

El tipo de cáncer de seno también puede referirse a si el cáncer se ha propagado o no. El cáncer de seno in situ (carcinoma ductal in situ o DCIS) es un cáncer que comienza en un conducto de leche y no ha crecido en el resto del tejido mamario. El término *cáncer de seno invasivo (o infiltrante)* se utiliza para describir cualquier tipo de cáncer de seno que se haya propagado (invadido) al tejido mamario de alrededor.

Carcinoma ductal in situ (DCIS)

El carcinoma ductal in situ (DCIS; también conocido como *carcinoma intraductal*) es un cáncer de seno no invasivo o preinvasivo.

Cáncer de seno invasivo (ILC o IDC)

El cáncer de seno invasivo (o infiltrante) se ha extendido al tejido mamario circundante. Los tipos más comunes son el *carcinoma ductal invasivo* y el *carcinoma lobulillar invasivo*. El carcinoma ductal invasivo representa aproximadamente de 70% a 80% de todos los cánceres de seno.

Tipos especiales de cáncer de seno invasivo

Algunos cánceres de seno invasivos tienen características especiales o se desarrollan de diferentes maneras afectando su tratamiento y pronóstico. Estos tipos de cáncer son menos frecuentes, pero pueden ser más graves que otros tipos de cáncer de seno.

Cáncer de seno triple negativo

El cáncer de seno triple negativo es un tipo agresivo de cáncer de seno invasivo que representa alrededor del 15% de todos los cánceres de seno. Este cáncer es difícil de tratar.

Cáncer de seno inflamatorio

El cáncer de seno inflamatorio es un tipo infrecuente de cáncer de seno invasivo. Es el responsable de aproximadamente 1% a 5% de todos los casos de cáncer del seno.

Tipos de cáncer de seno menos comunes

Existen otros tipos de cáncer de seno que afectan a otros tipos de células mamarias. Estos cánceres son mucho menos comunes, y a menudo necesitan diferentes tipos de tratamiento.

Enfermedad de Paget del pezón

La enfermedad de Paget del pezón se origina en los conductos del seno y se propaga hacia la piel del pezón y después hacia la areola (el círculo oscuro que rodea al pezón). Es un tipo poco común y representa sólo alrededor de 1% a 3% de todos los casos del cáncer de seno.

Tumores filodes ¹

Los tumores filodes son infrecuentes, y se originan en el tejido conectivo (estroma) del seno, a diferencia de los carcinomas, que se forman en los conductos o en los lobulillos. La mayoría de estos tumores son benignos, pero hay otros que son malignos

(cancerosos).

Angiosarcoma

Los sarcomas de seno son poco comunes y constituyen menos del 1% de todos los cánceres de seno. El angiosarcoma se origina en las células que revisten los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. Puede afectar el tejido mamario o la piel del seno. Algunos pueden estar relacionados con la radioterapia previa administrada a esa zona.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/afecciones-no-cancerosas-de-los-senos/tumores-filoides-del-seno.html
2. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

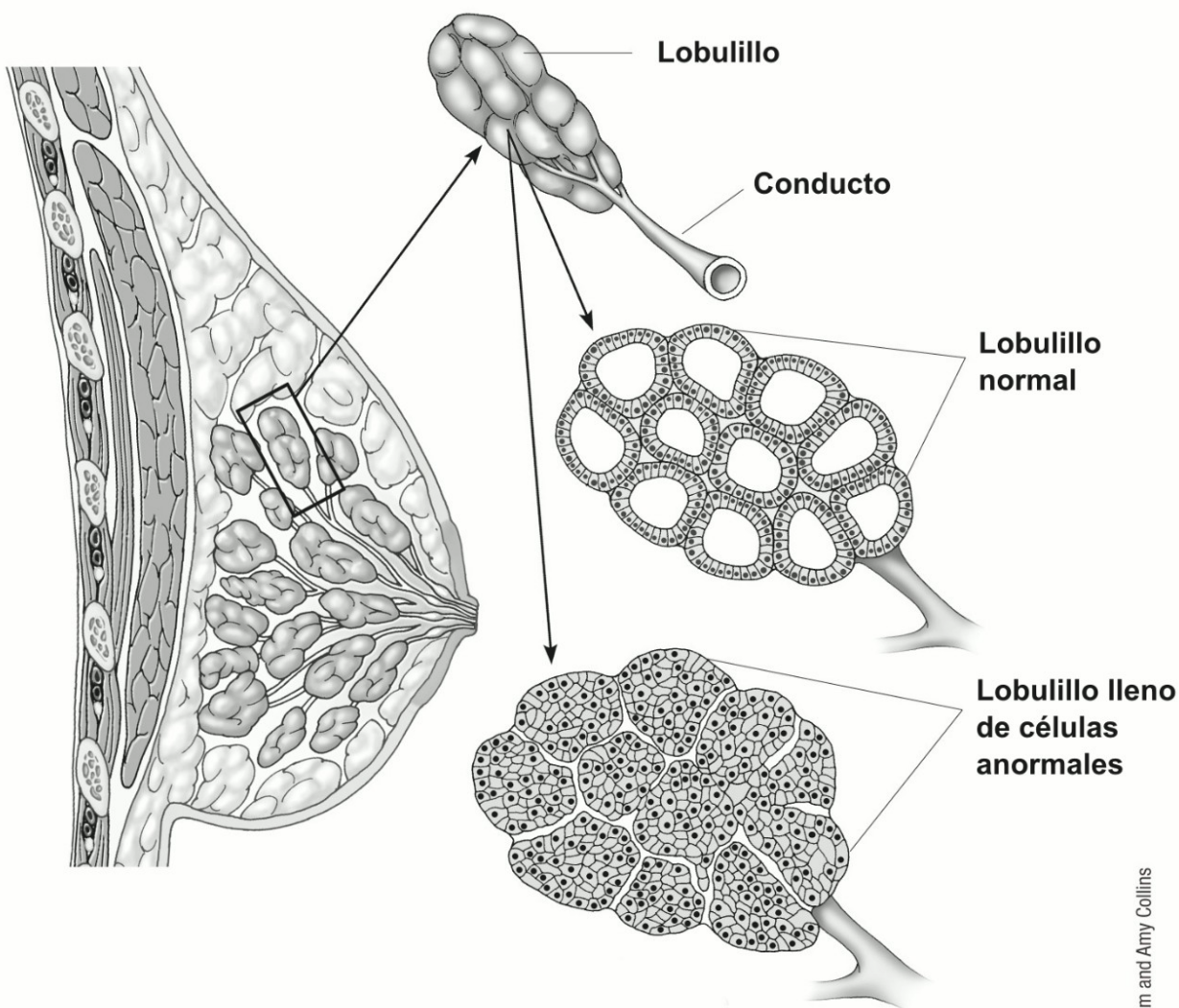
Dillon DA, Guidi AJ, Schnitt SJ. Pathology of invasive breast cancer. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, eds. *Diseases of the Breast*. 4th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Williams & Wilkins; 2010: 374407.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
septiembre 20, 2019

Carcinoma ductal in situ

Aproximadamente 1 de cada 5 cánceres de seno recién diagnosticados será un carcinoma ductal in situ (DCIS). Casi todas las mujeres en esta etapa temprana del cáncer de seno se pueden curar.

El DCIS también se denomina *carcinoma intraductal* o *cáncer de seno en etapa 0*. Es un cáncer de seno no invasivo o preinvasivo. Esto significa que las células que revisten los conductos son ahora células cancerosas, pero no se han propagado por las paredes de los conductos hasta el tejido mamario adyacente.



Carcinoma lobulillar in situ

Debido a que el DCIS no se ha propagado al tejido mamario que lo rodea, no se puede propagar (hacer metástasis) fuera del seno ni hacia otras partes del cuerpo.

Sin embargo, el DCIS a veces puede convertirse en un cáncer invasivo. En esa situación, el cáncer se ha extendido fuera del conducto hasta tejidos cercanos, y a partir de ahí, puede causar metástasis en otras partes del cuerpo.

Actualmente, no hay una buena manera de saber con certeza cuáles se convertirán en cáncer invasivo y cuáles no, por lo que casi todas las mujeres con DCIS serán tratadas.

Tratamiento del carcinoma ductal in situ

En la mayoría de los casos, una mujer con carcinoma ductal in situ (DCIS) puede seleccionar entre una cirugía con conservación del seno y una mastectomía simple.

Consulte [Tratamiento para el carcinoma ductal en Situ \(DCIS\)](#)¹ para obtener más información.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-del-seno-segun-su-etapa/tratamiento-del-carcinoma-ductal-in-situ.html
2. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente: septiembre 20, 2019

Cáncer de seno invasivo (IDC/ILC)

Los cánceres de seno que se han propagado hacia el tejido mamario de alrededor se

conocen como *cánceres de seno invasivos*.

La mayoría de los cánceres de seno son invasivos, pero hay diferentes tipos de cáncer de seno invasivo. Los tipos más comunes son el **carcinoma ductal invasivo** y el **carcinoma lobulillar invasivo**.

El cáncer de seno inflamatorio y el cáncer de seno triple negativo también son tipos de cáncer de seno invasivo.

Carcinoma ductal invasivo (infiltrante)

El carcinoma ductal invasivo (IDC) es el tipo más común de cáncer de seno. Aproximadamente 8 de 10 cánceres de seno son carcinomas ductales invasivos (o infiltrantes).

El IDC comienza en las células que revisten un conducto de leche en el seno. A partir de ahí, el cáncer invade la pared del conducto, y crece en los tejidos mamarios cercanos. En este punto puede tener la capacidad de propagarse (hacer metástasis) hacia otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo.

Carcinoma lobulillar invasivo

Aproximadamente 1 de cada 10 cánceres de seno invasivos es carcinoma lobulillar invasivo (ILC).

El ILC comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos). Al igual que el IDC, se puede propagar (hacer metástasis) a otras partes del cuerpo. El carcinoma lobulillar invasivo puede ser más difícil de detectar en un examen físico y por un estudio por imágenes, como mamograma, que el carcinoma ductal invasivo. Y en comparación con otros tipos de carcinoma invasivo, aproximadamente 1 de cada 5 mujeres con ILC pudiera tener cáncer en ambos senos.

Tipos de cáncer de seno invasivo menos comunes

Existen algunos tipos especiales de cáncer de seno que son subtipos de carcinoma invasivo. Son menos comunes que los tipos de cáncer de seno descritos anteriormente y cada uno suele representar menos del 5% de todos los cánceres de seno. El tipo de cáncer suele ser nombrado de acuerdo con las características que muestra cuando se observa al microscopio, como por ejemplo la manera en que las células están agrupadas.

Algunos de estos cánceres pueden tener un mejor pronóstico que el IDC, que es el más común. Algunos de estos son:

- Carcinoma quístico adenoide (o adenoquístico)
- Carcinoma adenoescamoso de bajo grado (un tipo de carcinoma metaplásico)
- Carcinoma medular
- Carcinoma mucinoso (o coloide)
- Carcinoma papilar
- Carcinoma tubular

Algunos subtipos tienen los mismos o tal vez peores pronósticos que el IDC. Algunos de estos son:

- Carcinoma metaplásico (la mayoría de sus tipos, incluyendo el tipo de células escamosas y el de células fusiformes, pero no el carcinoma adenoescamoso de bajo grado)
- Carcinoma micropapilar
- Carcinoma mixto (tiene características de ductal invasivo y lobulillar)

En general, todos estos subtipos reciben el mismo tratamiento que el IDC.

Tratamiento del cáncer de seno invasivo

El tratamiento del cáncer de seno invasivo depende de lo avanzado que esté el cáncer (la etapa del cáncer) y de otros factores. La mayoría de las mujeres se someterá a algún tipo de cirugía para extraer el tumor. Dependiendo del tipo de cáncer de seno y lo avanzado que esté, puede que también necesite otro tipo de tratamiento, ya sea antes o después de la cirugía, o a veces en ambas ocasiones.

Consulte [Tratamiento del cáncer de seno](#)¹ para obtener más información sobre los diferentes tipos de tratamiento, así como enfoques de tratamiento comunes basados en la etapa (estadio) u otros factores.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento.html
2. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
septiembre 20, 2019

Cáncer de seno triple negativo

El cáncer de seno triple negativo (TNBC) representa alrededor del 10% al 15% de todos los cánceres de seno. El término cáncer de seno triple negativo se refiere al hecho de que las células de este cáncer no contienen receptores de estrógeno ni de progesterona. Tampoco producen exceso de la proteína HER2. (El resultado es “negativo” en las tres pruebas realizadas a las células). Estos cánceres tienden a ser más comunes en mujeres menores de 40 años, que son de raza negra o que tienen una mutación BRCA1.

El cáncer de seno triple negativo difiere de otros tipos de cáncer de seno invasivo en que crece y se propaga más rápido, tiene opciones de tratamiento limitadas y un peor pronóstico (resultado).

Signos y síntomas del cáncer de seno triple negativo

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

¿Cómo se diagnostica el cáncer de seno triple negativo?

Una vez que se haya hecho un diagnóstico de cáncer de seno mediante estudios por imágenes y una biopsia, se comprobará si las células cancerosas tienen ciertas características. Si las células no tienen receptores de estrógeno o de progesterona, y

tampoco producen exceso de la proteína HER2, se considera que es un cáncer de seno triple negativo.

Tasas de supervivencia del cáncer de seno triple negativo

El cáncer de seno triple negativo se considera un cáncer agresivo porque crece rápidamente, es más probable que se haya propagado en el momento en que se detecta, y hay más probabilidades de que regrese después del tratamiento en comparación con otros tipos de cáncer de seno. El pronóstico generalmente no es tan bueno como lo es para otros tipos de cáncer de seno.

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a tener un mejor entendimiento de cuán probable es que su tratamiento sea eficaz.

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que tenga más preguntas. Hable con su médico para entender cómo estas estadísticas se aplican a usted, ya que él o ella está familiarizado con su situación.

¿Qué es la tasa relativa de supervivencia a 5 años?

Una **tasa relativa de supervivencia** compara a las mujeres que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer de seno con mujeres en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de cáncer de seno es 90%, esto significa que las mujeres que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 90% de probabilidad, en comparación con las mujeres que no padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

¿De dónde provienen estos porcentajes?

La Sociedad Americana Contra El Cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de seno en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos de SEER no agrupa a los cánceres según el sistema de estadificación TNM del AJCC (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.). En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado:** no hay signos de que el cáncer se haya propagado fuera del seno.
- **Regional:** el cáncer se ha propagado fuera del seno hacia estructuras o ganglios linfáticos cercanos.
- **Distante:** el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, como a los pulmones, el hígado o a los huesos.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de seno triple negativo

(Basado en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno triple negativo entre 2010 y 2015).

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	91%
Regional	65%
Distante	11%

Cómo entender los porcentajes

- **Las mujeres que en la actualidad reciben un diagnóstico de cáncer de seno triple negativo pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el pasar del tiempo, y estos porcentajes se basaron en mujeres que fueron diagnosticadas y tratadas al menos cuatro a cinco años antes.
- **Estos porcentajes se aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican más adelante si el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Al calcular estos porcentajes, no se tomaron en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de cuán lejos se ha propagado el cáncer, pero su edad, su salud en general, qué tan bien responde el

cáncer al tratamiento, el grado del tumor, y otros factores también pueden afectar su pronóstico.

Tratamiento del cáncer de seno triple negativo

El cáncer de seno triple negativo tiene menos opciones de tratamiento que otros tipos de cáncer de seno invasivo. Esto se debe a que las células cancerosas no tienen los receptores de estrógeno o progesterona o suficiente cantidad de la proteína HER2 para hacer que la terapia hormonal o los medicamentos de terapia dirigida sean eficaces.

Si el cáncer no se ha propagado a lugares distantes, la cirugía es una opción. La quimioterapia se puede administrar primero para reducir un tumor grande seguido de una cirugía. Además, la quimioterapia se puede administrar después de la cirugía para reducir las probabilidades de que el cáncer regrese. La radiación también puede ser una opción dependiendo de ciertas características del tumor.

Debido a que la terapia hormonal y los medicamentos HER2 no son opciones para las mujeres con cáncer de seno triple negativo, a menudo se utiliza la quimioterapia. En los casos en que el cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo (etapa IV), otros tratamientos que se pueden considerar incluyen inhibidores de la PARP, quimioterapia con platino o inmunoterapia.

Para más información, consulte [Tratamiento del cáncer de seno triple negativo](#)¹.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-de-triple-negativo.html
2. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
septiembre 20, 2019

Cáncer de seno inflamatorio

El cáncer de seno inflamatorio (IBC) es poco frecuente y representa alrededor del 1% a 5% de todos los cánceres de seno. Aunque a menudo es un tipo de carcinoma ductal invasivo, se diferencia de otros tipos de cáncer de seno por sus síntomas, pronóstico y tratamiento. El IBC provoca síntomas de inflamación como hinchazón y enrojecimiento, pero la infección o lesión no causan este cáncer ni los síntomas. Los síntomas del IBC son causados por células cancerosas que bloquean los vasos linfáticos en la piel, lo que provoca que el seno se vea "inflamado".

Los síntomas incluyen **hinchazón del seno, piel de color rojizo o morado, y formación de hoyuelos o engrosamiento de la piel del seno** que pueden ocasionar que luzca y tenga la textura **como la cáscara de una naranja**. A menudo, es posible que no sienta un bulto o una protuberancia, aun cuando esté presente. Si presenta cualquiera de estos síntomas, no significa que usted tenga IBC, pero debe acudir al médico inmediatamente.

¿En qué se diferencia el cáncer de seno inflamatorio de otros tipos de cáncer de seno?

El cáncer de seno inflamatorio (IBC) se diferencia de otros tipos de cáncer de seno en varios aspectos:

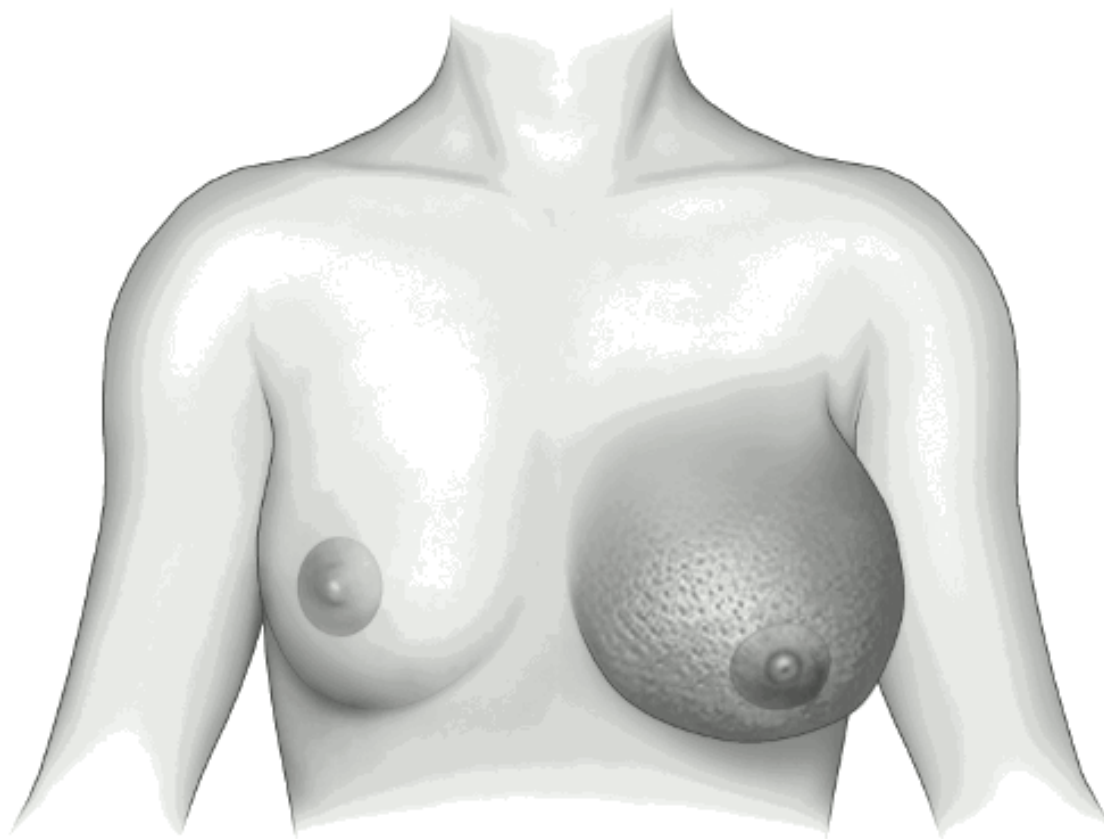
- El IBC no parece un cáncer de seno típico. A menudo no causa un tumor mamario, y puede que no aparezca en un mamograma. Este cáncer puede ser más difícil de diagnosticar.
- El IBC tiende a ocurrir en mujeres más jóvenes (menores de 40 años de edad)
- Las mujeres de raza negra suelen desarrollar IBC con más frecuencia que las mujeres de raza blanca.
- El IBC es más común entre las mujeres que tienen sobrepeso u obesidad.
- Este cáncer también tiende a ser más agresivo, crece y se propaga mucho más rápidamente en comparación con los tipos más comunes de cáncer de seno.

- Cuando se hace el diagnóstico, el IBC siempre está en etapa avanzada localmente porque las células del cáncer de seno han invadido la piel. (Esto significa al menos etapa III).
- Aproximadamente en 1 de cada 3 casos, el IBC ya se ha propagado (hecho metástasis) a partes distantes del cuerpo cuando se diagnostica. Esto dificulta el tratamiento de este cáncer.
- Las mujeres con IBC suelen presentar un peor pronóstico (resultado) que las mujeres con otros tipos comunes de cáncer de seno.

Signos y síntomas del cáncer de seno inflamatorio

El cáncer de seno inflamatorio (IBC) causa varios signos y síntomas que en su mayoría se desarrollan rápidamente (en un período de 3 a 6 meses), incluyendo:

- Hinchazón (edema) de la piel del seno
- Enrojecimiento que afecta a más de un tercio del seno
- Hoyuelos o engrosamiento de la piel del seno que pueden ocasionar que luzca y se sienta como la cáscara de una naranja
- Un pezón retraído o invertido
- Un seno que luce más grande que el otro debido a la hinchazón
- Un seno que se siente más caliente y pesado que el otro seno
- Puede que sienta comezón (picor), sensibilidad o dolor al palpar el seno
- Hinchazón de los ganglios linfáticos debajo de los brazos o cerca de la clavícula



© Sam and Amy Collins

Cáncer inflamatorio de seno

El dolor a la palpación, el enrojecimiento, el acaloramiento y la comezón son también síntomas comunes de una infección de seno o inflamación, como la mastitis de las mujeres que están embarazadas o amamantando a un bebé. Debido a que estos problemas son mucho más comunes que el IBC, su médico puede primero sospechar que la causa es una infección y tratarla con antibióticos.

Esto puede ser un buen primer paso, pero si sus síntomas no mejoran de 7 a 10 días, se necesitarán más pruebas para saber si se trata de cáncer. La posibilidad de IBC debe considerarse más si usted presenta estos síntomas, no está embarazada o amamantando, o ya ha tenido su menopausia.

El IBC crece y se propaga rápidamente, por lo que el cáncer puede haberse extendido hasta los ganglios linfáticos cercanos para cuando se notan los síntomas. Esta propagación puede causar ganglios linfáticos hinchados debajo del brazo o sobre su clavícula. Si el diagnóstico se retrasa, el cáncer puede propagarse a sitios distantes.

Si presenta cualquiera de estos síntomas, no significa que usted tenga IBC, pero debe acudir al médico inmediatamente. Si se inicia tratamiento con antibióticos, debe informarle a su médico si no nota una mejoría, especialmente si los síntomas empeoran o el área afectada se torna más grande. Solicite una consulta con un especialista (como un cirujano del seno), o usted puede obtener una segunda opinión si le preocupa algo.

¿Cómo se diagnostica el cáncer de seno inflamatorio?

Estudios por imágenes

Si se sospecha de cáncer de seno inflamatorio, se puede realizar uno o más de los siguientes estudios por imágenes:

- [Mamograma](#)¹
- [Ecografía \(ultrasonido\) de los senos](#)²
- [Imágenes por resonancia magnética \(MRI\) de los senos](#)³

En ocasiones, se toma una imagen del seno para ayudar a captar la cantidad de enrojecimiento e hinchazón antes de comenzar el tratamiento.

Biopsia

El cáncer de seno se diagnostica mediante una biopsia que consiste en tomar un pequeño fragmento de tejido mamario que se examina en un laboratorio. Su examen médico y otros exámenes pueden mostrar resultados que causan “sospechas” de IBC, pero sólo una biopsia puede indicar con certeza que se trata de cáncer.

Pruebas en las muestras de biopsia

Las células cancerosas de la biopsia se examinarán en el laboratorio para determinar su grado.

También se les realizarán pruebas para saber si contienen ciertas proteínas, lo que ayuda a decidir qué tratamientos serán útiles. Las mujeres cuyas células cancerosas del seno tienen receptores hormonales probablemente se beneficiarán del tratamiento con medicamentos de terapia hormonal.

Las células cancerosas que producen demasiada proteína llamada HER2 o demasiadas copias del gen de esa proteína pueden ser tratadas con ciertos

medicamentos que tienen como blanco a la HER2.

Etapas del cáncer de seno inflamatorio

Todos los cánceres de seno inflamatorios comienzan como **Etapa III (T4dNXM0)** ya que afectan la piel. Si el cáncer se ha propagado fuera del seno a áreas distantes está en **etapa IV**.

Para más información, lea sobre la clasificación por etapas del cáncer de seno.

Tasas de supervivencia para el cáncer de seno inflamatorio

El cáncer de seno inflamatorio (IBC) se considera un cáncer agresivo porque crece rápidamente, es más probable que ya se haya propagado en el momento en que se detecta, y hay más probabilidades de que regrese después del tratamiento en comparación con otros tipos de cáncer de seno. El pronóstico generalmente no es tan bueno como lo es para otros tipos de cáncer de seno.

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a tener un mejor entendimiento de cuán probable es que su tratamiento sea eficaz.

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que tenga más preguntas. Hable con su médico para entender cómo estas estadísticas se aplican a usted, ya que él o ella está familiarizado con su situación.

¿Qué es la tasa relativa de supervivencia a 5 años?

Una **tasa relativa de supervivencia** compara a las mujeres que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer de seno con mujeres en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de cáncer de seno es 70%, esto significa que las mujeres que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 70% de probabilidad, en comparación con las mujeres que no padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

¿De dónde provienen estos porcentajes?

La Sociedad Americana Contra El Cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de seno en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos de SEER no agrupa a los cánceres según el sistema de estadificación TNM del AJCC (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.). En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado:** no hay signos de que el cáncer se haya propagado fuera del seno.
- **Regional:** el cáncer se ha propagado fuera del seno hacia estructuras o ganglios linfáticos cercanos.
- **Distante:** el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, como a los pulmones, el hígado o a los huesos.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de seno inflamatorio

(Basado en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno inflamatorio entre 2009 y 2015).

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Regional	52%
Distante	18%
Todas las etapas SEER	39%

Cómo entender los porcentajes

- **Las mujeres que en la actualidad reciben un diagnóstico de cáncer de seno inflamatorio pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el pasar del tiempo, y estos porcentajes se basan en mujeres que fueron diagnosticadas y tratadas al menos

cuatro a cinco años antes.

- **Estos porcentajes se aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican más adelante si el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Al calcular estos porcentajes, no se tomaron en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de cuán lejos se ha propagado el cáncer, pero su edad, su salud en general, qué tan bien responde el cáncer al tratamiento, el grado del tumor, y otros factores también pueden afectar su pronóstico.

*SEER = Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales

Tratamiento del cáncer de seno inflamatorio

El cáncer de seno inflamatorio (IBC) que se ha propagado fuera del seno o de los ganglios linfáticos cercanos se clasifica como etapa III. En la mayoría de los casos, el primer tratamiento es quimioterapia para tratar de encoger el tumor, seguido por cirugía para extraer el cáncer. La radiación se administra después de la cirugía, y, en algunos casos, puede administrarse más tratamiento después de la radiación. Debido a que el IBC es tan agresivo, la cirugía con conservación del seno (tumorectomía) y la biopsia de ganglio centinela no suelen ser parte del tratamiento.

El IBC que se ha propagado a otras partes del cuerpo (etapa IV) se puede tratar con quimioterapia, terapia hormonal, y/o con medicamentos que tienen como blanco a la proteína HER2.

Para más información, consulte [Tratamiento del cáncer de seno inflamatorio](#)⁴.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/mamogramas.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/ecografia-del-seno.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/tratamiento-del-cancer-de-seno-inflamatorio.html
5. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Dawood S, Cristofanilli M. Inflammatory breast cancer: what progress have we made? *Oncology* (Williston Park). 2011 Mar;25(3):264270, 273.

Dawood S, Cristofanilli M. What progress have we made in managing inflammatory breast cancer? *Oncology*. 2007;21:673679

Dawood S, Merajver SD, Viens P, et al. International expert panel on inflammatory breast cancer: consensus statement for standardized diagnosis and treatment. *Ann Oncol*. 2011 Mar;22(3):515523.

Hance KW, Anderson WF, Devesa SS, Young HA, Levine PH. Trends in inflammatory breast carcinoma incidence and survival: the Surveillance, Epidemiology, and End Results program at the National Cancer Institute. *J Natl Cancer Inst*. 2005;97:966975.

Hennessy BT, Gonzalez-Angulo AM, Hortobagyi GN, et al. Disease-free and overall survival after pathologic complete disease remission of cytologically proven inflammatory breast carcinoma axillary lymph node metastases after primary systemic chemotherapy. *Cancer*. 2006;106:10001006.

Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2009 (Vintage 2009 Populations), National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09/, based on November 2011 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2012.

Kaufman B, Trudeau M, Awada A, et al. Lapatinib monotherapy in patients with HER2-overexpressing relapsed or refractory inflammatory breast cancer: final results and survival of the expanded HER2+ cohort in EGF103009, a phase II study. *Lancet Oncol*.

2009;10:581588.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Breast Cancer*. Version 3.2014. Accessed at www.nccn.org on June 10, 2014.

Panades M, Olivotto IA, Speers CH, et al. Evolving treatment strategies for inflammatory breast cancer: a population based survival analysis. *J Clin Oncol*. 2005;23:194123:19

Schlichting JA, Soliman AS, Schairer C, Schottenfeld D, Merajver SD. Inflammatory and non-inflammatory breast cancer survival by socioeconomic position in the Surveillance, Epidemiology, and End Results database, 1990-2008. *Breast Cancer Res Treat*. 2012 Aug;134(3):1257-68. Epub 2012 Jun 26.

Sinclair S, Swain SM. Primary systemic chemotherapy for inflammatory breast cancer. *Cancer*. 2010 Jun 1;116(11 Suppl):28212828.

Yang WT, Le-Petross HT, Macapinlac H, Carkaci S, Gonzalez-Angulo AM, Dawood S, Resetkova E, Hortobagyi GN, Cristofanilli M: Inflammatory breast cancer: PET/CT, MRI, mammography and sonography findings. *Breast Cancer Res Treat*. 2008 Jun;109(3):417-26. Epub 2007 Jul 26. Review

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente: septiembre 20, 2019

Angiosarcoma del seno

El angiosarcoma es un cáncer poco común que se origina en las células que revisten los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. Con mucha frecuencia, es una complicación causada por radioterapia previa al seno. El angiosarcoma puede presentarse de 8 a 10 años después de recibir tratamiento de radiación en el seno.

Signos y síntomas del angiosarcoma

El angiosarcoma puede causar cambios en la piel, como nódulos de color morado, una protuberancia en el seno, o ambos. Esto también puede ocurrir en los brazos afectados

de las mujeres con linfedema, pero esto no es común. (Linfedema es la hinchazón que puede surgir después de la cirugía o la radioterapia para tratar el cáncer de seno).

¿Cómo se diagnostica el angiosarcoma?

Para saber si hay cambios en el seno, se puede realizar uno o más de los siguientes estudios por imágenes:

- [Mamograma de diagnóstico](#)¹
- [Ecografía \(ultrasonido\) de los senos](#)²
- [Imágenes por resonancia magnética \(MRI\) de los senos](#)³

El angiosarcoma se diagnostica mediante una biopsia que consiste en extraer un pequeño fragmento de tejido mamario que se examina en un laboratorio. Solo una biopsia puede indicar con certeza que se trata de cáncer.

Tratamiento del angiosarcoma

Los angiosarcomas suelen crecer y propagarse rápidamente. El tratamiento generalmente incluye cirugía para extirpar el seno (mastectomía). Por lo general, no se extirpan los ganglios linfáticos axilares. Para más información sobre los sarcomas, consulte [Sarcomas de tejidos blandos](#)⁴.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/mamogramas.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/ecografia-del-seno.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/imagenes-por-resonancia-magnetica-de-los-senos.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/sarcoma-de-tejidos-blandos.html
5. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente: septiembre 20, 2019

Enfermedad de Paget del seno

La enfermedad de Paget del seno es un tipo poco frecuente de cáncer de seno que afecta la piel del pezón y la areola (el círculo oscuro que rodea al pezón). Por lo general, la enfermedad de Paget afecta solamente a un seno. Del 80% al 90% de los casos de esta enfermedad, por lo general se descubre un carcinoma ductal in situ (DCIS) o carcinoma ductal infiltrante (cáncer de seno invasivo).

Signos y síntomas de la enfermedad de Paget del seno

La piel del pezón y de la areola con frecuencia se presenta con costras, escamas y está enrojecida. Puede que salga sangre o líquido amarillo del pezón. A veces el pezón se ve plano o invertido. También puede sentir ardor o comezón. Es posible que su médico trate esto primero como eczema, y si no mejora, recomendar una biopsia.

¿Cómo se diagnostica la enfermedad de Paget del seno?

La mayoría de las mujeres con enfermedad de Paget del seno también presentan tumores en el mismo seno. Se pueden realizar uno o más de los siguientes estudios por imágenes para saber si hay otros cambios en el seno:

- [Mamograma de diagnóstico](#)¹
- [Ecografía \(ultrasonido\) de los senos](#)²
- [Imágenes por resonancia magnética \(MRI\) de los senos](#)³

La enfermedad de Paget del seno se diagnostica mediante una biopsia que se hace al extraer un pequeño fragmento de tejido mamario que se examina en un laboratorio. En algunos casos, se extrae todo el pezón. Solo una biopsia puede indicar con certeza que se trata de cáncer.

Tratamiento de la enfermedad de Paget del seno

La enfermedad de Paget puede tratarse mediante la extirpación de todo el seno (mastectomía) o cirugía con conservación del seno seguida de radioterapia a todo el seno. Si se realiza la cirugía con conservación del seno, también es necesario extraer el pezón y toda el área de la areola. Si se descubre cáncer invasivo, se examinarán los ganglios linfáticos ubicados debajo del brazo para saber si tienen cáncer.

Si no se palpa ninguna masa en el tejido mamario, y la biopsia indica que el cáncer no se ha propagado, el pronóstico es excelente.

Si el cáncer se ha propagado (es invasivo), el pronóstico no es tan favorable. Se determinará la etapa del cáncer y se tratará como cualquier otro carcinoma ductal invasivo.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/mamogramas.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/ecografia-del-seno.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html
4. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
septiembre 20, 2019

Estado del receptor hormonal del cáncer de seno

A las células cancerosas del seno obtenidas durante una biopsia o cirugía se le realizarán pruebas para saber si tienen determinadas proteínas que son receptores de estrógeno o progesterona. Cuando las hormonas estrógeno y progesterona se unen a estos receptores, estimulan el crecimiento del cáncer. A los cánceres se les identifica como cánceres con receptores de hormonas positivos o cánceres con receptores de hormonas negativos según tengan o no estos receptores (proteínas). Saber el estado del receptor hormonal es importante para decidir las opciones de tratamiento. Pregunte al médico sobre el estado del receptor hormonal y lo que significa en su caso.

¿Qué son los receptores de estrógeno y de progesterona?

Los receptores son proteínas que se encuentran en el interior de las células o sobre ellas y que se pueden unir a ciertas sustancias de la sangre. Las células mamarias normales y algunas células de cáncer de seno tienen receptores que se unen a las hormonas estrógeno y progesterona, y dependen de estas hormonas para crecer.

Las células del cáncer de seno pueden contener uno, ambos o ninguno de estos receptores.

- **ER-positivo:** a los cánceres de seno que tienen receptores de estrógeno se les llama *cánceres positivos para receptores de estrógeno* (o ER+).
- **PR-positivo:** a los cánceres de seno con receptores de progesterona se les llama *cánceres positivos para receptores de progesterona* (o PR+).
- **Receptor de hormonas positivo:** si la célula cancerosa tiene uno o ambos receptores anteriores, se puede usar el término *cáncer de seno con receptores de hormonas positivos* (también conocido como HR+).
- **Receptor de hormonas negativo:** si la célula cancerosa no tiene el receptor de estrógeno ni el de progesterona, se llama *receptor de hormonas negativo* (también

conocido como HR-).

Impedir que el estrógeno y la progesterona se adhieran a los receptores puede ayudar a evitar el crecimiento del cáncer y su propagación. Se pueden usar medicamentos para lograr esto.

¿Por qué es importante conocer el estado del receptor hormonal?

Conocer el estado del receptor hormonal de su cáncer ayuda a los médicos a decidir cómo tratarlo. Si su cáncer tiene uno o ambos de estos receptores de hormonas, se pueden emplear medicamentos de terapia hormonal para reducir los niveles de estrógeno o evitar que el estrógeno actúe en las células cancerosas del seno. Esta clase de tratamiento es útil para cánceres de seno con receptores de hormonas positivos, pero no es eficaz en tumores con receptores de hormonas negativos (ambos ER y PR negativo).

A todos los cánceres invasivos de seno, se les debe realizar estas pruebas de ambos receptores hormonales ya sea en la muestra de la biopsia o al extraer el tumor mediante la cirugía. Alrededor de 2 de cada 3 cánceres de seno tienen al menos uno de estos receptores. Este porcentaje es mayor en las mujeres de más edad que en las mujeres más jóvenes. A los DCIS también se les deben hacer pruebas de receptores hormonales.

¿Qué significan los resultados de la prueba de receptores hormonales?

A menudo se usa una prueba llamada inmunohistoquímica (IHC) para averiguar si las células cancerosas tienen receptores de estrógeno y progesterona. El resultado de la prueba les ayudará a usted y a su equipo de atención del cáncer a tomar las mejores decisiones sobre el tratamiento.

Los resultados de la prueba le indicarán su estado de receptor hormonal. El informe que muestra los resultados indicará que un tumor es *receptor de hormonas positivo* si al menos el 1% de las células examinadas tienen receptores de estrógeno y/o progesterona. De lo contrario, indicará que el tumor es *receptor de hormonas negativo*.

Las células del cáncer de seno con **receptores de hormonas positivos** tienen receptores de estrógeno (ER), receptores de progesterona (PR), o ambos. Estos cánceres de seno se pueden tratar con medicamentos de terapia hormonal que reducen los niveles de estrógeno o bloquean los receptores de estrógeno. Los

cánceres con receptores de hormonas positivos suelen crecer más lentamente que los cánceres con receptores de hormonas negativos. Las mujeres con cánceres con receptores de hormonas positivos suelen tener un mejor pronóstico a corto plazo, pero estos cánceres a veces pueden regresar muchos años después del tratamiento.

Los cánceres con **receptores de hormonas negativos** no tienen receptores de estrógeno ni receptores de progesterona. El tratamiento con los medicamentos de terapia hormonal no es útil para estos cánceres. Estos cánceres tienden a crecer más rápidamente que los cánceres con receptores de hormonas positivos. Si regresan después del tratamiento, esto ocurre con más frecuencia durante los primeros años. Los cánceres con receptores de hormonas negativos son más comunes en mujeres que aún no han tenido menopausia.

Las células del cáncer de seno que son **triple negativas** no contienen receptores de estrógeno ni de progesterona. Tampoco producen exceso de proteína **HER2**. Estos cánceres suelen ser más comunes en mujeres menores de 40 años, que son de raza negra o que tienen una mutación en el gen BRCA1. El cáncer de seno triple negativo crece y se propaga más rápidamente que la mayoría de los otros tipos de cáncer de seno. Debido a que las células cancerosas no tienen receptores hormonales, la terapia hormonal no es útil en el tratamiento de estos cánceres. Tampoco son útiles los medicamentos que tienen como blanco a la proteína HER2, porque estos cánceres no tienen exceso de HER2. El tratamiento con quimioterapia puede ser útil. Consulte [Cáncer de seno triple negativo](#) para obtener más información.

Los cánceres **triple positivos** son ER-positivo, PR-positivo y positivo para HER2. Estos cánceres se pueden tratar con medicamentos hormonales, y con medicamentos que tienen como blanco a la proteína HER2.

Hyperlinks

1. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

American Society of Clinical Oncology. HER2 Testing for Breast Cancer. October 7, 2013. Accessed at <http://www.cancer.net/research-and-advocacy/asco-care-and-treatment-recommendations-patients/her2-testing-breast-cancer> on September 25, 2015.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente: septiembre 20, 2019

Estado de HER2 del cáncer de seno

Algunas mujeres tienen tumores del seno con niveles más altos de una proteína conocida como HER2. A estos se les llama **cánceres de seno HER2-positivos**. Pregunte al médico sobre el estado de su HER2 y lo que significa en su caso.

¿Qué es HER2 y qué implica?

La HER2 es una proteína en el exterior de todas las células mamarias que promueve el crecimiento. Las células del cáncer de seno con niveles más altos de lo normal de HER2 se llaman *HER2-positivas*. Estos cánceres tienden a crecer y propagarse más rápido que otros tipos de cáncer de seno, pero responden al tratamiento con medicamentos que tienen como blanco a la proteína HER2.

¿Cómo se evalúa el estado de HER2 de los tumores del seno?

Las mujeres con cánceres de seno invasivos de diagnóstico reciente deberán ser sometidas a pruebas para HER2.

Por lo general, se realizan pruebas a una muestra obtenida mediante biopsia o cirugía, ya sea con las pruebas de inmunohistoquímica (IHC) o con hibridación in situ con fluorescencia (FISH).

Para más información sobre estas pruebas, consulte [Cómo entender su informe de patología: cáncer de seno](#)¹.

¿Qué significan los resultados de la prueba?

Los resultados de las pruebas de HER2 guiarán a usted como a y a su equipo de atención del cáncer para tomar las mejores decisiones sobre el tratamiento.

No está claro si una prueba es más precisa que la otra, pero la prueba FISH es más costosa y toma más tiempo obtener los resultados. Con frecuencia, se hace la IHC primero.

- Si el resultado de la IHC es 0 o 1+, el cáncer se considera **HER2-negativo**. Estos cánceres no responden a tratamiento con medicamentos que tienen a HER2 como blanco.
- Si el resultado de la IHC es 3+, el cáncer es **HER2-positivo**. Por lo general, estos cánceres se tratan con medicamentos que tienen a la proteína HER2 como blanco.
- Si el resultado de la IHC es 2+, el estado de HER2 del tumor no está claro, y se le llama “ambiguo”. Esto significa que es necesario hacer una prueba del estado de HER2 con hibridación in situ con fluorescencia (FISH) para clarificar el resultado.

Los tumores de seno triple negativos no tienen exceso de HER2 ni receptores de estrógeno o progesterona. Son HER2-, ER-, y PR-negativos. La terapia hormonal y los medicamentos dirigidos a HER2 no son útiles para tratar estos cánceres. Consulte [Cáncer de seno triple negativo](#) para obtener más información.

Los tumores de seno **triple positivos** son HER2-, ER- y PR- positivos. Estos cánceres se tratan con medicamentos hormonales, así como medicamentos que tienen como blanco a la proteína HER2.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/como-comprender-su-informe-de-patologia/patologia-del-seno/patologia-del-seno.html
2. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

American Society of Clinical Oncology. Estrogen and Progesterone Receptor Testing for Breast Cancer. April 19, 2010. Accessed at <http://www.cancer.net/research-and-advocacy/asco-care-and-treatment-recommendations-patients/estrogen-and-progesterone-receptor-testing-breast-cancer> on September 25, 2015.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
septiembre 20, 2019

Pruebas para la expresión genética del cáncer de seno

Las pruebas para la expresión genética son una forma de *medicina personalizada* para obtener más información sobre su cáncer y adaptar su tratamiento.

Estas pruebas se realizan en células de cáncer de seno después de la cirugía o la biopsia para examinar los patrones de una serie de genes diferentes. Este proceso a veces se denomina *perfil de expresión genética*.

Los patrones que se encuentren pueden ayudar a predecir si es probable que ciertos cánceres de seno en etapa temprana reaparezcan después del tratamiento inicial. Los doctores también pueden utilizar la información de algunas de estas pruebas para saber qué mujeres tienen más probabilidad de mejorar con quimioterapia después de la cirugía del seno.

Opciones de pruebas

Las pruebas **Oncotype DX, MammaPrint y Prosigna** son ejemplos de pruebas que evalúan diferentes grupos de genes del cáncer de seno. Actualmente, se están desarrollando más pruebas. El tipo de prueba que se utiliza dependerá de su situación. Tenga en cuenta que estas pruebas generalmente se usan para los cánceres en etapas tempranas, y que las pruebas no son necesarias en todos los casos. Por ejemplo, si el cáncer de seno está avanzado, podría estar claro que se necesita quimioterapia, incluso sin hacer pruebas para la expresión genética.

Oncotype DX

La prueba Oncotype DX se utiliza para tumores con receptores de hormonas positivos en etapas I, II o IIIa que no se han propagado a más de tres ganglios linfáticos y que son HER2 negativos. También se puede usar para el DCIS (carcinoma ductal in situ o cáncer de seno en etapa 0).

La prueba evalúa un conjunto de 21 genes en las células cancerosas que se obtuvieron de las muestras del tumor al realizar la biopsia o la cirugía para asignar una “puntuación de recurrencia” que va desde 0 a 100. La puntuación refleja el riesgo de que el cáncer de seno regrese (recurrencia) en los próximos 10 años y la probabilidad de que usted mejore al recibir quimioterapia tras la cirugía.

- **Una puntuación baja (0-25) significa un bajo riesgo de recurrencia.** La mayoría de las mujeres con puntuaciones bajas de recurrencia no se benefician de la quimioterapia y tienen buenos resultados cuando se tratan con terapia hormonal.
- **Una puntuación alta (26-100) significa un riesgo mayor de recurrencia.** Las mujeres con puntuaciones altas de recurrencia tienen más probabilidades de obtener beneficios al agregar quimioterapia a la terapia hormonal para ayudar a reducir la probabilidad de que el cáncer regrese.

En mujeres de 50 años o menos con una puntuación baja de recurrencia de 16 a 25, puede haber un beneficio pequeño a moderado al añadir quimioterapia. Consulte con su médico sobre sus opciones.

MammaPrint

La prueba MammaPrint se puede usar para ayudar a determinar la probabilidad de que los cánceres de seno recurran en partes distantes del cuerpo después del tratamiento. Se puede usar en cualquier tipo de cáncer de seno invasivo que mida 5 cm (alrededor

de 2 pulgadas) o menos y que no se haya propagado a más de tres ganglios linfáticos. Esta prueba se puede hacer independientemente de los resultados de las hormonas del cáncer y de HER2.

La prueba analiza 70 genes diferentes para determinar si el riesgo de recurrencia del cáncer en los próximos 10 años es bajo o alto. Los resultados de la prueba se presentan como “bajo riesgo” o “alto riesgo”. Esta prueba también se está evaluando para determinar si ciertas mujeres podrían beneficiarse con la quimioterapia.

Prosigna

La prueba Prosigna se puede utilizar para predecir el riesgo de recurrencia en los próximos 10 años en mujeres que han tenido la menopausia y sus cánceres de seno invasivos tienen receptores de hormonas positivos. Se puede utilizar para realizar pruebas a los cánceres en etapa I o II que no se han propagado a los ganglios linfáticos, o cánceres en etapa II con no más de 3 ganglios linfáticos positivos.

La prueba examina 50 genes y clasifica los resultados como de bajo, intermedio o de alto riesgo.

¿Qué significan los resultados de la prueba?

Algunas pruebas para la expresión genética pueden ayudar a predecir qué mujeres tienen más probabilidad de beneficiarse con quimioterapia después de la cirugía del seno. (A esto se le llama *quimioterapia adyuvante*). La terapia hormonal es un tratamiento estándar para los cánceres de seno con receptores de hormonas positivos, pero no siempre está claro cuándo utilizar la quimioterapia. Estas pruebas pueden ayudar a tomar esa decisión. Aun así, estas pruebas no pueden indicar con certeza si el cáncer de una mujer en particular regresará con o sin quimioterapia.

Actualmente estas pruebas siguen siendo evaluadas en estudios clínicos grandes para comprender mejor cómo y cuándo sería el momento más adecuado para emplearlas. Mientras tanto, pregúntele al médico si estas pruebas podrían ser útiles para usted.

Hyperlinks

1. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Agendia website: Mammaprint. Accessed at www.agendia.com/healthcare-professionals/breast-cancer/mammaprint/ on September 29, 2015.

Genomic Health press release: Two Large International Studies Provide Additional Prospective Data Reinforcing the Ability of Oncotype DX® to Accurately Predict Clinical Outcomes in Early-Stage Breast Cancer Patients. September 28, 2015. Presentations at 2015 European Cancer Congress Complement Watershed ECOG-ACRIN/NCI TAILORx Breast Cancer Study Results Published Today in The New England Journal of Medicine. Accessed at <http://investor.genomichealth.com/releaseDetail.cfm?releaseID=933281> on September 28, 2015.

Genomin Health, Inc. website: Oncotype DX. Accessed at www.genomichealth.com/en-US/OncotypeDX.aspx on September 29, 2015.

Paik, S. Development and Clinical Utility of a 21-Gene Recurrence Score Prognostic Assay in Patients with Early Breast Cancer Treated with Tamoxifen. *The Oncologist*. 2007;12(6): 631-635.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
septiembre 20, 2019

Ploidía y proliferación celular en el cáncer de seno

Descubrir más información acerca del ADN en las células del cáncer de seno puede ayudar a predecir cuán rápidamente las células cancerosas se dividen y crecen.

¿Qué es ploidía y qué implica?

La ploidía de las células cancerosas se refiere a la cantidad de ADN que contienen.

- Si hay una cantidad normal de ADN en las células, se dice que estas son *diploides*. Estos tipos de cáncer tienden a crecer y propagarse más lentamente.
- Si la cantidad de ADN es anormal, entonces a las células se les llama *aneuploides*. Estos cánceres tienden a ser más agresivos. (Suelen crecer y propagarse más rápidamente).

Las pruebas de ploidía pueden dar una idea sobre los resultados (del tratamiento) a largo plazo, pero estas pruebas no suelen usarse para cambiar el tratamiento y se consideran opcionales. Por lo general, no son recomendadas como parte de la evaluación rutinaria del cáncer de seno.

¿Qué es la proliferación celular?

La proliferación celular consiste en cuán rápidamente una célula cancerosa copia su ADN y se divide en dos células. Si las células cancerosas se están dividiendo más rápidamente, esto significa que el crecimiento del cáncer es más rápido o más agresivo.

La tasa de proliferación de células cancerosas se puede calcular mediante una **prueba Ki-67**. En algunos casos, se puede hacer la prueba Ki-67 para medir la proliferación celular y ayudar a planificar el tratamiento o predecir los resultados del tratamiento. Pero los resultados de la prueba pueden variar dependiendo de factores, como qué laboratorio realiza la prueba, el método usado y qué parte del tumor se somete a prueba.

Otra forma de determinar la división celular es la *fracción de fase S* que es el porcentaje de células en una muestra que están copiando su ADN a medida que se preparan para dividirse en dos nuevas células.

Si la fracción de fase S o el índice de marcador Ki-67 es alto, significa que las células cancerosas se están dividiendo más rápidamente.

Hyperlinks

1. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

American Society of Clinical Oncology. Breast Cancer in Men: Diagnosis. 08/2014. Accessed at www.cancer.net/cancer-types/breast-cancer-men/diagnosis on September 25, 2015.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente: septiembre 20, 2019

Grados del cáncer de seno

Conocer el grado de un cáncer de seno es importante para entender cuán rápido es probable que crezca y se propague.

¿Qué es el grado del cáncer de seno?

A las células cancerosas se les asigna un **grado** cuando se extraen del seno y se examinan en el laboratorio. El grado se determina en función de qué tanto se parecen las células cancerosas a las células normales. El grado se utiliza para ayudar a predecir el resultado (pronóstico) y decidir qué tratamientos podrían ser más eficaces.

En general, un grado con un número menor (1) indica un cáncer de crecimiento más lento que es menos probable que se propague.

Por otro lado, un número mayor (3) indica un cáncer de crecimiento más rápido que es más probable que se propague.

Asignación del grado para las células del cáncer de seno

Se estudian tres características de las células cancerosas y a cada una se le asigna una puntuación. Luego se agregan las puntuaciones para obtener un número entre 3 y 9 que se utiliza para obtener un grado de 1, 2 o 3, que se indica en su informe de patología. En lugar de números, a veces se emplean los términos *bien diferenciados*, *moderadamente diferenciados* y *pobrementemente diferenciados* para describir el grado:

- **Grado 1 o bien diferenciado** (puntuación de 3, 4 o 5). Las células son de crecimiento más lento y se parecen más al tejido mamario normal.
- **Grado 2 o moderadamente diferenciado** (puntuación de 6, 7). La velocidad de crecimiento de las células y su aspecto corresponden a un valor entre los grados 1 y 3.
- **Grado 3 o pobrementemente diferenciado** (puntuación de 8, 9). Las células cancerosas se ven muy diferentes a las células normales y probablemente crecerán y se propagarán más rápido.

Nuestra información sobre informes de patología puede ayudarle a entender los detalles acerca de su cáncer de seno.

Asignación del grado al carcinoma ductal in situ

Al carcinoma ductal in situ (DCIS) también se le asigna un grado en función de qué tan anormales se ven las células cancerosas.

También se toma en cuenta la presencia de **necrosis** (áreas de células cancerosas muertas o en proceso de morir). Si hay necrosis, esto significa que el tumor está creciendo rápidamente.

- El término **comedocarcinoma** se usa con frecuencia para describir el DCIS con mucha necrosis.
- El término *comedonecrosis* se puede utilizar si un conducto mamario está lleno de células muertas y moribundas.

El comedocarcinoma y la comedonecrosis están relacionados con un grado más alto de DCIS.

Hyperlinks

1. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
septiembre 20, 2019

Etapas del cáncer de seno

Después del diagnóstico de cáncer de seno, los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama **estadificación** (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo. Los médicos también utilizan la etapa de un cáncer cuando hablan sobre las estadísticas de supervivencia.

Los cánceres de seno en etapas más tempranas se identifican como etapa 0 (carcinoma in situ), y los demás van desde la etapa I (1) a la IV (4). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Además, dentro de una etapa, una letra menor significa una etapa menos avanzada.

¿Cómo se determina la etapa?

El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer de seno es el sistema **TNM** del *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*. El sistema AJCC más reciente, en vigor desde enero de 2018, incluye etapas clínicas y patológicas del cáncer de seno:

- La **etapa patológica** (también llamada la *etapa quirúrgica*), se determina mediante el examen del tejido extirpado durante una operación.
- A menudo, si no es posible realizar una cirugía de inmediato, o no es posible hacerla, en su lugar, al cáncer se le asignará una **etapa clínica**. Esto se basa en los resultados de un examen médico, biopsia, y estudios por imágenes. La etapa clínica se usa para ayudar a planear el tratamiento. Sin embargo, algunas veces el cáncer se ha propagado más que el estimado de la etapa clínica y puede que no proporcione un pronóstico tan preciso como la etapa patológica.

En ambos sistemas de estadificación, se utilizan 7 piezas clave de información:

- **La extensión (tamaño) del tumor (T):** ¿De qué tamaño es el cáncer? ¿Ha invadido las áreas cercanas?
- **La propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos adyacentes (N):** ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos adyacentes? De ser así, ¿a cuántos ganglios linfáticos?
- **La propagación (metástasis) a sitios distantes (M):** ¿Se ha propagado el cáncer a órganos distantes como a los pulmones o al hígado?
- **Estado del receptor de estrógeno (ER):** ¿Tiene el cáncer la proteína llamada receptor de estrógeno?
- **Estado del receptor de progesterona (PR):** ¿Tiene el cáncer la proteína llamada receptor de progesterona?
- **Estado de Her2:** ¿Produce el cáncer demasiada cantidad de una proteína llamada Her2?
- **Grado del cáncer (G):** ¿Qué tanto las células cancerosas se parecen a las células normales?

Para la etapa, puede que en ciertas circunstancias también se tome en consideración la puntuación de recurrencia de la prueba Oncotype Dx.

Una vez que se han determinado todos estos factores, esta información se combina en

un proceso llamado **agrupación por etapas** para asignar una etapa general. Para más información, consulte [Estadificación del cáncer](#)¹.

A continuación se detallan los tres primeros factores (las categorías TNM). Sin embargo, agregar información sobre el estado de ER, PR y Her2 junto con el grado ha hecho que la agrupación por etapas para el cáncer de seno sea más compleja que para otros tipos de cáncer. Debido a esto, es mejor preguntarle a su médico acerca de su etapa específica y lo que implica.

Detalles del sistema de estadificación TNM

Los números y las letras después de la T, N y M proporcionan más detalles sobre cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado.

Categorías T del cáncer de seno

La letra T seguida de un número del 0 al 4 describe el tamaño del tumor (primario) y su propagación a la piel o a la pared torácica debajo del seno. Los números de T más altos significan un tumor más grande y/o una propagación más extensa a los tejidos cerca del seno.

TX: no se puede evaluar el tumor primario.

T0: no hay evidencia de tumor primario.

Tis: carcinoma in situ (DCIS, o enfermedad de Paget del seno sin masas tumorales asociadas).

T1 (incluye T1a, T1b, y T1c): tumor de 2 cm (3/4 de pulgada) o menos de ancho.

T2: el tumor mide más de 2 cm, pero no más de 5 cm (2 pulgadas) de ancho.

T3: el tumor mide más de 5 cm de ancho.

T4 (incluye T4a, T4b, T4c, y T4d): el tumor es de cualquier tamaño y crece hacia la pared torácica o la piel, invadiéndolos. Esto incluye al cáncer de seno inflamatorio.

Categorías N del cáncer de seno

La letra N seguida de un número del 0 al 3 indica si el cáncer se ha propagado a los

ganglios linfáticos cercanos al seno y, de ser así, cuántos ganglios linfáticos se encuentran afectados.

La estadificación de ganglios linfáticos para el cáncer de seno se basa en el aspecto de los nódulos al examinarlos con un microscopio. Este proceso ha cambiado a medida que ha mejorado la tecnología. Los métodos más recientes han hecho posible que se puedan encontrar grupos cada vez más pequeños de células cancerosas, aunque los expertos no están seguros de cuánto afectan al pronóstico estos depósitos diminutos de cáncer.

Aún no está claro cuánto cáncer es necesario en los ganglios linfáticos para que haya un cambio en el pronóstico o el tratamiento. Este tema se sigue analizando, pero hasta el momento, un depósito de células cancerosas tiene que contener por lo menos 200 células o medir por lo menos 0.2 mm de ancho (menos de 1/100 de una pulgada) para que cambie la etapa N. Un área de propagación del cáncer que mida menos de 0.2 mm (o con menos de 200 células) no cambia la etapa, pero se registra con abreviaciones (i+ o mol+) que indican el tipo de prueba especial usada para encontrar la propagación del cáncer.

Por otro lado, si el área de la propagación del cáncer mide por lo menos 0.2 mm (o 200 células), pero aún no mide más de 2 mm, se le llama **micrometástasis** (1 mm es aproximadamente del ancho de un grano de arroz). Las micrometástasis se cuentan sólo si no hay ninguna otra área mayor de propagación del cáncer. Se sabe que las áreas de propagación del cáncer que miden más de 2 mm afectan el pronóstico y cambian la etapa N. Algunas veces, a estas áreas más grandes se les llama **macrometástasis**, aunque con más frecuencia se les llama solo metástasis.

NX: los ganglios linfáticos adyacentes no se pueden evaluar (por ejemplo, si se extirparon anteriormente).

NO: el cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes.

NO(i +): el área de propagación del cáncer contiene menos de 200 células y mide menos de 0.2 mm. La abreviación “i+” significa que un pequeño número de células cancerosas (llamadas *células tumorales aisladas*) fueron observadas en tinción de rutina o cuando se usó una técnica especial de tinción, llamada *inmunohistoquímica*.

NO(mol+): las células cancerosas no se pueden observar en los ganglios linfáticos axilares (aun cuando se usan tintes especiales), pero se detectaron señales de células cancerosas mediante el uso de una técnica llamada *RT-PCR*. La RT-PCR es una prueba molecular que puede encontrar un número muy pequeño de células cancerosas. (Esta prueba no se usa a menudo para encontrar las células cancerosas

del seno en los ganglios linfáticos, ya que los resultados no afectan las decisiones sobre el tratamiento).

N1: el cáncer se propagó a entre 1 y 3 ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo), y/o se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamarios internos (aquellos que están cerca del esternón) en la biopsia de ganglio centinela.

N1mi: hay micrometástasis (áreas diminutas de propagación del cáncer) en los ganglios linfáticos debajo del brazo. Las áreas de propagación del cáncer en los ganglios linfáticos miden al menos 0.2mm de ancho, pero miden menos de 2mm.

N1a: el cáncer se ha propagado a entre 1 y 3 ganglios linfáticos debajo del brazo con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm de ancho.

N1b: el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos mamarios internos en el mismo lado del cáncer, pero esta propagación sólo se detectó mediante biopsia de ganglio centinela (no causó que los ganglios linfáticos aumentaran de tamaño).

N1c: tanto N1a como N1b están presentes.

N2: el cáncer se ha propagado a entre 4 y 9 ganglios linfáticos debajo del brazo, o el cáncer ha agrandado los ganglios linfáticos mamarios internos.

N2a: el cáncer se propagó a entre 4 y 9 ganglios linfáticos debajo del brazo con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm.

N2b: el cáncer se propagó a uno o más ganglios linfáticos mamarios internos, lo que causa que estén agrandados.

N3: cualquiera de los siguientes:

N3a: bien sea que:

El cáncer se propagó a 10 o más ganglios linfáticos axilares con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm,

O

El cáncer se propagó a los ganglios linfáticos que están debajo de la clavícula (ganglios infraclaviculares) con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm.

N3b: cuando:

Se encuentra cáncer en por lo menos un ganglio linfático axilar (con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm), y ha agrandado los ganglios linfáticos mamaros internos,

O

El cáncer se propagó a 4 o más ganglios linfáticos axilares (con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm), y se encuentran diminutas cantidades de cáncer en los ganglios linfáticos mamaros internos en la biopsia de ganglio linfático centinela.

N3c: el cáncer se propagó a los ganglios linfáticos que están sobre la clavícula (ganglios supraclaviculares) con por lo menos un área de propagación del cáncer que mide más de 2 mm.

Categorías M del cáncer de seno

La letra M seguida de un número del 0 al 1 indica si el cáncer se ha propagado o no a los órganos distantes (por ejemplo, los pulmones o los huesos).

MX: no se puede evaluar la propagación a distancia (metástasis).

M0: no se encuentra propagación a distancia en las radiografías (o en otros estudios por imágenes) o por examen médico.

cM0(i +): se encuentran pequeños números de células cancerosas en la sangre o la médula ósea (encontrados sólo por pruebas especiales) o se encuentran áreas diminutas de propagación del cáncer (que no miden más de 0.2 mm) en ganglios linfáticos alejados de la axila, la clavícula o las áreas mamaras internas.

M1: el cáncer se ha propagado a órganos distantes (con más frecuencia a los huesos, los pulmones, el cerebro o al hígado).

Ejemplos usando el sistema de estadificación completo

Debido a que hay tantos factores que se toman en cuenta para la agrupación por etapas para el cáncer de seno, no es posible describir en este artículo cada combinación que podría incluirse en cada etapa. Al haber muchas combinaciones posibles, dos mujeres que tienen la misma etapa de cáncer de seno podrían tener

factores diferentes que determinan su etapa.

A continuación se presentan tres ejemplos de cómo se utilizan todos los factores mencionados anteriormente para determinar la etapa del cáncer de seno:

Ejemplo #1

Si el tamaño del cáncer es de entre 2 y 5 cm (T2), pero no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a órganos distantes (M0) **Y** es:

- Grado 3
- Her2 negativo
- ER positivo
- PR positivo

La etapa del cáncer es IB.

Ejemplo #2

Si el cáncer mide más de 5 cm (T3) y se ha propagado a entre 4 y 9 ganglios linfáticos debajo del brazo o a cualquier ganglio linfático mamario interno (N2) pero no a órganos distantes (M0) **Y** es:

- Grado 2
- Her2 positivo
- ER positivo
- PR positivo

La etapa del cáncer es IB.

Ejemplo #3

Si el cáncer mide más de 5 cm (T3) y se ha propagado a entre 4 y 9 ganglios linfáticos debajo del brazo o a cualquier ganglio linfático mamario interno (N2) pero no a órganos distantes (M0) **Y** es:

- Grado 2
- Her2 negativo
- ER negativo

- PR negativo

La etapa del cáncer es IIIB.

Estos son sólo tres ejemplos de muchas combinaciones posibles de factores. Hable con su médico para poder entender cuál es la etapa de su cáncer de seno y lo que implica.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html
2. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

American Joint Committee on Cancer. Breast. In: AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017:589.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer. Version 2.2017. Accessed at www.nccn.org on August 18, 2017.

Agendia website: Mammaprint. Accessed at www.agendia.com/healthcare-professionals/breast-cancer/mammaprint/ on August 22, 2017.

Genomic Health, Inc. website: Oncotype DX. Accessed at www.genomichealth.com/en-US/OncotypeDX.aspx on August 22, 2017.

Paik, S. Development and Clinical Utility of a 21-Gene Recurrence Score Prognostic Assay in Patients with Early Breast Cancer Treated with Tamoxifen. *The Oncologist*. 2007;12(6): 631-635.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
septiembre 20, 2019

Tasas de supervivencia del cáncer de seno

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a tener un mejor entendimiento de que probable es que su tratamiento sea eficaz.

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que usted tenga más preguntas. Hable con su médico para saber cómo estas estadísticas se aplican a usted, ya que él o ella está familiarizado con su situación.

¿Qué es la tasa relativa de supervivencia a 5 años?

Una **tasa relativa de supervivencia** compara a las mujeres que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer de seno con aquellas en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de cáncer de seno es 90%, esto significa que las mujeres que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 90% de probabilidades, en comparación con las mujeres que no padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

¿De dónde provienen estos porcentajes?

La Sociedad Americana Contra El Cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de seno en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos de SEER no agrupa a los cánceres según el sistema de estadificación TNM del AJCC (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.). En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado:** no hay signos de que el cáncer se haya propagado fuera del seno.
- **Regional:** el cáncer se ha propagado fuera del seno hacia estructuras o ganglios linfáticos cercanos.
- **Distante:** el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, como a los pulmones, el hígado o a los huesos.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de seno

(Basado en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno entre 2008 y 2014).

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	99%
Regional	85%
Distante	27%
Todas las etapas SEER combinadas	90%

Cómo entender los porcentajes

- **Las mujeres que en la actualidad reciben un diagnóstico de cáncer de seno pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el pasar del tiempo, y estos porcentajes se basan en mujeres que fueron diagnosticadas y tratadas al menos cinco años antes.
- **Estos porcentajes se aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican más adelante si el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Al calcular estos porcentajes, no se tomaron en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de cuán lejos se ha propagado el cáncer, pero su edad, su salud en general, qué tan bien responde el

cáncer al tratamiento, el grado del tumor, la presencia de receptores hormonales en las células cancerosas, el estado de Her2, y otros factores también pueden afectar su pronóstico.

- **Las tasas de supervivencia de las mujeres con cáncer de seno triple negativo son diferentes de las anteriores.** Consulte [Cáncer de seno triple negativo](#).

*SEER = Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales

Hyperlinks

1. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Referencias

Howlander N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, Kosary CL, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/, based on November 2016 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2017.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
diciembre 10, 2019

Preguntas que puede hacer a su médico

sobre el cáncer de seno

Es importante que tenga un diálogo sincero y transparente con los profesionales de la salud que componen su equipo de atención médica contra el cáncer. Ellos quieren responder todas sus preguntas para que usted pueda tomar decisiones fundamentadas sobre su vida y su tratamiento.

A continuación le sugerimos algunas preguntas que puede hacer para entender mejor su cáncer y sus opciones de tratamiento. Usted puede tomar notas y pedir a los doctores o las enfermeras que le expliquen lo que no entienda. Es buena idea que alguien la acompañe a las citas médicas y que tome notas para recordar lo que se haya dicho durante la consulta.

Puede que no todas estas preguntas sean pertinentes para usted, pero pueden facilitar el diálogo. Asegúrese de anotar otras preguntas que pueda tener. Por ejemplo, usted podría querer más información sobre los tiempos de recuperación o tal vez esté interesada en conocer si hay grupos de apoyo en su comunidad o en Internet en los que pueda hablar con otras mujeres que están pasando por situaciones similares. Tal vez también desee preguntar si reúne los requisitos para participar en un estudio clínico.

Recuerde que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de atención médica, como enfermeras y trabajadores sociales, pueden responder a algunas de sus preguntas. Usted puede encontrar más información sobre cómo comunicarse con su equipo de profesionales de la salud en [La relación entre el médico y el paciente.](#)¹

En el momento en que le informan que tiene cáncer de seno

- ¿Qué tipo exacto de cáncer de seno tengo?
- ¿Qué tan grande es el tumor? ¿Dónde está exactamente?
- ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos o a otros órganos?
- ¿En qué etapa se encuentra el cáncer? ¿Qué implica esto?
- ¿Necesitaré otras pruebas antes de que podamos decidir el tratamiento?
- ¿Tengo que consultar con otros médicos o profesionales de la salud?
- ¿Cuál es el estado del receptor hormonal de mi cáncer? ¿Qué implica esto?
- ¿Cuál es el estado de HER2 de mi cáncer? ¿Qué implica esto?
- ¿Cómo afectan estos factores mis opciones de tratamiento y el pronóstico a largo plazo?

- ¿Cuál es la expectativa de supervivencia en base a cómo usted ve mi cáncer?
- ¿Debería considerar las pruebas genéticas? ¿Cuáles son mis opciones de pruebas? ¿Debo hacerme una prueba genética en la casa? ¿Cuáles serían las razones a favor y en contra para hacerme las pruebas?
- ¿Cómo puedo obtener una copia de mi informe patológico?
- Si me preocupan los gastos y la cobertura del seguro para mi diagnóstico y tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

Al momento de decidir un plan de tratamiento

- ¿Cuánta experiencia tiene con el tratamiento de este tipo de cáncer?
- ¿Debería buscar una segunda opinión? ¿Cómo gestiono esto?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Qué tratamiento me recomienda? ¿Por qué?
- ¿Debo considerar participar en un estudio clínico?
- ¿Cuál sería el objetivo del tratamiento?
- ¿Qué tan pronto necesito comenzar el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cómo será la experiencia del tratamiento? ¿Dónde se llevará a cabo el tratamiento?
- ¿Debería enviarse el tejido de la biopsia para hacer una prueba para la expresión genética, y así decidir si la quimioterapia podría ser útil para mí?
- ¿Cómo debo prepararme para recibir el tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos o efectos secundarios de los tratamientos que sugiere? ¿Qué puedo hacer para reducir los efectos secundarios del tratamiento?
- ¿Cómo afectará el tratamiento mis actividades diarias? ¿Puedo seguir trabajando a tiempo completo?
- ¿Se me caerá el cabello? De ser así, ¿qué puedo hacer al respecto?
- ¿Me vendrá la menopausia como resultado del tratamiento? ¿Podré tener hijos después del tratamiento? ¿Podré amamantar a mi bebé?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que mi cáncer regrese (recurra) después de este tratamiento?
- ¿Qué haremos si el tratamiento no surte efecto o si el cáncer regresa?
- ¿Qué puedo hacer si tengo problemas de transporte para acudir y regresar de mis citas para los tratamientos?

Si usted necesita cirugía

- ¿Es la cirugía con conservación del seno (tumorectomía) una opción para mí?
¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de la cirugía con conservación del seno en comparación con la mastectomía?
- ¿Cuántas operaciones como la mía ha realizado?
- ¿Tendrá que extirpar los ganglios linfáticos? Si es así, ¿aconsejaría una biopsia de ganglio centinela? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Qué efectos secundarios puede causar la extirpación de ganglios linfáticos?
- ¿Por cuánto tiempo estaré hospitalizada?
- ¿Voy a tener puntos de sutura o grapas en el sitio de la cirugía? ¿Tendré un drenaje (tubo) que salga de la zona donde se realizó la cirugía?
- ¿Cómo debo cuidar la herida de la cirugía? ¿Necesitaré a alguien que me ayude?
- ¿Cómo se verán y se sentirán mis senos después de mi tratamiento? ¿Tendrán los senos la sensibilidad normal?
- ¿Cómo se verá la cicatriz?
- ¿Es la cirugía de reconstrucción del seno una opción, si la prefiero? ¿Cómo sería en mi caso?
- ¿Puedo hacerme la reconstrucción al mismo tiempo que la cirugía para extirpar el cáncer? ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de realizar la reconstrucción del seno de inmediato o en una fecha posterior?
- ¿Qué tipos de reconstrucción serían opciones para mí?
- ¿Debo hablar con un cirujano plástico sobre las opciones de reconstrucción?
- ¿Necesitaré un seno postizo (prótesis)?, y si es así, ¿dónde puedo conseguir uno?
- ¿Es necesario que deje de tomar algún medicamento o suplementos antes de la cirugía?
- ¿Cuándo debo llamar a su oficina si tengo efectos secundarios?

Durante el tratamiento

Una vez que se inicie el tratamiento, pregunte qué puede esperar y a qué prestar atención. Puede que no todas estas preguntas sean pertinentes para usted. No obstante, algunas sí pueden ser útiles.

- ¿Cómo se sabe si el tratamiento está funcionando?
- ¿Hay algo que pueda hacer para manejar los efectos secundarios?

- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?
- ¿Cómo puedo comunicarme con usted durante las noches, días festivos o fines de semana?
- ¿Necesitaré cambiar mi alimentación durante el tratamiento?
- ¿Hay actividades que no deba hacer?
- ¿Puedo hacer ejercicio durante el tratamiento? De ser así, ¿qué tipo de ejercicio debo hacer y con qué frecuencia?
- ¿Puede sugerirme un profesional de la salud mental que pueda consultar si empiezo a sentirme abrumada, deprimida o nerviosa?
- ¿Necesitaré pruebas especiales, tales como estudios por imágenes o análisis de sangre? ¿Cuán seguido?

Después del tratamiento

- ¿Necesitaré una dieta especial después del tratamiento?
- ¿Hay actividades que no deba hacer?
- ¿Estoy en riesgo de presentar linfedema?
- ¿Qué puedo hacer para reducir mi riesgo de linfedema?
- ¿Qué debo hacer si noto hinchazón en mi brazo?
- ¿A qué otros síntomas debo prestar atención? ¿Qué tipo de ejercicio debo hacer ahora?
- ¿Qué tipo de atención médica de seguimiento necesitaré después del tratamiento?
- ¿Con qué frecuencia necesitaré exámenes de seguimiento, análisis de sangre o estudios por imágenes?
- ¿Cómo sabemos si el cáncer ha regresado? ¿A qué debo prestar atención?
- ¿Cuáles serán mis opciones si el cáncer regresa?

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/como-hablar-sobre-cancer/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html
2. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

Última revisión médica completa: septiembre 20, 2019 Actualización más reciente:
septiembre 20, 2019

La información médica de la La Sociedad Americana Contra El Cáncer está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor escriba a permissionrequest@cancer.org (<mailto:permissionrequest@cancer.org>)².

cancer.org | 1.800.227.2345