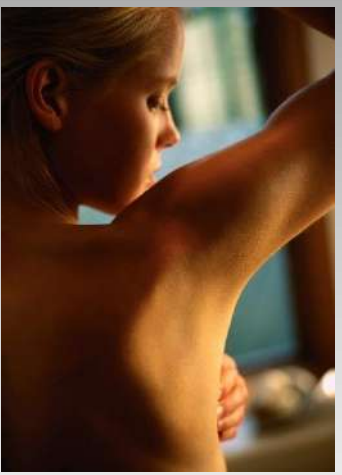
Cáncer de Mama estadios inciales y lesiones de riesgo



Dr. Alfredo Camargo

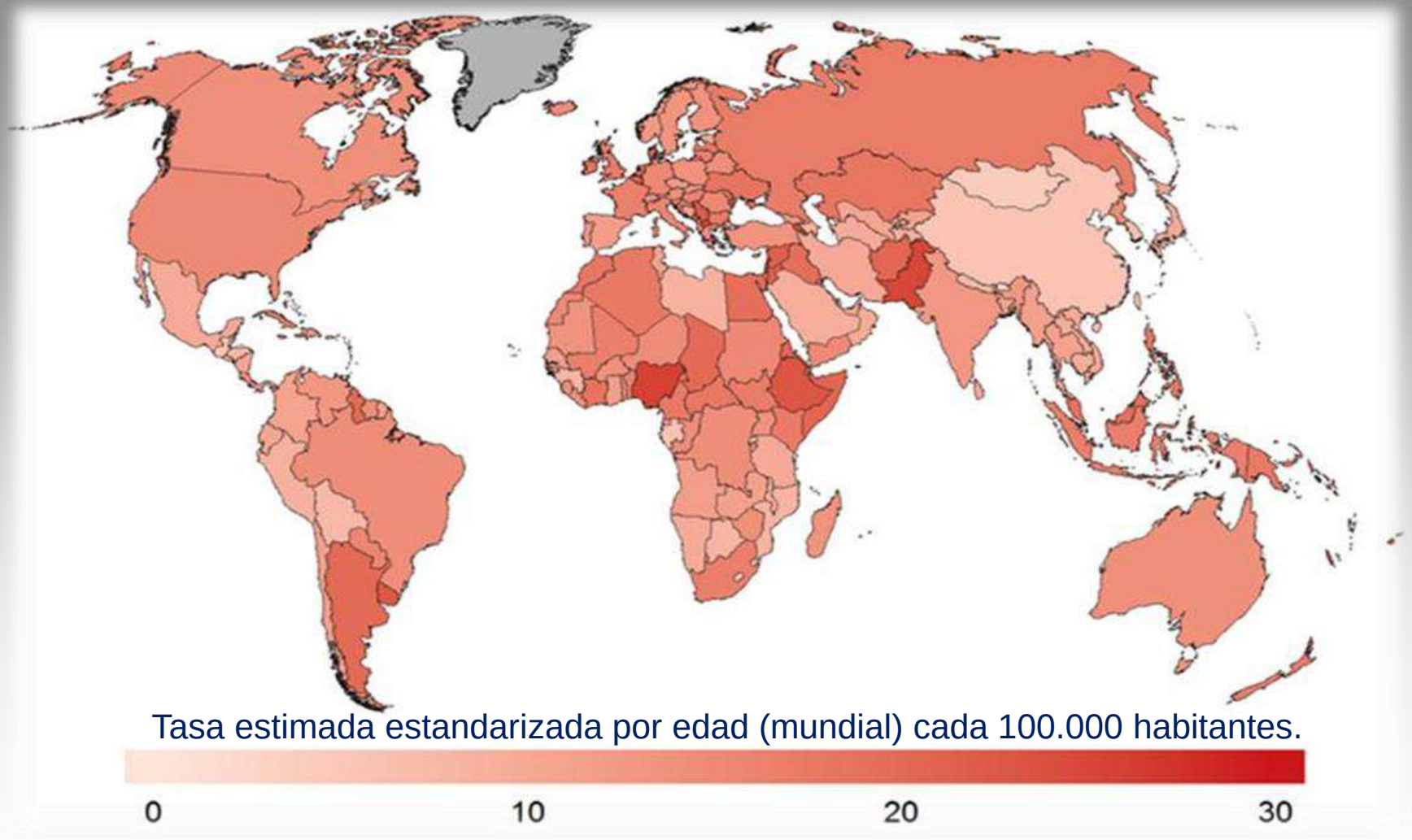
Doctor en Medicina

Jefe de Patologia mamaria Hospital Aleman

Hospital Alemán
Deutsches Hospital

Incidencia de cáncer de mama a nivel mundial – Globocan 2012

Mortalidad por cáncer de mama a nivel mundial – Globocan 2012



Deutsches Hospital

- **Edad:**

30-34 años 26/100000

50-54 años 224/100000

70-74 años 450/100000

Factores de Riesgo

- **Sexo (146/1).**
- **Nulipariedad.**
- **Primer embarazo a termino > 30 años.**
- **Menarca temprana (<12 años).**
- **Menopausia tardía (>55 años).**
- **Terapia hormonal de reemplazo combinada por mas de 5 años. (Estudio *Women's Health Initiative*)**

HORMONALES

Relación Hereditaria

10% enfermedad hereditaria.

90% Esporádicos

Hospital Alemán
Deutsches Hospital

Relación Hereditaria

- Mayor carácter hereditario a menor edad de presentación

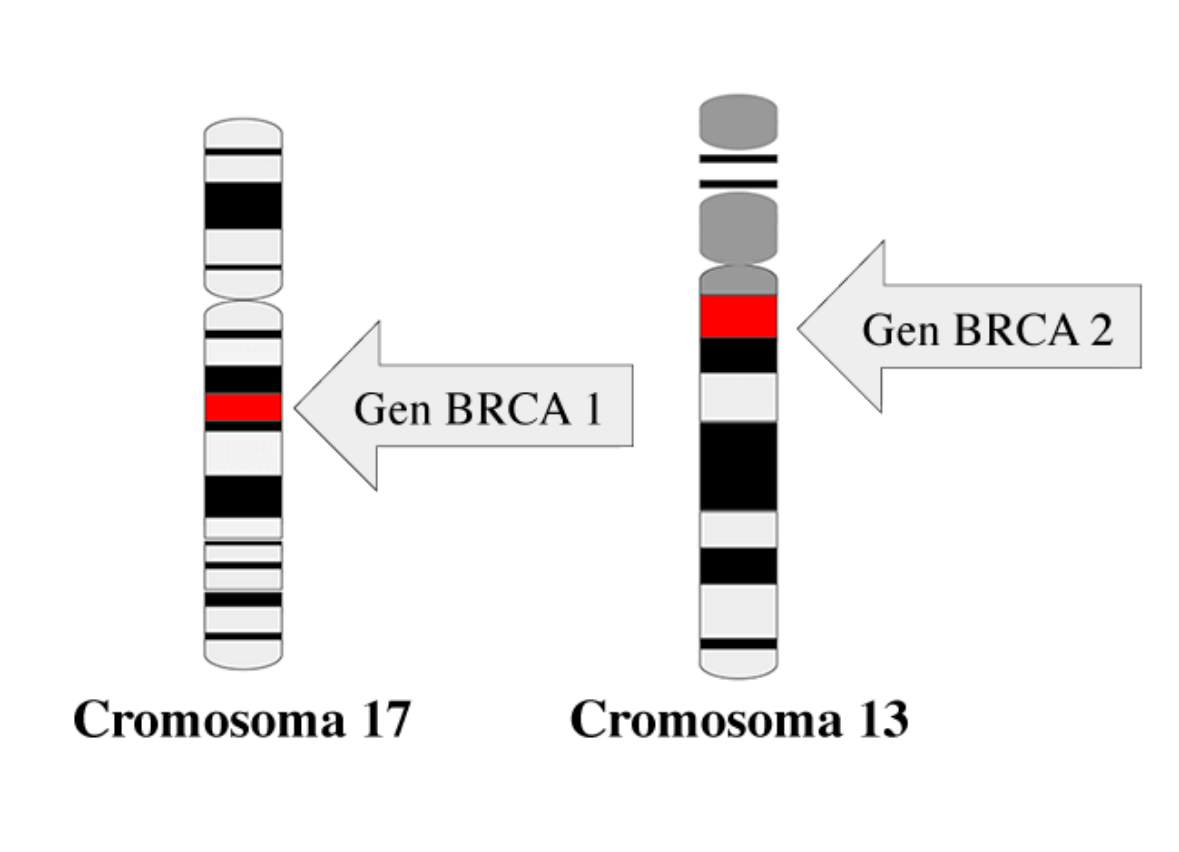
25% en <35 años

85% en < 30 años

Hospital Alemán
Deutsches Hospital

Relación Hereditaria

- **BRCA 1 y 2** (Transmisión autosómica dominante)



- **Síndrome de Li Fraumeni**

Relación Hereditaria

Penetrancia : Riesgo estimado a lo largo de su vida de desarrollar cáncer

Tipo de cáncer	Portadores de mutación en BRCA 1	Portadores de mutación en BRCA 2	Población general
Mama	57-80 %	45-80%	7%-12%
Mama contralateral	65%	50 %	0,5-1% / año
Ovario	24-40 %	11-18%	1-2%
Próstata	Menos de 30 %	39%	15%-18%
Mama en el hombre	5-10%	5-10%	0,1%
Páncreas	Menos del 10%	Menos del 10%	1,3%

National Comprehensive Cancer Network®

NCCN Guidelines Version 2.2022 Hereditary Cancer Testing Criteria

TESTING CRITERIA FOR HIGH-PENETRANCE BREAST CANCER SUSCEPTIBILITY GENES (Specifically *BRCA1, BRCA2, CDH1, PALB2, PTEN,* and *TP53*. See GENE-A)[a,d,e,f]

Testing is clinically indicated in the following scenarios:

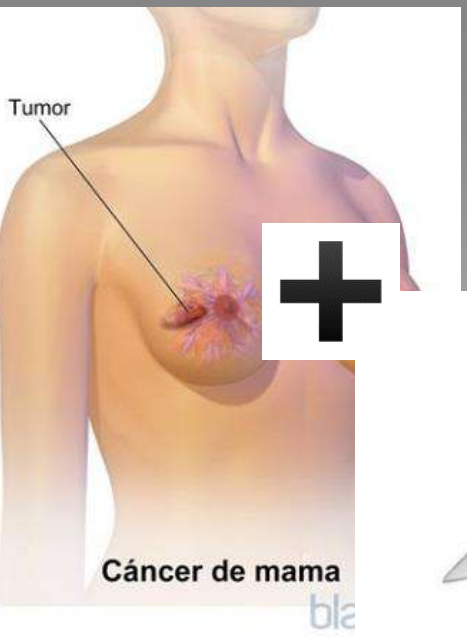
- See General Testing Criteria on CRIT-1.
- Personal history of breast cancer with specific features:
  - By Age at Diagnosis and Family History
    - ≤45 y
    - 46–50 y with ANY:
      - Unknown or limited family history[g]
      - Multiple primary breast cancers (synchronous or metachronous)
      - ≥1 close blood relative[h] with breast, ovarian, pancreatic, or prostate cancer at any age
    - ≥51 y
      - ≥1 close blood relative[h] with ANY:
        - breast cancer at age ≤50 y or male breast cancer at any age
        - ovarian cancer any age
        - pancreatic cancer any age
        - metastatic,[i] intraductal/cribriform histology, or high- or very-high risk group (see NCCN Guidelines for Prostate Cancer) prostate cancer any age
      - ≥3 total diagnoses of breast cancer in patient and/or close blood relatives
      - ≥2 close blood relatives[h] with either breast or prostate cancer (any grade) at any age
    - Any Age
      - To aid in systemic treatment decisions using PARP inhibitors for breast cancer in the metastatic setting[j,k] (See NCCN Guidelines for Breast Cancer)
      - To aid in adjuvant treatment decisions with olaparib for high-risk,[l] HER-2 negative breast cancer[j]
      - Triple-negative breast cancer
      - Lobular breast cancer with personal or family history of diffuse gastric cancer. See NCCN Guidelines for Gastric Cancer
      - Male breast cancer
      - ≥1 close blood relative[g] with male breast cancer
  - By Ancestry
    - Ashkenazi Jewish ancestry
- Family history of cancer only
  - An affected individual (not meeting testing criteria listed above) or unaffected individual with a first- or second-degree blood relative meeting any of the criteria listed above (except unaffected individuals whose relatives meet criteria only for systemic therapy decision-making).[m]
    - If the affected relative has pancreatic cancer or prostate cancer only first-degree relatives should be offered testing unless indicated based on additional family history.
  - An affected or unaffected individual who otherwise does not meet the criteria above but has a probability >5% of a *BRCA1/2* pathogenic variant based on prior probability models (eg, Tyrer-Cuzick, BRCAPro, CanRisk)[n]

Factores de Riesgo

Antecedente de biopsia previa con alguna lesión de riesgo.

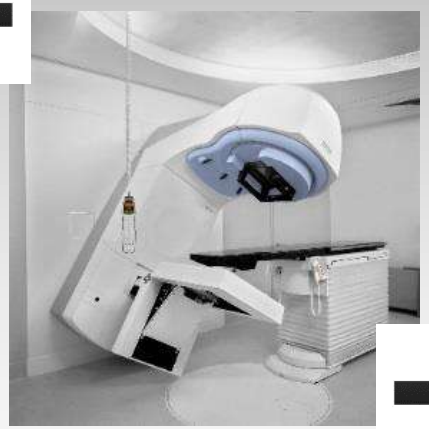
RIESGO DE CÁNCER EN PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA
Riesgo no aumentado (enfermedad proliferativa ausente) (RR: 1,0). Fibroadenoma. Ectasia ductal. Hiperplasia epitelial leve de tipo usual.
Riesgo levemente aumentado (RR: 1,5-2,0) Hiperplasia epitelial sin atipia moderada o florida. Adenosis esclerosante. Papiloma con eje conjuntivo vascular.
Riesgo moderadamente aumentado (RR: 4,0-5,0). Hiperplasia atípica, ductal o lobulillar.
Riesgo fuertemente aumentado (RR: 8,0-10,0). Carcinoma lobulillar in situ. Carcinoma ductal in situ de bajo grado.
Winchester D. *Bulletin of the American College of Surgeons* 1986; 71:29.

¿Cuál es el tratamiento del CDIS?

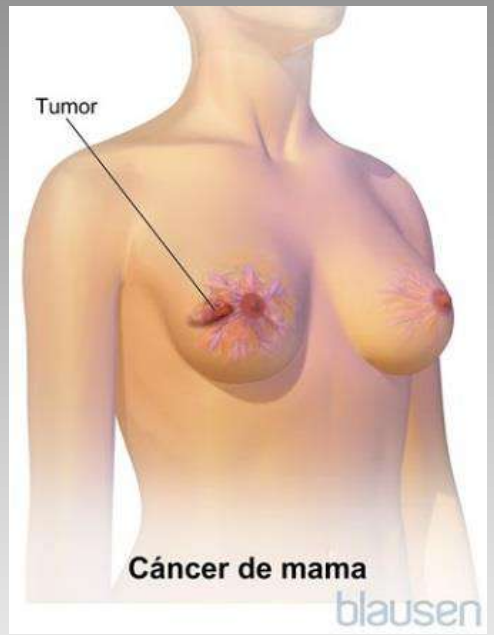

Tumor
Cáncer de mama

+

+



+



SIN TRATAMIENTO del 14 al 46 % progresan a ca invasor

¿Cual es el márgen adecuado en un DCIS ?

Margenes

M.Silberstein (1995) :	10 mm
Consensus Conferences in DCIS (1999):	10 mm
Radiotherapy Oncology Group :	3 mm
European Cooperative Oncology group :	3 mm
Jay Harris (ASCO,2005) :	2-3 mm
Cutuli 2006:	1 mm
Mansell	1 mm
IEO	1 mm
Consensus Saint Gallen 2009	2 mm
Monica Morrow 2009	2 mm

Diapostiva
Dra. Diana Montoya

Márgenes **de 2mm o más** tuvieron menos RL que aquellos con 1 mm.

El riesgo de RL es similar con márgenes de 2 mm o mayores.

¿y si el margen es menor
a 2 mm ?

Annals of Oncology Advance Access published June 10, 2015

special article

Annals of Oncology 00: 1–14, 2015
doi:10.1093/annonc/mdv221

Tailoring therapies—improving the management of early breast cancer: St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2015

A. S. Coates[1], E. P. Winer[2], A. Goldhirsch[3*], R. D. Gelber[4], M. Gnant[5], M. Piccart-Gebhart[6], B. Thürlimann[7], H.-J. Senn[8] & Panel Members[†]

surgery of the primary

The Panel strongly endorsed recent findings that the minimal acceptable surgical margin was 'no ink on invasive tumor or DCIS'.

This conclusion applies regardless of tumor characteristics such as lobular histology, extensive intraductal component, young age, multifocality or multicentricity, and unfavorable biological subtype [7].

Diapostiva
Dra. Diana Montoya

DCIS : Evitar las **Recidivas Locales**

Del 12 al 20% DCIS recurren en 10 años

El 80 % ocurre en el mismo cuadrante

50% RL son invasoras

¿Qué hacemos con la axila?

REUNION NACIONAL DE CONSENSO

BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA EN CANCER DE MAMA

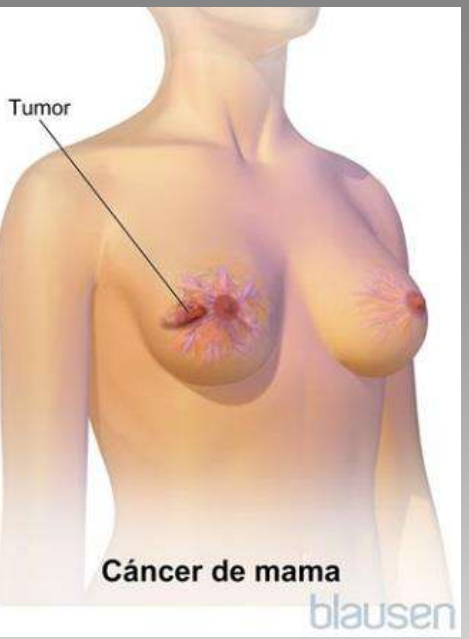
7. Situaciones especiales

a) Biopsia del Ganglio Centinela y Cadena Mamaria Interna: No se recomienda fuera de protocolos de investigación.

b) Biopsia del Ganglio Centinela y Carcinoma in Situ: Se recomienda realizar la biopsia de ganglio centinela cuando exista sospecha de microinvasión: lesiones de más de 3 cm. o que sea palpable o cuando se va a realizar una mastectomía.

c) Biopsia del Ganglio Centinela y Mastectomía profiláctica por cáncer familiar: Se recomienda la realización de la biopsia del ganglio centinela.

d) Biopsia del Ganglio Centinela y neoadyuvancia: Solo se podría realizar dentro de protocolos de investigación y antes de realizar el tratamiento de neoadyuvancia.



+

+

¿Radioterapia?

NSABP B-17

- El uso de Radioterapia reduce el riesgo de Recidiva Local en el 50 %

- Sin diferencias en la Sobrevida Global

SweDCIS

Acta Oncol 2006; 45 (5): 536-43

Radiation Therapy (BINV-G).

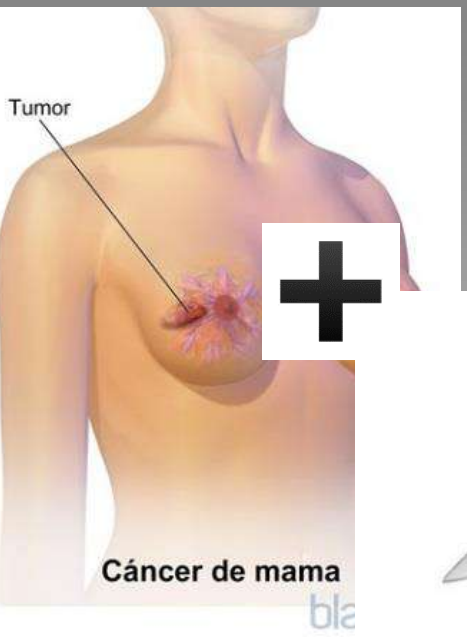
[j] WBRT following BCS reduces ipsilateral breast tumor recurrence rates in DCIS by about 50%–70%. Approximately half of the recurrences are invasive and half are DCIS. A number of factors determine local recurrence risk: palpable mass, larger size, higher grade, close or involved margins, and age <50 years. If the patient and physician view the individual risk as "low," some patients may be treated by excision alone, particularly if they are ER-positive and will be receiving endocrine therapy. Select patients with low-risk DCIS may be considered suitable for APBI if they meet all aspects of the definition of low-risk DCIS from the RTOG 9804 trial, including screen-detected DCIS, low to intermediate nuclear grade, tumor size ≤2.5 cm, and surgical resection with margins negative at >3 mm.

[e] Re-resection(s) may be performed in an effort to obtain negative margins in patients desiring breast-conservation therapy. Patients in whom adequate surgical margins cannot be achieved with BCS should undergo a total mastectomy. For definition of adequate surgical margins, see Margin Status Recommendations After BCS for Invasive Cancers and DCIS (BINV-F).

[f] Complete axillary lymph node dissection should not be performed in the absence of evidence of invasive cancer or proven axillary metastatic disease in patients with apparent pure DCIS. However, a small proportion of patients with apparent pure DCIS will be found to have invasive cancer at the time of their definitive surgical procedure. Therefore, the performance of a sentinel lymph node (SLN) procedure should be considered if the patient with apparent pure DCIS is to be treated with mastectomy or with excision in an anatomic location compromising the performance of a future SLN

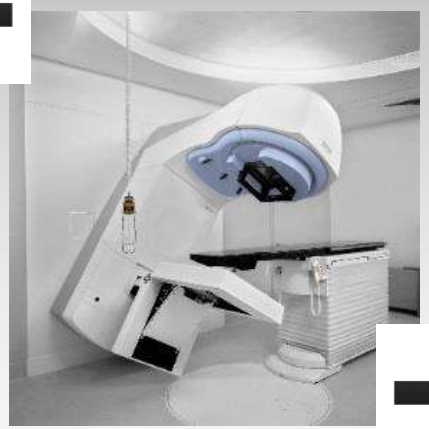
Radiation Therapy (BINV-G).

[j] WBRT following BCS reduces ipsilateral breast tumor recurrence rates in DCIS by about 50%–70%. Approximately half of the recurrences are invasive and half are DCIS. A number of factors determine local recurrence risk: palpable mass, larger size, higher grade, close or involved margins, and age <50 years. If the patient and physician view the individual risk as "low," some patients may be treated by excision alone, particularly if they are ER-positive and will be receiving endocrine therapy. Select patients with low-risk DCIS may be considered suitable for APBI if they meet all aspects of the definition of low-risk DCIS from the RTOG 9804 trial, including screen-detected DCIS, low to intermediate nuclear grade, tumor size ≤2.5 cm, and surgical resection with margins negative at >3 mm.


Tumor
Cáncer de mama

+

+

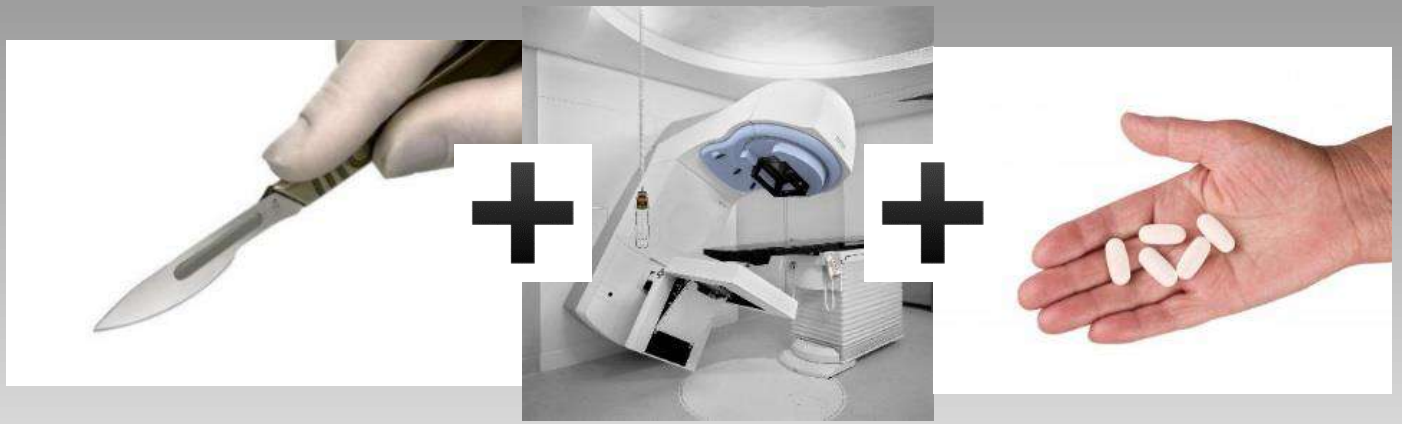


+

¿Tamoxifeno ?

¿Inhibidores de Aromataza ?

NSABP B-24



Placebo

Tamoxifeno

Placebo 13.4 % RL 7.2 % Infiltrantes

Reducción de Riesgo Relativo de Recidiva Local 37%
Reducción de Riesgo Absoluto de Recidiva Local 5 %

Tamoxifeno 8.2 % RL 4.1 % Invasores

4.2 % No Invasores

NSABP B-35

Grupo de TAM : 114 eventos y 84 en Grupo A (HR : 0.73 p:0,03)

No diferencias en la SG (92.1 vs 92,5 % a 10 años)

Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Manejo del Carcinoma Ductal "*in situ*" de Mama

Tamoxifeno 20 mg/día durante 5 años en pacientes con RH (+). *Considerar actualmente Anastrozol* .

En pacientes con mastectomía considerarse su utilización para **quimioprevención** del carcinoma contra lateral.

DCIS POSTSURGICAL TREATMENT

Risk reduction therapy for ipsilateral breast following breast-conserving surgery (BCS):
- Consider endocrine therapy for 5 years for patients with ER-positive DCIS, if:
  - Treated with BCS and RT[m] (category 1), especially for patients with ER-positive DCIS.
  - Treated with excision alone[l]
- Endocrine therapy:
  - Tamoxifen[m,n] for premenopausal patients
  - Tamoxifen[m,n] or aromatase inhibitor for postmenopausal patients with some advantage for aromatase inhibitor therapy in patients <60 years or with concerns for thromboembolism

Risk reduction therapy for contralateral breast:
- Counseling regarding risk reduction

SURVEILLANCE/FOLLOW-UP

- Interval history and physical exam every 6–12 mo for 5 y, then annually
- Mammogram every 12 mo (first mammogram 6–12 mo, after breast-conservation therapy, category 2B)

Carcinoma Invasor de Mama

Prevención

1°
2°
3°

Prevención Primaria

- Mujeres de riesgo promedio (pacientes sin antecedentes relevantes con < 15% de riesgo)
- Mujeres de riesgo Intermedio (pacientes con historia personal de cáncer de mama, Hiperplasia ductal atipica -HDA-, Neoplasia Lobulillar atipica, mama densa o con riesgo entre 15 y 20%)
- Mujeres de riesgo Alto (pacientes con mutaciones patogénicas tipo BRCA, síndromes de cáncer heredo-familiar, pacientes con antecedentes de irradiación del tórax entre los 10 a 30 años o con riesgo > a 20%)

Prevención Secundaria

Tamizaje individual u oportunista en pacientes de riesgo promedio

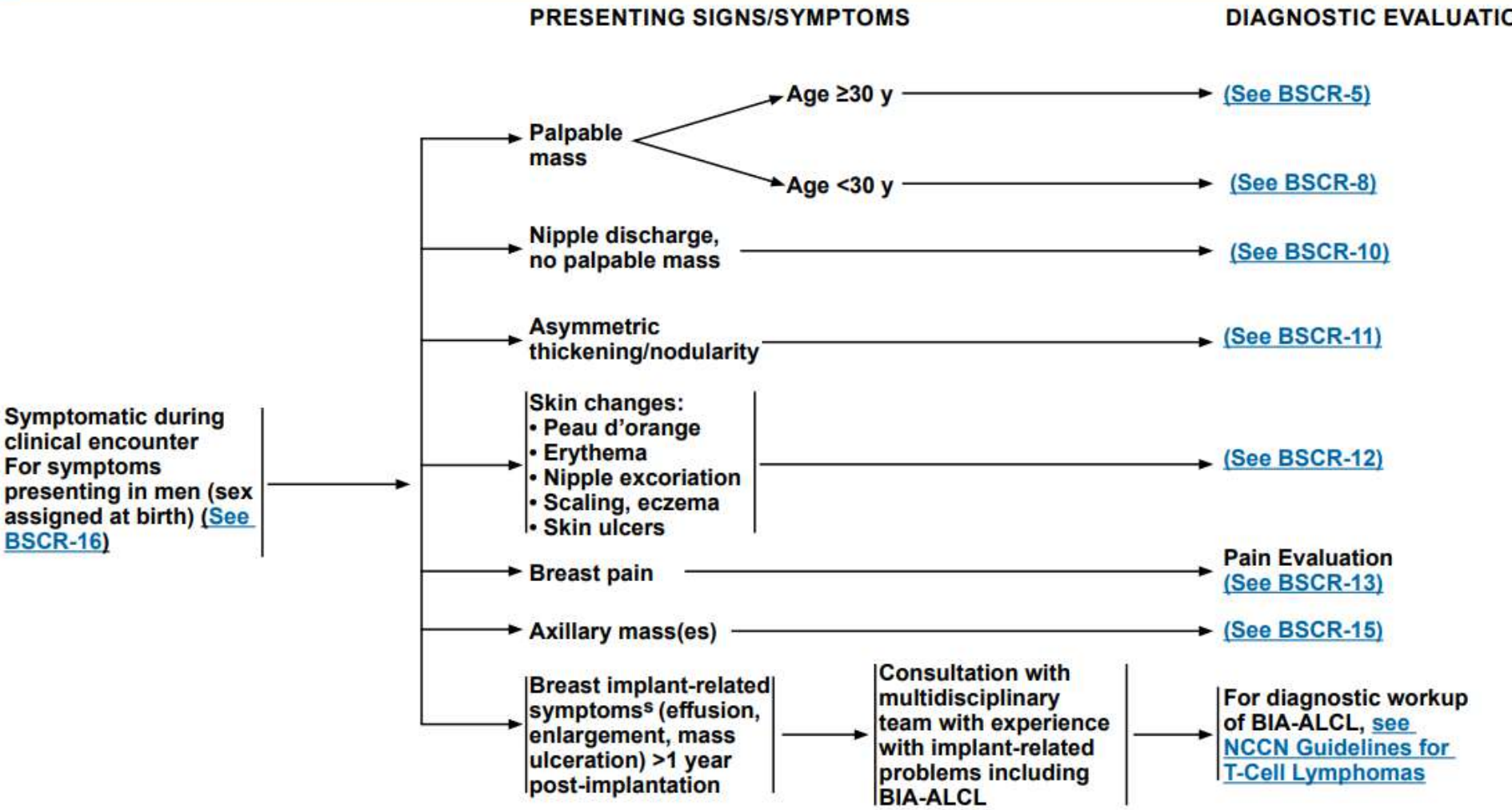
- Mamografia bilateral: **Anual**
- Edad de inicio: **40 años**
- Edad de finalización: **no determinada**. Continuar mientras la expectativa de vida excede los 5 años.
- En mujeres con **mamas densas**, complementar con **ecografía**.

Prevención Terciaria

National Comprehensive Cancer Network®

NCCN Guidelines Version 1.2021
Breast Cancer Screening and Diagnosis

NCCN Guidelines In
Table of Cont
Discus



- Tumor palpable en mama o axila.

Hospital Alemán
Deutsches Hospital

- Secreción sanguinolenta del pezón.

- Retracción del pezón o de la piel.

- Edema de la piel.

Hospital Alemán
Deutsches Hospital

- Adenomegalias axilares, supraclaviculares.

Hospital Alemán
Deutsches Hospital

Imágenes

- Mamografía: nódulos, densidades asimétricas, microcalcificaciones.
- Ecografía mamaria: nódulos (sólido/quístico), distorsiones del parénquima.
- Resonancia nuclear magnética.

Hospital Alemán
Deutsches Hospital

BIRADS 0	BIRADS 1	BIRADS 2	BIRADS 3	BIRADS 4	BIRADS 5
Necesita evaluación adicional (Localizadas, ecografía, etc).	Mamografía negativa	Mamografía negativa con hallazgos benignos (ganglios intramamarios, calcificaciones benignas)	Probablemente benigno (Nódulos circunscriptos o grupo pequeño de calcificaciones puntiformes redondeadas) CA 2%	Dudoso (Requiere confirmación histológica) CA 20%	Sospecha de malignidad (Requiere biopsia) CA 80%
Estudios complementarios			Control estricto.	Estudio histológico -Mammotome -Core Biospy	Biopsia

Breast-Imaging Report and Database System

Hospital Alemán
Deutsches Hospital

- Biopsia por punción o Cx.

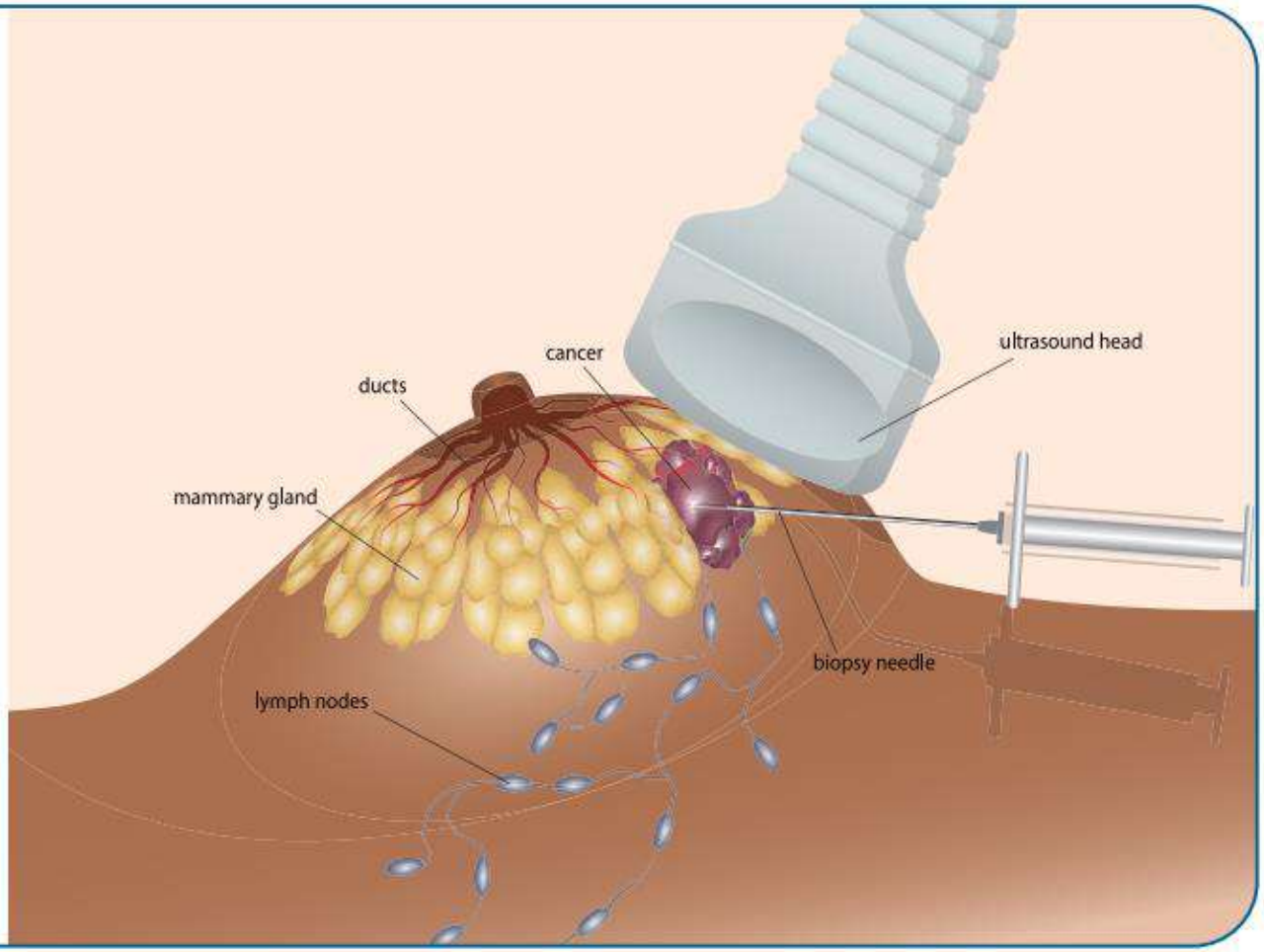
Obtener material suficiente para evaluar todos los parámetros biológicos pre tratamiento.

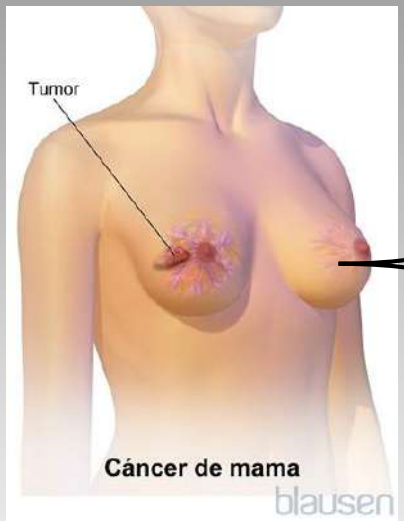
(Receptores Hormonales, Her 2 Neu y ki67)

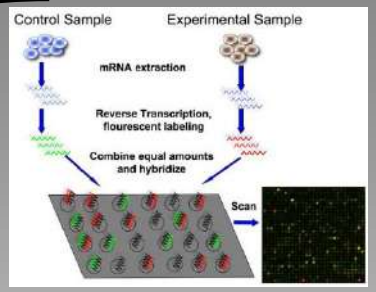
Hospital Alemán
Deutsches Hospital

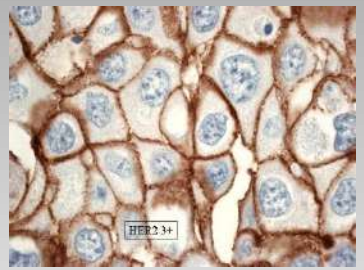
Biopsy

In a biopsy, a sample of tumor is removed. There are different types of biopsy. This image shows an ultrasound-guided needle biopsy.

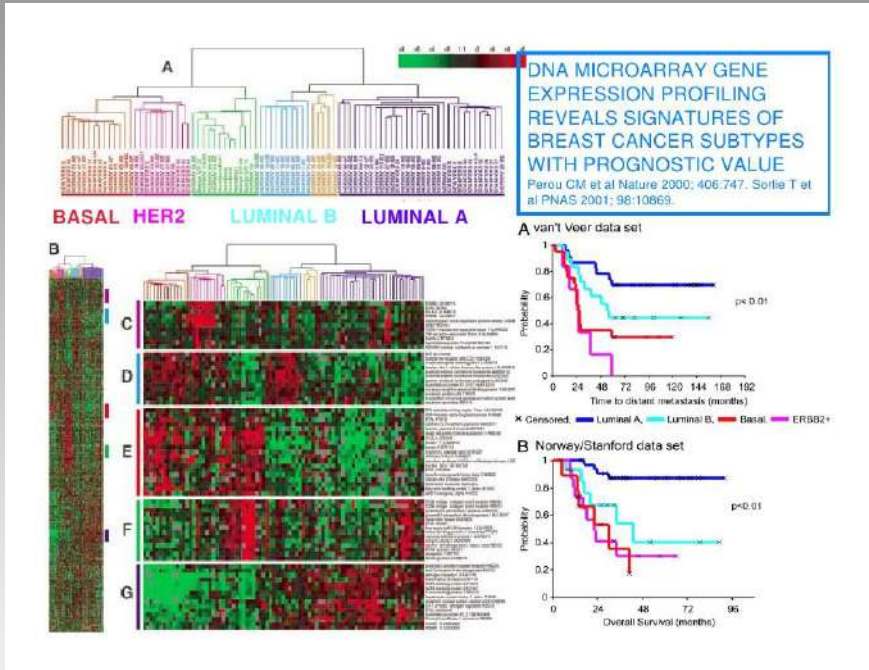



Tumor
Cáncer de mama
blausen


Control Sample
Experimental Sample
mRNA extraction
Reverse Transcription, flourescent labeling
Combine equal amounts and hybridize
Scan


HER2 3+

=


DNA MICROARRAY GENE EXPRESSION PROFILING REVEALS SIGNATURES OF BREAST CANCER SUBTYPES WITH PROGNOSTIC VALUE
Perou CM et al Nature 2000; 406:747. Sorlie T et al PNAS 2001; 98:10869.
A
BASAL
HER2
LUMINAL B
LUMINAL A
B
C
D
E
F
G
A van't Veer data set
p< 0.01
Probability
Time to distant metastasis (months)
Censored
Luminal A
Luminal B
Basal
ERBB2+
B Norway/Stanford data set
p<0.01
Overall Survival (months)

	Luminal A	Luminal B	HER2	Basal-like
RE	+	+	-	-
RP	+	+	-	-
HER2	-	+ ó -	+	-
Ki67	<14%	>14%	>14%	

Modificado de Cheang, M.C.U, JNCI 2009;101:736-750

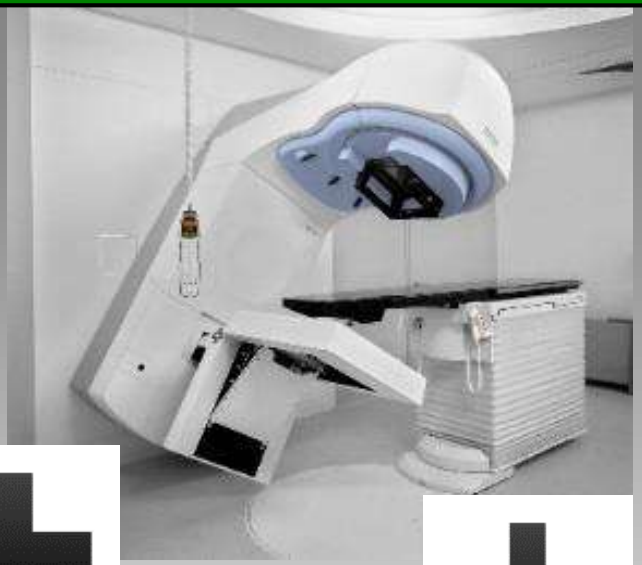
	LUMINAL	HER2	BASAL-LIKE
Patrones de Expresión	•Alta expresión de RH (Lum A > Lum B)	•Alta expresión de HER2 •Baja expresión de RH	•Alta expresión de genes de epitelio basal, CKs basales •Baja expresión de RH •Baja expresión de HER2
Características clínicas	•70% de carcinomas de mama •RE/RP + •LumB tiende a ser de > G que LumA •Algunos sobreexpresan HER2 (LumB)	•15% de carcinomas de mama •RE/RP – •Mayor probabilidad de AG y ganglios+	•15% de carcinomas de mama •Mayoría RE/RP/HER2 – •En su mayoría AG y si mtts, a distancia •Asociados a disfunción BRCA1 •Especialmente común en mujeres afro- americanas
Respuesta al tratamiento y pronóstico	•Responden a la HT (puede diferir LumA/LumB) •Respuesta variable a la QT (LumB>LumA) •Mejor pronóstico (+ LumA que LumB)	•Responden a Herceptin •Responden a QT convencional •Generalmente mal pronóstico	•No responden a TE ni a Herceptin •Sensibilidad al platino e inhibidores de PARP •Generalmente mal pronóstico

Tratamiento general del Cancer de mama

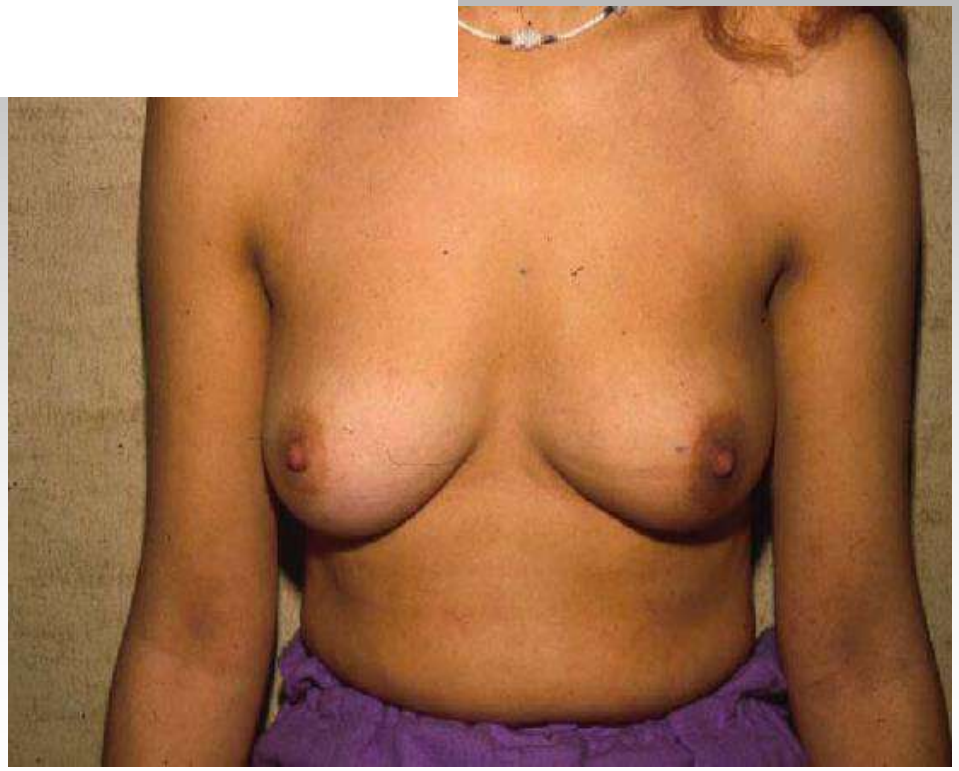
Establecer Factores Pronosticos conocidos en el momento del diagnóstico:

- Tamaño tumoral.
- Grado histologico.
- Compromiso ganglionar.
- Tipo histológico.
- RE y RP.
- Her 2.
- Ki67

Tratamiento general del Cancer de mama

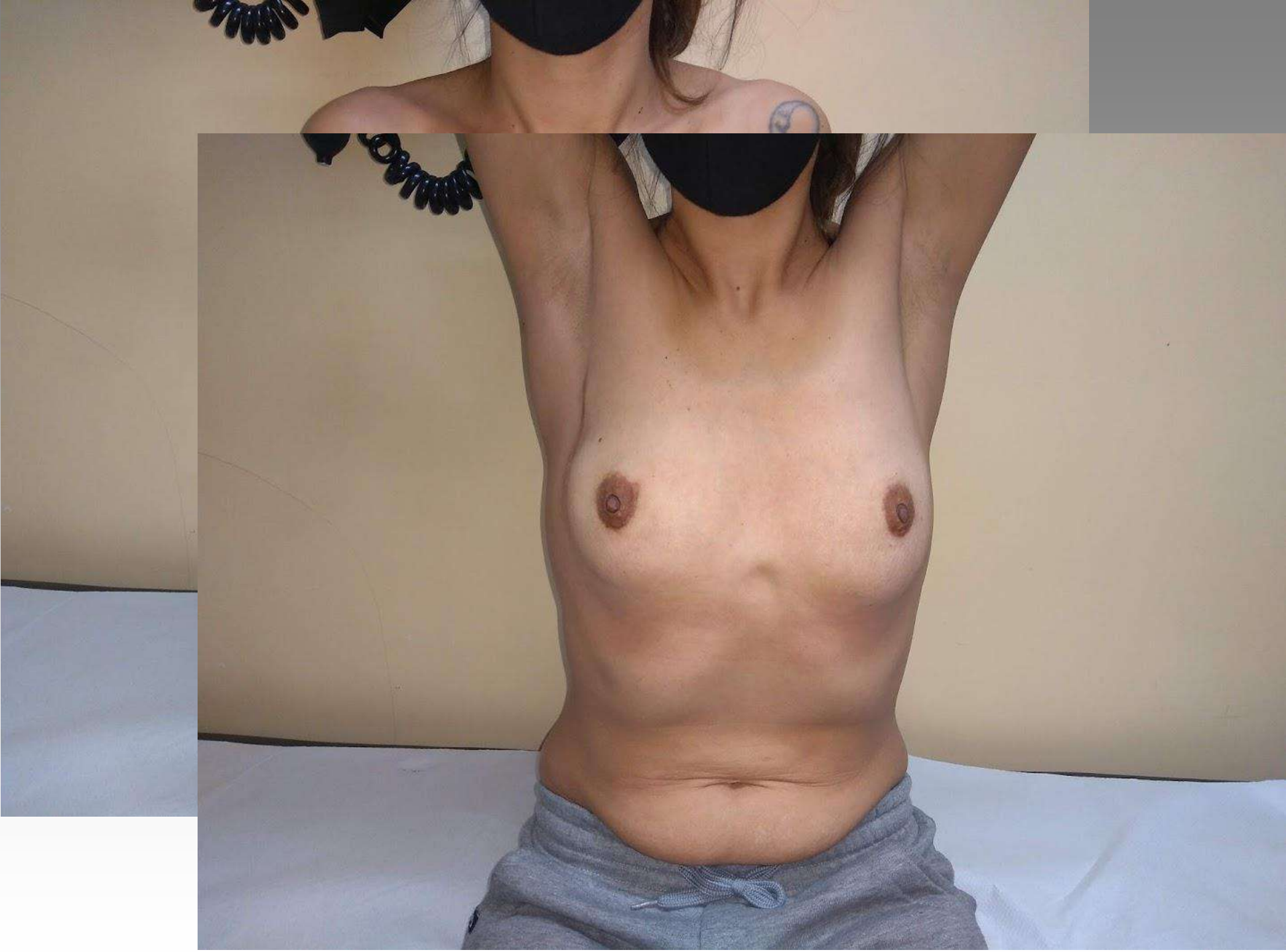


Tratamiento



Tratamiento

¿Que es el tratamiento conservador?



Tratamiento CA invasor

La **sobrevida luego del tratamiento conservador es similar a la obtenida con la mastectomía**, esto queda demostrado en los 6 tradicionales trabajos.

Trial	Years	N	Margin Definition	Follow-up	IBTR
NSABP	1976-84	1851	No ink on tumor	20 years	14.2%
Milan	1973-80	701	Quadrantectomy	20 years	8.8%
Gustave-Roussy	1972-79	179	2-cm gross margin	15 years	9%
US-NCI	1979-87	247	Grossly free	10 years	18%
Danish	1983-89	793	Grossly free	20 years	5.9%
EORTC	1980-86	868	1-cm gross margin	13 years	19.7%

Tratamiento CA invasor

The New England
Journal of Medicine

Copyright © 2002 by the Massachusetts Medical Society

VOLUME 347 OCTOBER 17, 2002 NUMBER 16

TWENTY-YEAR FOLLOW-UP OF A RANDOMIZED STUDY COMPARING BREAST-CONSERVING SURGERY WITH RADICAL MASTECTOMY FOR EARLY BREAST CANCER

UMBERTO VERONESI, M.D., NATALE CASCINELLI, M.D., LUIGI MARIANI, M.D., MARCO GRECO, M.D., ROBERTO SACCOZZI, M.D., ALBERTO LUINI, M.D., MARISEL AGUILAR, M.D., AND ETTORE MARUBINI, PH.D.

Tratamiento CA invasor

The New England
Journal of Medicine

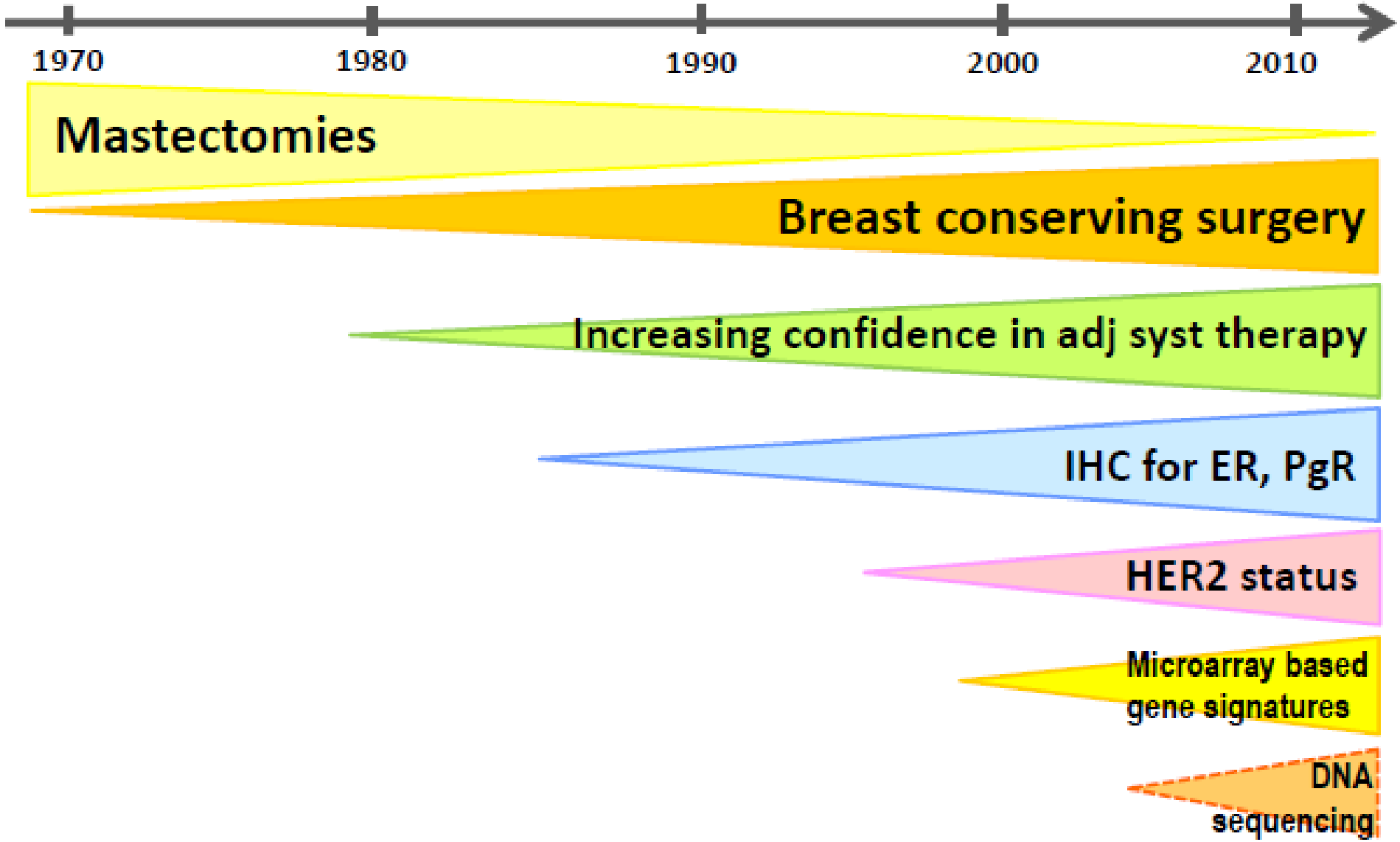
Copyright © 2002 by the Massachusetts Medical Society

VOLUME 347 OCTOBER 17, 2002 NUMBER 16

TWENTY-YEAR FOLLOW-UP OF A RANDOMIZED TRIAL COMPARING TOTAL MASTECTOMY, LUMPECTOMY, AND LUMPECTOMY PLUS IRRADIATION FOR THE TREATMENT OF INVASIVE BREAST CANCER

BERNARD FISHER, M.D., STEWART ANDERSON, PH.D., JOHN BRYANT, PH.D., RICHARD G. MARGOLESE, M.D., MELVIN DEUTSCH, M.D., EDWIN R. FISHER, M.D., JONG-HYEON JEONG, PH.D., AND NORMAN WOLMARK, M.D.

Tratamiento CA invasor



RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

En la actualidad, alrededor del 30% de las pacientes portadoras de cáncer de mama son sometidas a mastectomías, de ellas un alto porcentaje son pacientes menores de 65 años con enfermedad controlada locoregionalmente y con sobrevidas prolongadas

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

El objetivo primario de la reconstrucción mamaria es obtener una mama de volumen y formas similares a los de la mama opuesta, no el de lograr una mama igual a la natural

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

<u>Técnicas</u>

***Con implantes protésicos**

a-con implantes protésicos

b-con expansores tisulares

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Técnicas

***Con tejidos autólogos**

1-Colgajos pediculizados:

Colgajo mio-cutáneo de dorsal ancho

Colgajo transverso de recto anterior (TRAM)

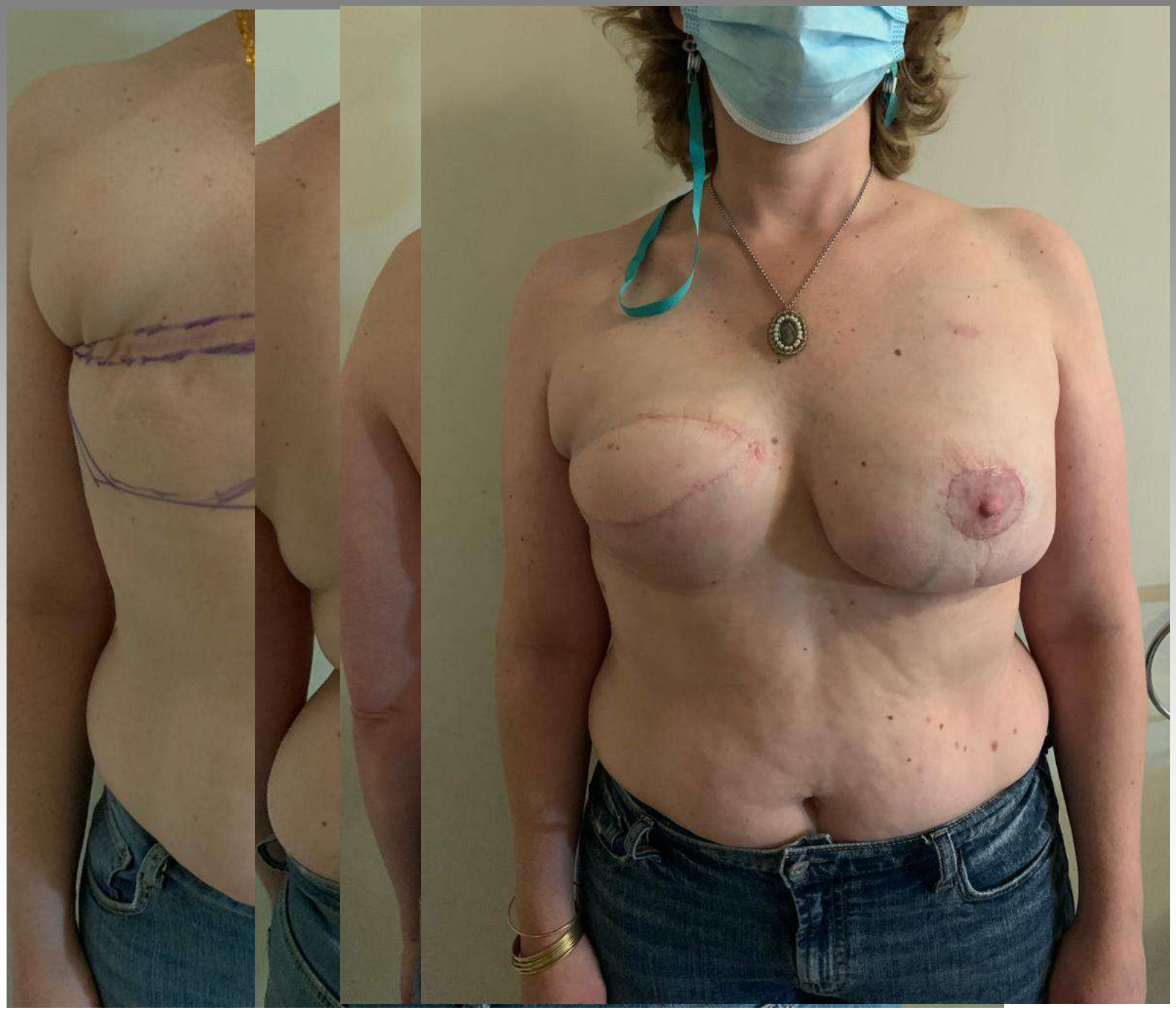
2- Colgajos libres:

TRAM libre

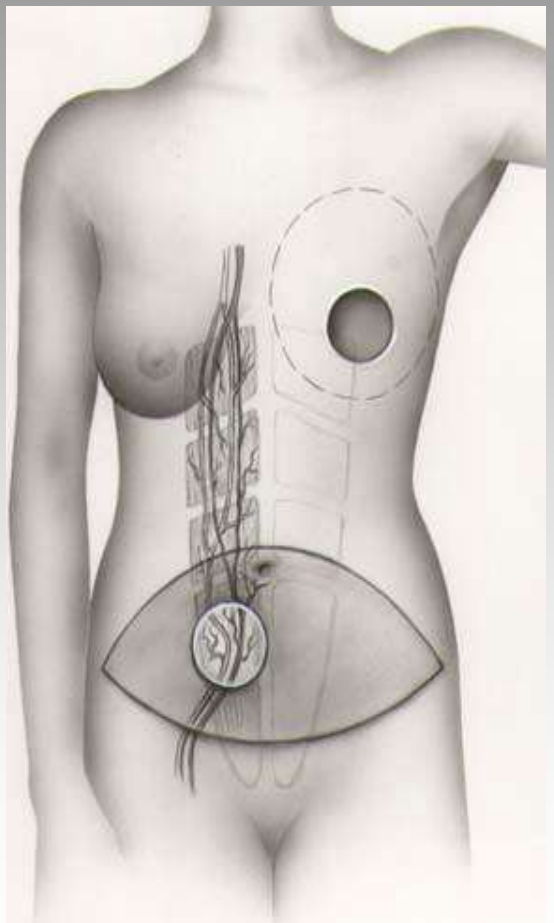
Colgajos glúteos

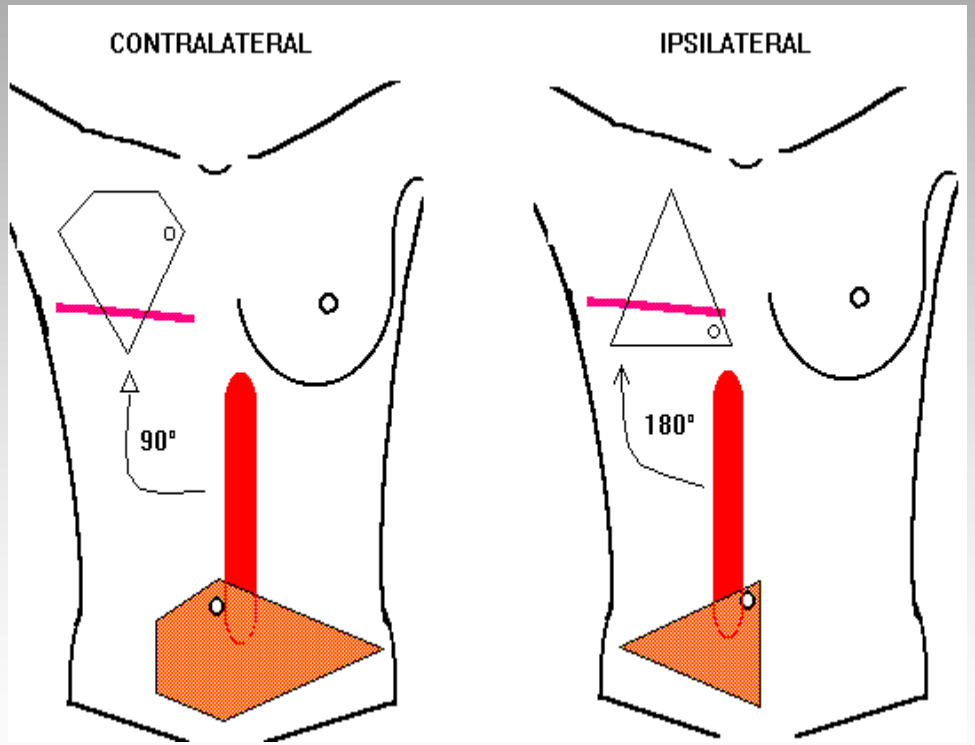
Colgajo de perforante epigástrica profunda (DIEP)

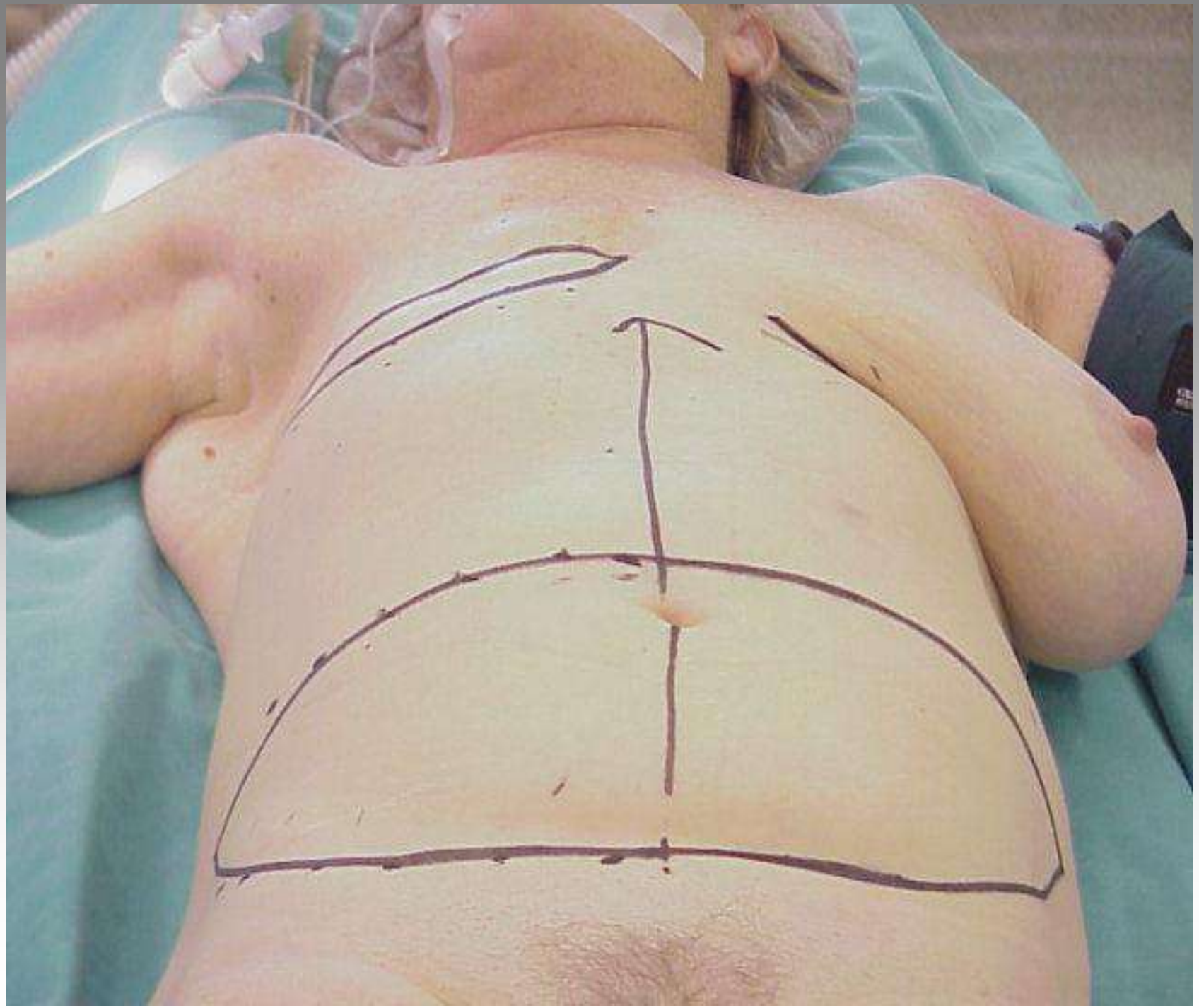
Colgajo de perforante epigástrica superficial (SIEP)



Reconstrucción Mamaria TRAM *(transverse rectus abdominis myocutaneous flap)*

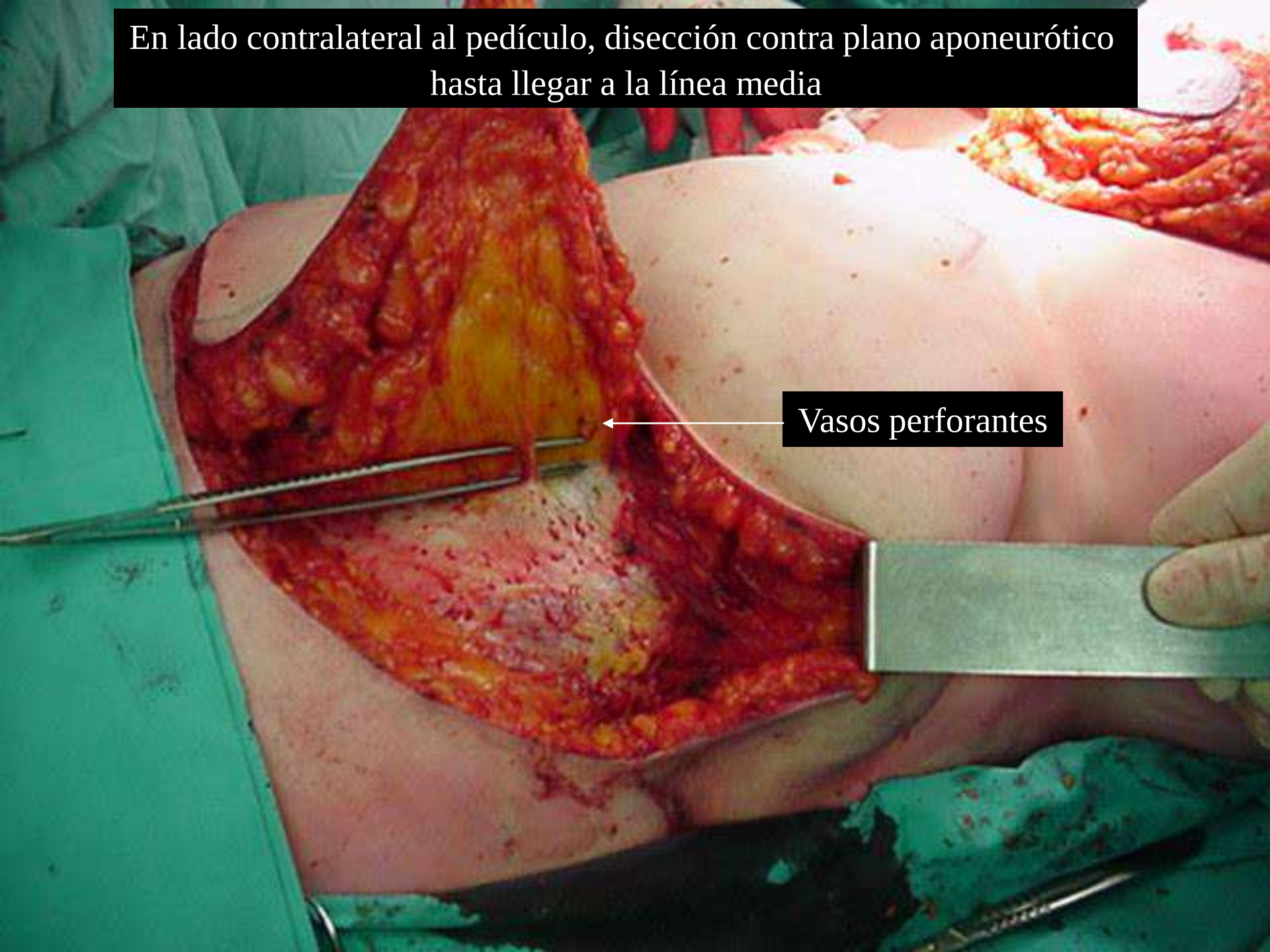


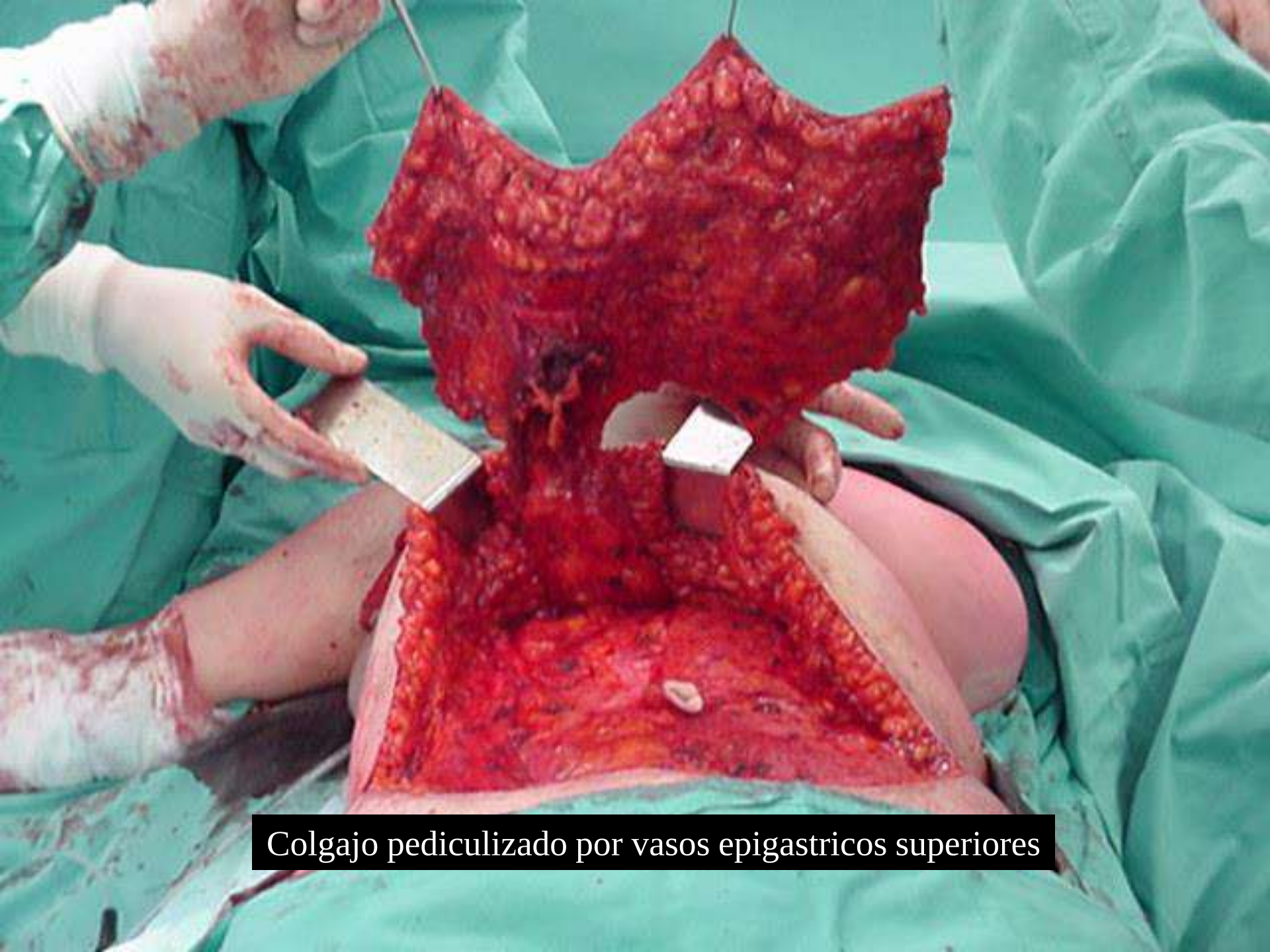




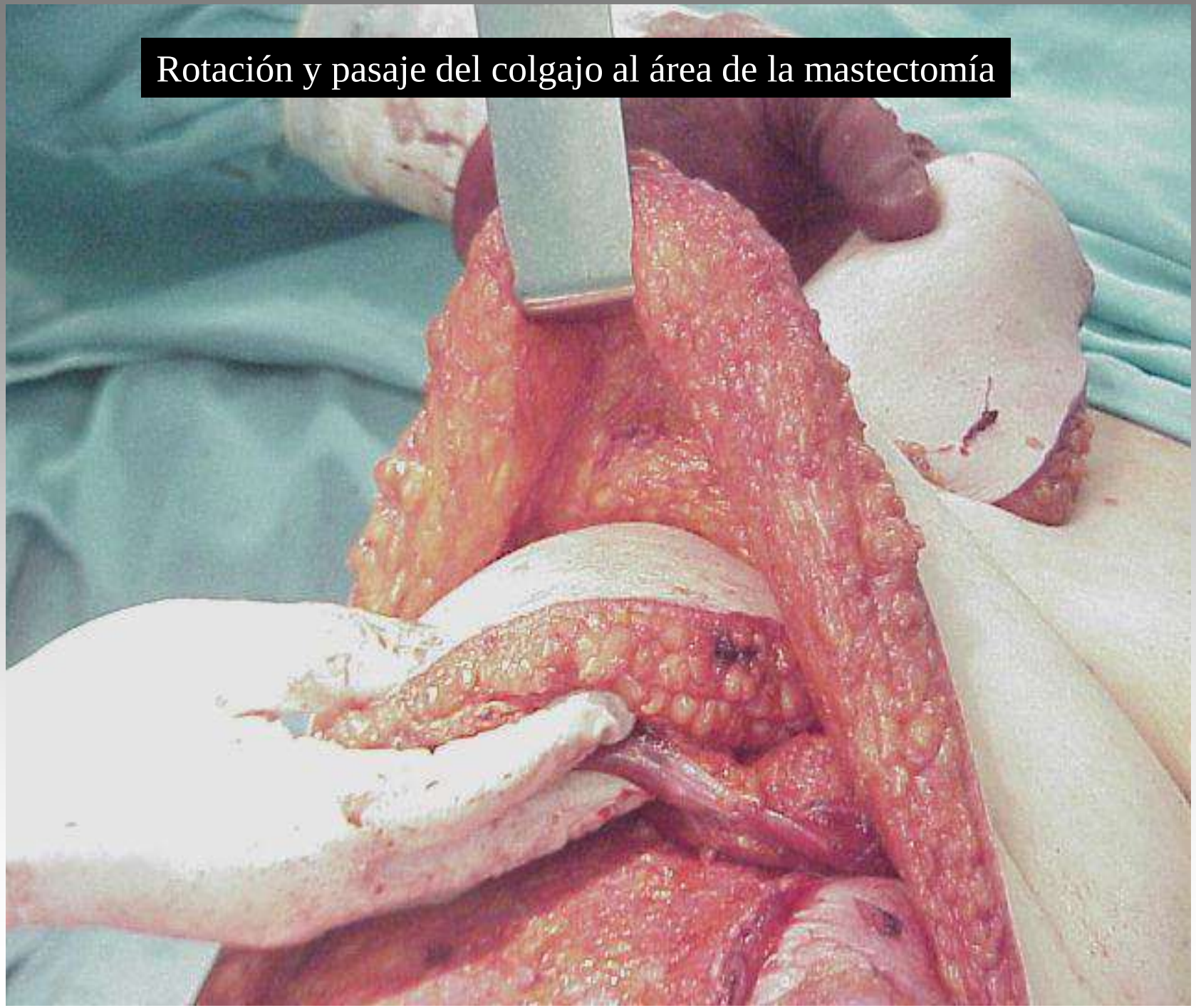
Incisión elíptica transversa
infraumbilical hasta plano aponeurótico

Colgajo abdominal completado, comunicando con área de mastectomía


En lado contralateral al pedículo, disección contra plano aponeurótico hasta llegar a la línea media
Vasos perforantes

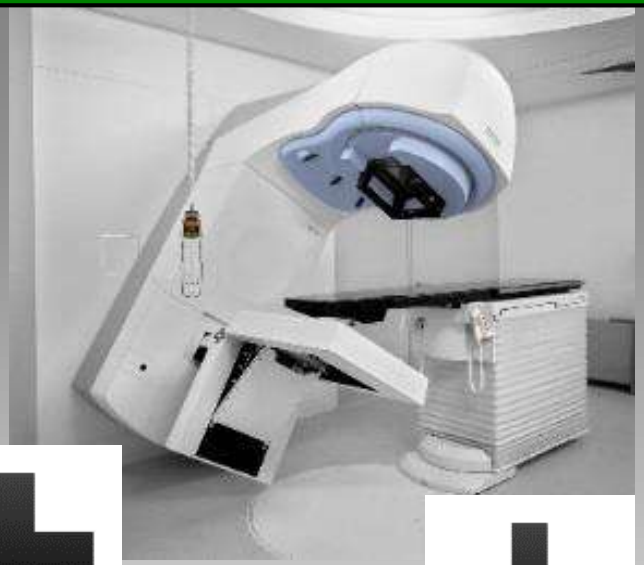


Colgajo pediculizado por vasos epigastricos superiores


Rotación y pasaje del colgajo al área de la mastectomía

Tratamiento

+



+

+

Tratamiento CA invasor

Radioterapia

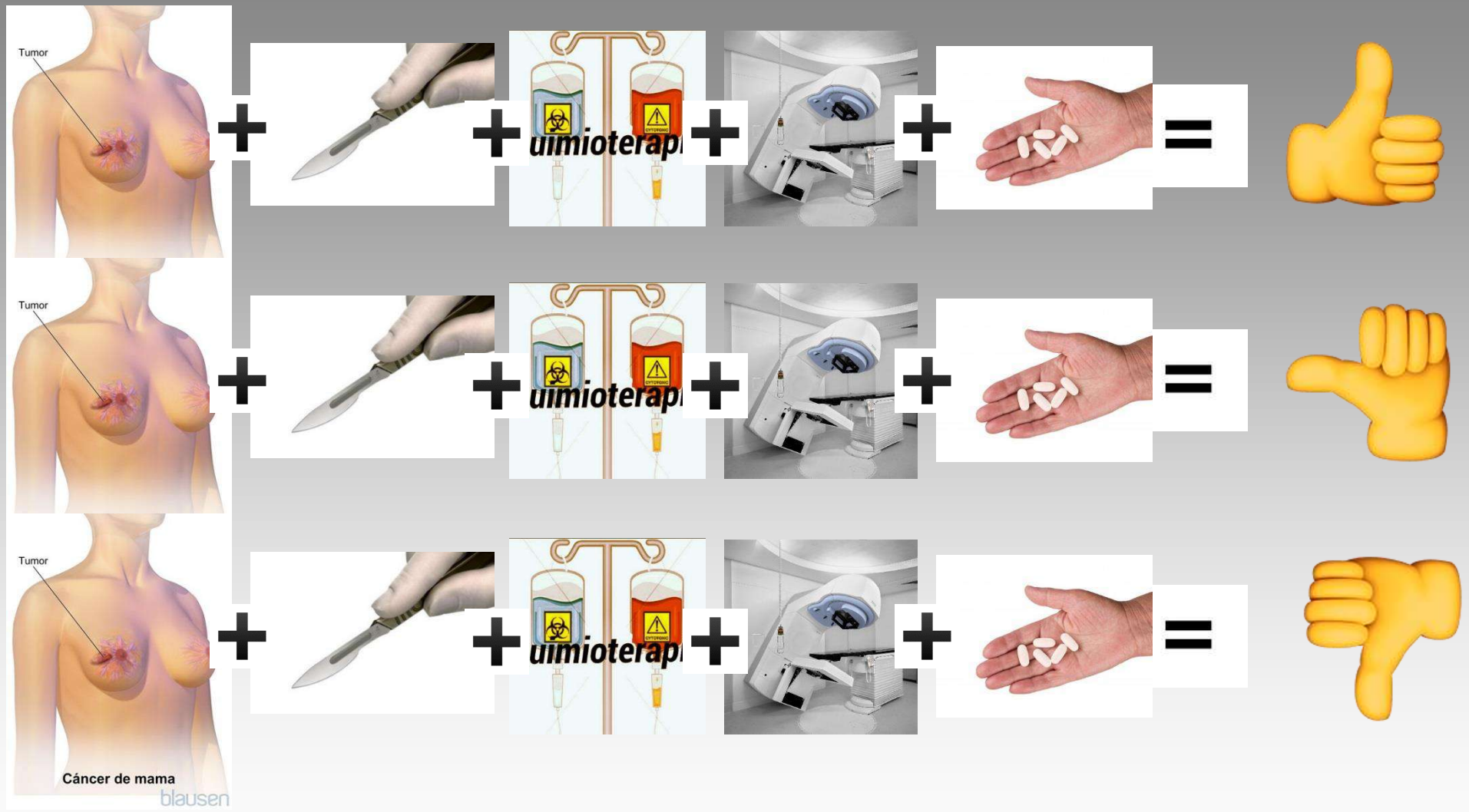
Tratamiento CA invasor

Cáncer de Mama: Radioterapia

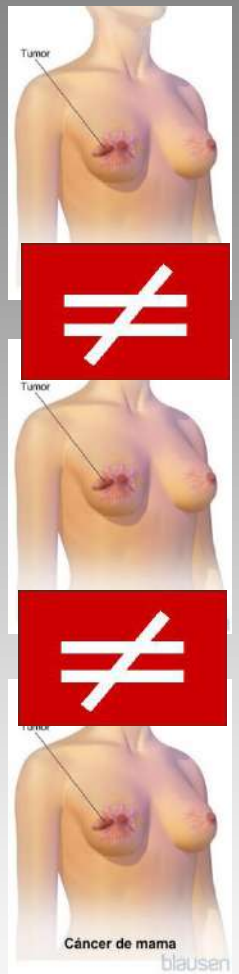
INDICACIONES

1. Cirugía Conservadora
2. Postmastectomia
   - ✓ Margen cercano o positivo
   - ✓ Tumor T3 y T4
   - ✓ Invasión intracapsular de los ganglios
   - ✓ Mas de 4 ganglios positivos

Ca invasor de mama



Ca invasor de mama



≠

=

=

=

=

≠

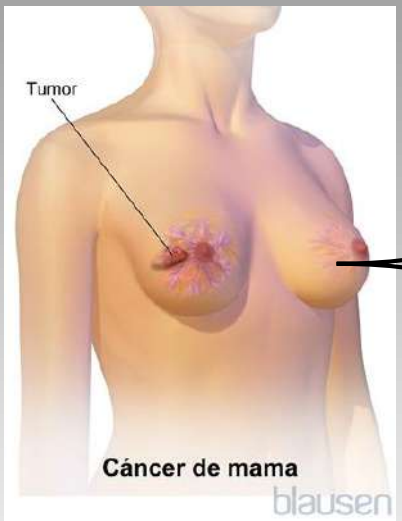
=

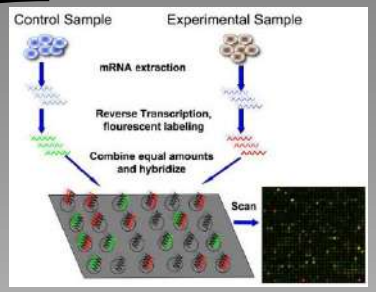
=

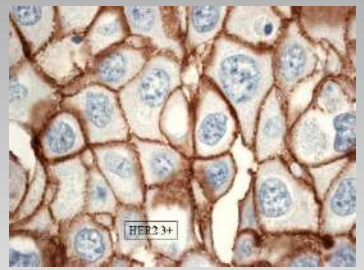
=

=

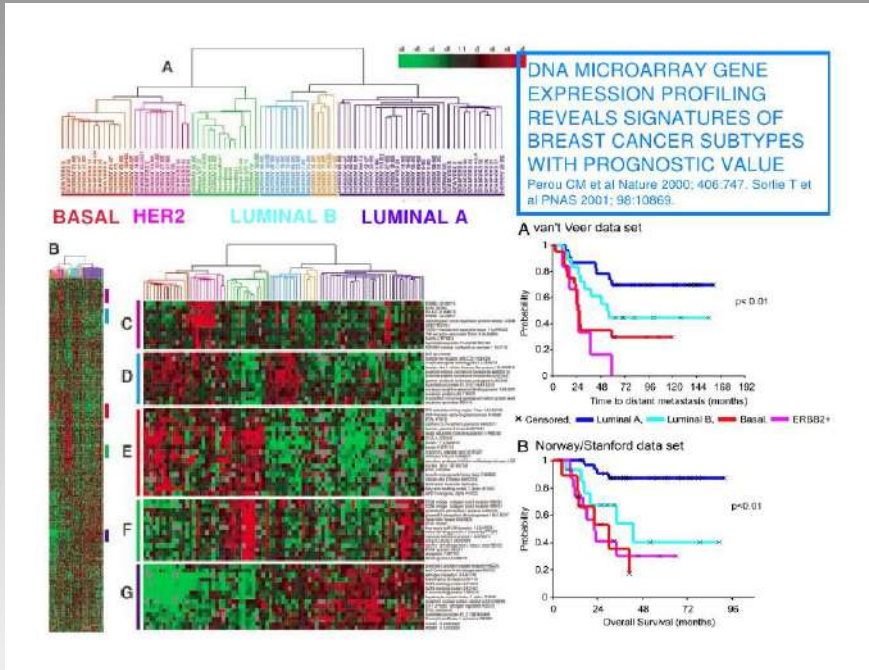
Ca invasor de mama





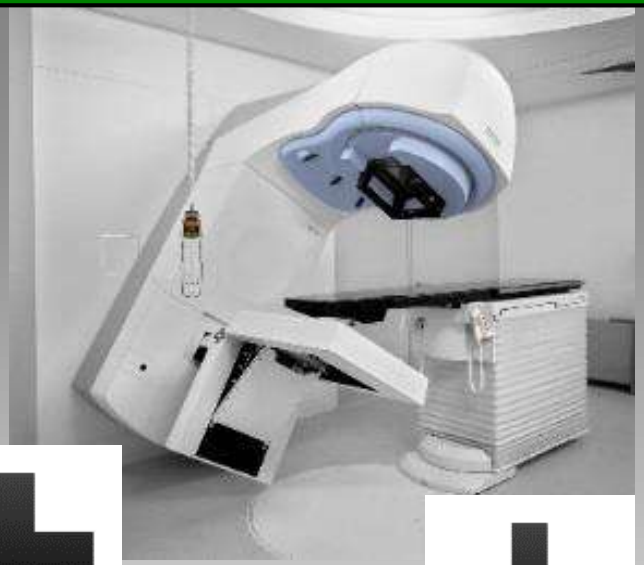


=



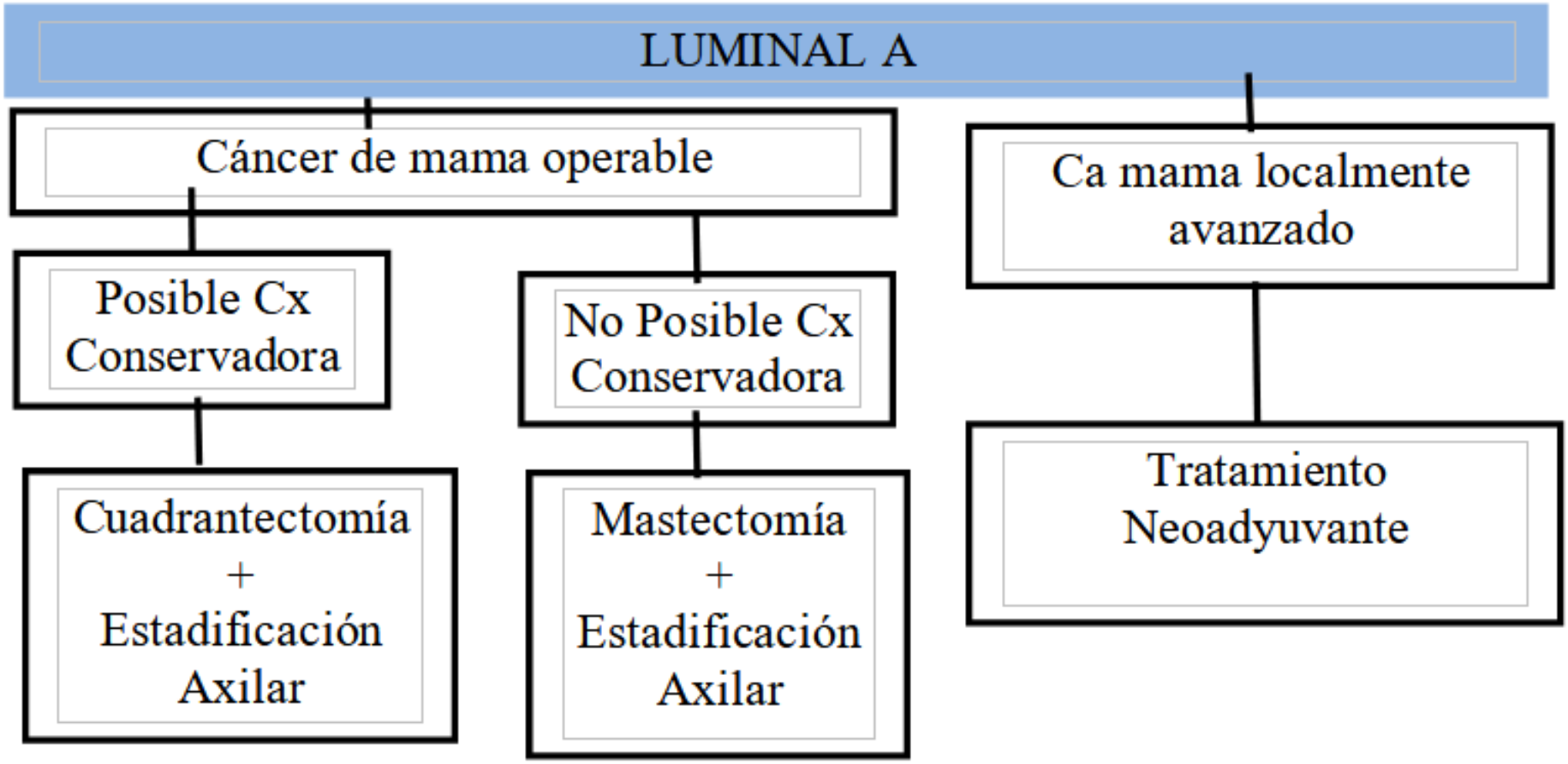
Tratamiento

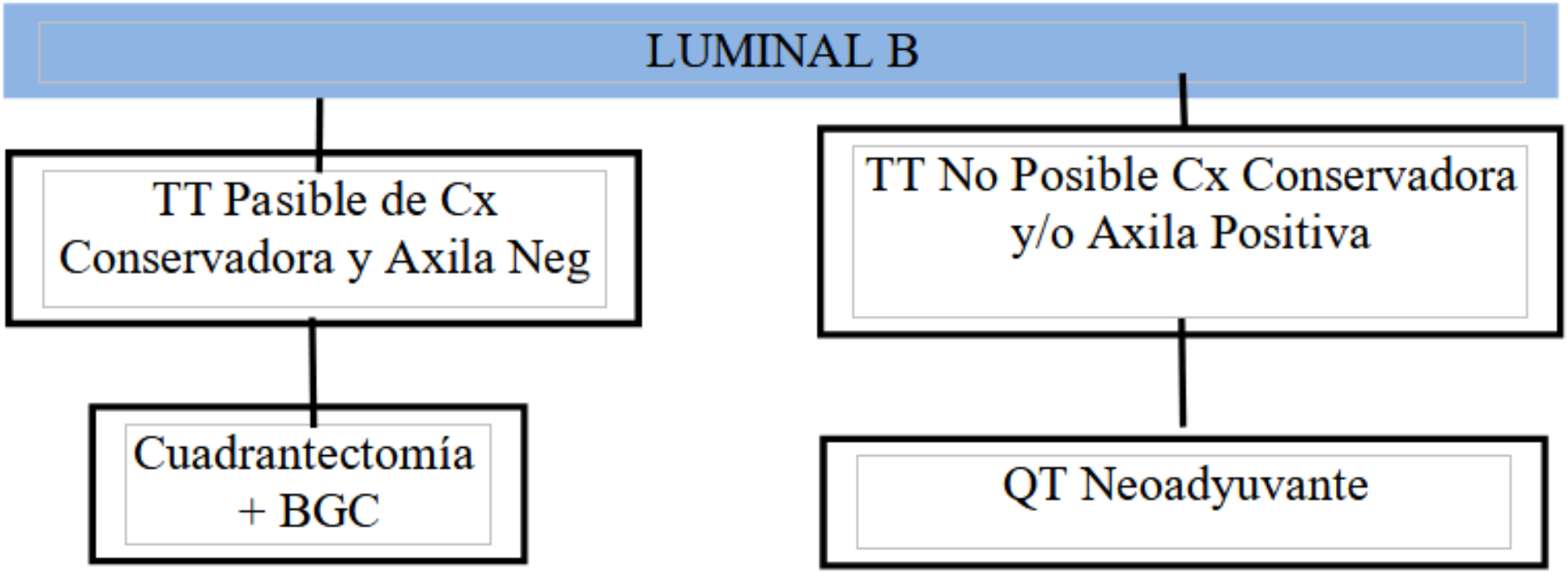
+



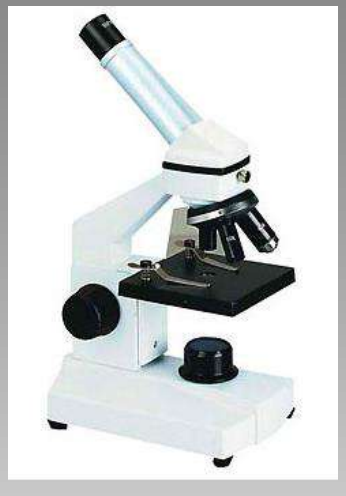
+

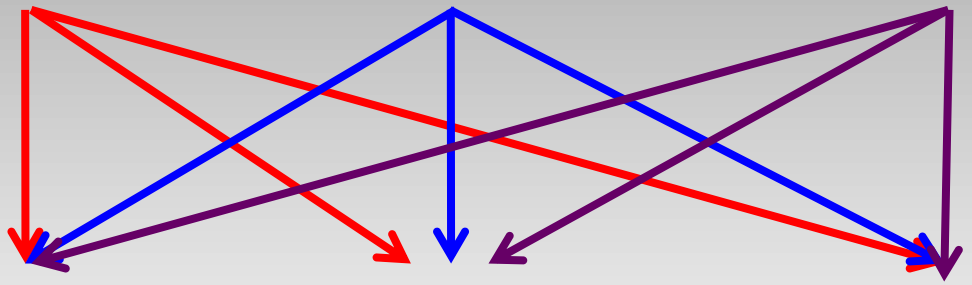
+

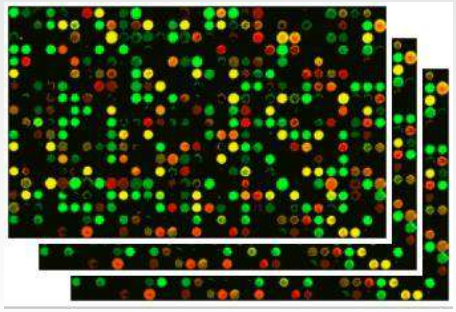

LUMINAL A
Cáncer de mama operable
Ca mama localmente avanzado
Posible Cx Conservadora
No Posible Cx Conservadora
Cuadrantectomía + Estadificación Axilar
Mastectomía + Estadificación Axilar
Tratamiento Neoadyuvante


LUMINAL B
TT Pasible de Cx Conservadora y Axila Neg
TT No Posible Cx Conservadora y/o Axila Positiva
Cuadrantectomía + BGC
QT Neoadyuvante

Ca invasor de mama







Informe Oncotype DX Breast Recurrence Score®

EXACT SCIENCES

Ganglios negativos

Fec. nac.: **26-Sep-1974** Sexo: **Mujer** Informe N°: **OR002088481-01** Fecha del informe: **20-Jun-2023**

Origen/ID de la muestra: **Mama/185749**

Médico solicitante: **Dr. Alfredo Camargo**

Resultado Recurrence Score® (RS)

15

Recidiva a distancia a los 9 años

Con IA o TAM solo

4%

IC 95% (3%, 5%)

TAILORx

Beneficio absoluto medio de la quimioterapia (QT) según grupo*

RS 11-25 Todos los rangos de edad

<1%

IC 95% (-1%, 2%)

TAILORx

Para la toma individualizada de decisiones, especialmente alrededor del punto de corte RS 25, otros factores clínicos pueden ser considerados.

IA = inhibidor de la aromatasa / TAM = tamoxifeno.
IC = Intervalos de Confianza

*Para consultar la estimación individual de beneficio de la quimioterapia (QT) según RS, véase la página 2.

Análisis exploratorio de subgrupos para los estudios TAILORx y NSABP B-20:
Beneficio absoluto de la quimioterapia (QT) por edad y resultado Recurrence Score

Edad	RS 0-10	RS 11-15	RS 16-20	RS 21-25	RS 26-100
>50 años	Sin beneficio de la QT (<1%)				>15% de beneficio de la QT
≤50 años	Sin beneficio de la QT (<1%)		~1,6% de beneficio de la QT	~6,5% de beneficio de la QT	>15% de beneficio de la QT

Informe Oncotype DX Breast Recurrence Score®

EXACT SCIENCES

Ganglios negativos

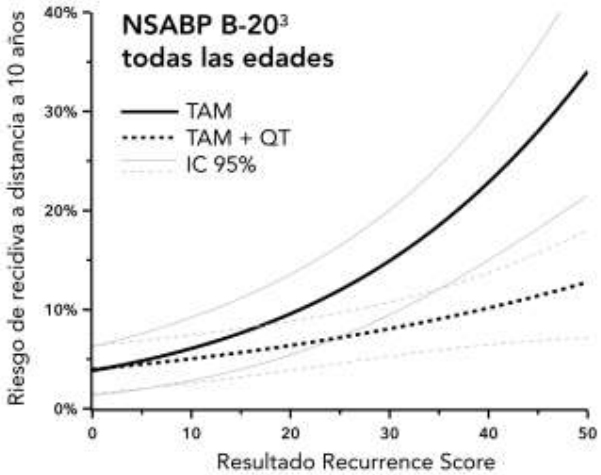
DANIELA, GARELLA LAURA

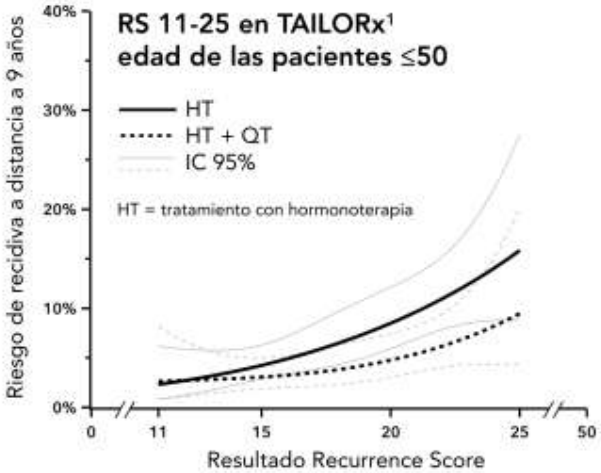
Fec. nac.: **26-Sep-1974** Sexo: **Mujer** Informe N°: **OR002088481-01** Fecha del informe: **20-Jun-2023**

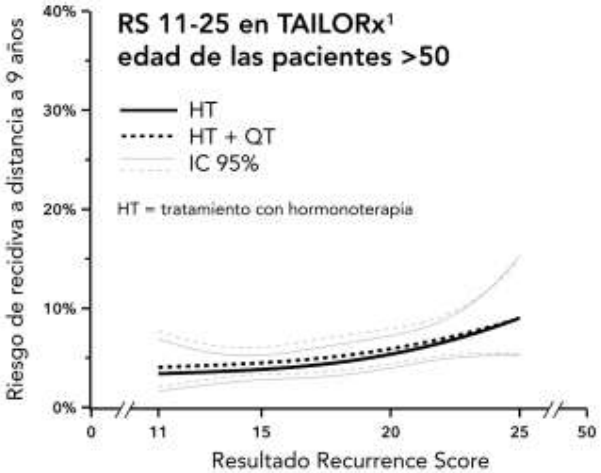
Origen/ID de la muestra: **Mama/185749**

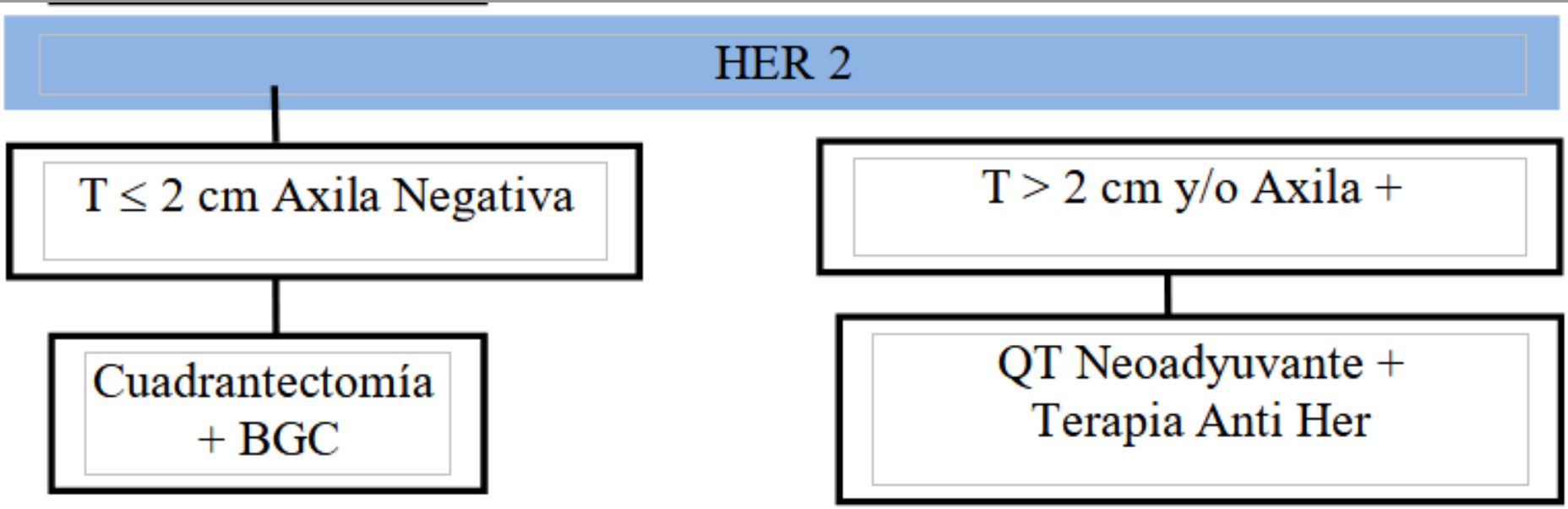
Médico solicitante: **Dr. Alfredo Camargo**

Beneficio estimado de la quimioterapia (QT) según los resultados RS individuales








HER 2
T ≤ 2 cm Axila Negativa
T > 2 cm y/o Axila +
Cuadrantectomía + BGC
QT Neoadyuvante + Terapia Anti Her

TRIPLE NEGATIVO

T ≤ 2 cm Axila Negativa

Cuadrantectomía + BGC

T > 2 cm y/o Axila +

QT Neoadyuvante

Pampers