

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Axila y cáncer de mama. Aporte de la disección axilar al pronóstico

Dr. PATRICIO HUIDOBRO M

Servicio de Cirugía, Hospital La Serena, Clínica ACHS La Serena

TRABAJO DE INGRESO

RESUMEN

Se presentan 163 disecciones axilares efectuadas por cáncer de mama, se estudian las pacientes desde el punto de vista clínico e histopatológico; en relación al estado de los ganglios axilares, se comprueba que el 63% de las pacientes con metástasis axilares tienen una sobrevida mucho menor que las pacientes con axila libre. Se analiza como principal factor pronóstico el estado de los ganglios axilares y se estudia también el tamaño tumoral y el grado histológico como factores pronósticos, comprobando en general sobrevidas similares a las observadas en la literatura.

PALABRAS CLAVES: *Cáncer de mama disección axilar, ganglios axilares, metástasis axilar, sobrevida*

SUMMARY

We report 163 axillary node dissections performed in patients with breast cancer were studied. A clinical and histopathologic study was done. As to the axillary lymph node status, we confirm that 63% of the patients with axillary metastases had lower survival than those patients with negative axillary lymph nodes. The status of the axillary lymph nodes was found to be the main prognostic factor. We also studied tumor size and histologic grade as prognostic factors, finding overall survival similar to those found in the literature.

KEY WORDS: *Axillary lymph node dissection, axillary nodes, axillary metastasis, survival*

INTRODUCCIÓN

La disección ganglionar axilar en el cáncer de mama, ha sido reconocida como un elemento importante en su tratamiento desde la época de Halsted,¹ quién ya en 1907 publica sus primeros resultados de mastectomía radical, estableciendo la importancia de la disección ganglionar axilar y demostrando que el compromiso metastásico axilar empeora el pronóstico, esto ha continuado siendo

corroborado por todos los autores hasta nuestros días y ha constituido uno de los pilares del tratamiento del cáncer mamario.

La disección ganglionar axilar nos permite lograr un mejor control locorregional de la enfermedad. El estudio histológico de los ganglios axilares constituye actualmente el principal factor pronóstico para las pacientes con cáncer de mama² y puede tener efectos benéficos en su sobrevida. Además del compromiso ganglionar axilar tienen impor-

tancia pronóstica, el tamaño del tumor, el grado histológico, el grado nuclear, la positividad de los receptores hormonales, etc.

En 1980 el autor participa en la organización de un policlínico de oncología en el Hospital de La Serena, destinado a pesquisar, tratar y controlar pacientes oncológicos de la IV Región. En 1989 se inicia similar acción en la Clínica del Trabajador de La Serena (ACHS), por su gran frecuencia, el cáncer de mama ha sido el principal motivo de consulta en dicho policlínico. La mayoría de las pacientes han sido sometidas a algún tipo de cirugía resectiva que incluye la disección axilar. Considerando la importancia que tiene el estudio de los ganglios axilares para el pronóstico y definición de tratamiento de nuestras pacientes y dado que es el factor pronóstico utilizado más ampliamente en nuestro país, es que decidimos efectuar un análisis de las primeras 159 pacientes portadoras de cáncer de mama a quienes el autor realizó 163 disecciones axilares, en el periodo comprendido entre 1980 y junio de 1993 a objeto de poder conocer nuestra realidad regional en el tema, buscando establecer la importancia pronóstica del estudio ganglionar axilar en nuestro medio, aprovechando de revisar también la calidad de nuestros procedimientos y comparando nuestra experiencia con otras series nacionales y extranjeras.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron retrospectivamente las fichas clínicas de las 159 pacientes sometidas a 163 disecciones axilares (2 pacientes con Ca bilateral sincrónico y 2 con Ca bilateral asincrónico). El seguimiento mínimo fue de un año y el promedio fue de 46 meses; se pierden de seguimiento 5 pacientes (3%) al mes 2 y las otras 3 a los 14, 24 y 60 meses. Para cálculo estadístico se consideran fallecidas al mes siguiente del último control aunque no tuviesen evidencia de enfermedad en ese momento.

Se estudió la edad, lado comprometido, estado clínico, tipo de cirugía efectuada, tipo histológico del tumor primario, número de ganglios extirpados y se correlacionó con el tipo de cirugía efectuada, además el compromiso ganglionar con el estado clínico, localización del tumor y se efectuó correlación entre la palpación clínica de ganglios axilares sospechosos y el compromiso histológico de ellos. Para determinar la importancia del compromiso ganglionar axilar y sus variables como número de ganglios metastásicos, estado clínico o compromiso del vértice, se efectuó un análisis estadístico de las curvas de supervivencia, aplicando las curvas

actuariales de Kaplan Meier y para el análisis estadístico comparativo de dichas curvas, se utilizó el programa SAS, empleando el *log rank test*, con un grado de significancia igual o menor a 0,05 de acuerdo a chi cuadrado. El mismo método se utilizó para definir relevancia de otros factores pronósticos como tamaño tumoral, grado histológico y edad.

RESULTADOS

La edad promedio es de 57 años con un rango de 32 a 91 años (Figura 1). La mama izquierda se comprometió con mayor frecuencia que la derecha; 87 pacientes (55%) mama izquierda versus 68 pacientes (43%) mama derecha y en 4 pacientes el compromiso fue bilateral. La distribución de las pacientes por estado clínico fue la siguiente: Estado I 13 casos (8%), Estado II 94 casos (58%), Estado III 48 casos (29%) y Estado IV 8 casos (5%).

El tipo de cirugía efectuada en conjunto con la disección ganglionar axilar fue el siguiente: – mastectomía radical modificada, 69 intervenciones (43%), –mastectomía simple extendida, 59 intervenciones (36%), –tumorectomía o mastectomía parcial con disección axilar, 33 intervenciones (20%), –disección axilar exclusiva, 2 intervenciones (1%). Independientemente del tipo de cirugía efectuada, se disecó siempre el primer y segundo nivel ganglionar completo y al menos el inicio del tercer nivel. En la mastectomía de Patey, se disecó siempre el tercer nivel completo. De rutina marcamos en la pieza operatoria con punto de lino el extremo proximal de la disección (vértice), para el análisis del patólogo. No hubo mortalidad operatoria en esta serie.

El tipo histológico de cáncer en las 163 intervenciones efectuadas, se describe en la Tabla 1, comprobando que el Ca ductal infiltrante común es el más frecuente (64%). El promedio general de ganglios extirpados fue de 11,54 ganglios por di-

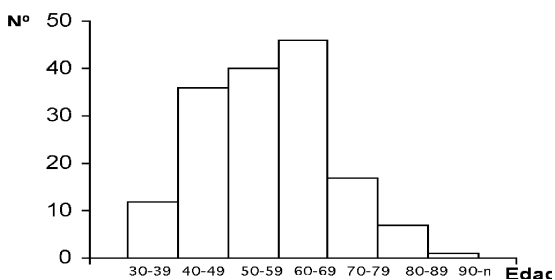


Figura 1. Distribución etárea.

Tabla 1
HISTOLOGÍA

	n	%
Ca ductal infiltrante común	104	64
Ca medular	5	3
Ca coloideo	3	2
Ca papilar	2	1
Ca inflamatorio	6	4
Ca lobulillar infiltrante	21	13
Ca mixto	16	10
Ca mixto inflamatorio	1	0,5
Ca intraductal	2	1
Sarcoma neurogénico	1	0,5
Morfología incierta o no especificada	2	1
Total	163	100

sección, siendo mayor en la mastectomía de Patey (13 ganglios), que en la mastectomía simple extendida (11 ganglios) o en la disección axilar (10 ganglios). En 8 intervenciones no se informó por el patólogo el número de ganglios disecados, sólo informó si eran positivos o negativos para metástasis. Más del 95% de los estudios histológicos los efectuó el mismo patólogo. Para definir el grado histológico se utilizó la clasificación de Bloom-Richardson y posteriormente la de Elston-Ellis.

El compromiso metastásico ganglionar axilar tiene relación directa con el estado clínico, observándose que progresa de un 15% en estado I, a 100% en estado IV (Tabla 2). Se observó una correlación de 72% entre la palpación clínica de la axila (ganglios clínicamente positivos) y los hallazgos histopatológicos (Tabla 3), comprobándose que en el 39% de las axilas clínicamente negativas, existen metástasis ganglionares y en el 20% de los ganglios clínicamente palpables, no habían metástasis a la histología. El compromiso metastásico axilar es más frecuente cuando el tumor es de localización central o difuso (70%), disminuye levemente cuando se ubica en cuadrantes externos (66%) y es notoriamente menor cuando el tumor se

Tabla 2
GANGLIOS COMPROMETIDOS SEGÚN ESTADO CLÍNICO

Estado	Ganglios (+)	Ganglios (-)	Total
I	2 (15%)	11 (85%)	13
II	59 (63%)	35 (37%)	94
III	34 (71%)	14 (29%)	48
IV	8 (100%)	—	8
Total	103 (63%)	60 (37%)	163

Tabla 3
RELACIÓN CLÍNICO - PATOLÓGICA DE METÁSTASIS GANGLIONARES

Clínica y Patología (-)	41	Concordantes
Clínica y Patología (+)	77	72%
Clínica (-) Patología (+)	26	Discordantes
Clínica (+) Patología (-)	19	28%
Total	163	

localiza en cuadrantes internos (48%) (Figura 2).

La sobrevida de las pacientes con axila libre de metástasis, es absolutamente diferente a la sobrevida de las pacientes con compromiso ganglionar axilar (89% versus 34% a los 10 años), con un alto grado de significación estadística (Figura 3).

Al efectuar el análisis de las curvas de sobrevida por estado clínico y de acuerdo al compromiso ganglionar axilar, observamos que en los estados I, II, y III el pronóstico empeora notoriamente al existir compromiso ganglionar. En estado I la sobrevida global es de 83% a 131 meses, la única paciente con compromiso axilar fallece a los 61 meses y todas las pacientes sin compromiso axilar están vivas (seguimiento de 131 meses). En estado II la sobrevida global es de 63% a los 153 meses; las pacientes con axila positiva tienen una sobrevida de 40% a 123 meses; en cambio las pacientes sin compromiso axilar tienen una sobrevida de 96% a 153 meses. En estado III la sobrevida global es de 41% a los 168 meses; las pacientes con compromiso axilar tienen una sobrevida de 27% a los 140 meses, en cambio las pacientes con axila negativa tienen una sobrevida de 75% a los 168 meses. En estado IV en que todas las pacientes tienen axila positiva la sobrevida es de 19% a 90 meses; en

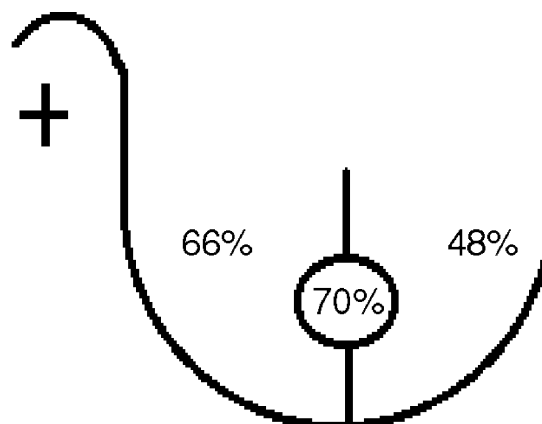


Figura 2. Localización tumor y compromiso axilar.

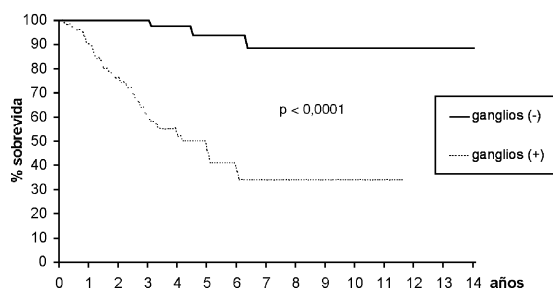


Figura 3. Sobrevida según estado ganglionar.

este caso la supervivida hasta los 90 meses está dada por una sola paciente que tenía metástasis en columna lumbar tratada con radioterapia y hormonoterapia (Figura 4).

De acuerdo al número de ganglios axilares comprometidos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivida entre los grupos con menor y mayor número de ganglios metastásicos; 1-3 ganglios (+) = 34% a 111 meses; 4-9 ganglios (+) = 36% a 140 meses; 10 y más ganglios (+) = 31% a 123 meses (Figura 5). Tampoco observamos diferencias estadísticamente significativas al separar en 2 grupos de 1 a 3 y de 4 o más ganglios comprometidos; tampoco se observó diferencias estadísticas al separar por grupos de acuerdo al porcentaje de ganglios comprometidos, de 1% a 33%, de 34% a 66% y de 67% o más.

Dentro del grupo de pacientes con compromiso axilar analizamos la importancia del compromiso del ganglio del vértice axilar (3º nivel) y observamos que no existe diferencia estadística significativa en la supervivida de las pacientes con ganglio del vértice comprometido (45% a 140 meses), en relación a las pacientes con ganglio del vértice libre (33% a 97 meses) (Figura 6).

Se analizó la importancia del tamaño tumoral en la supervivida de las pacientes separándolas en 3

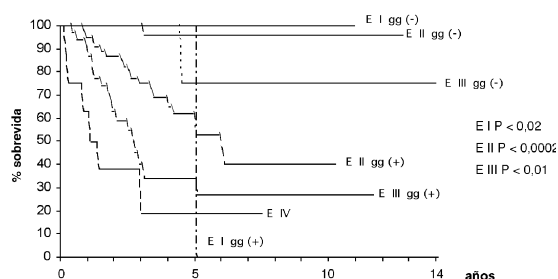


Figura 4. Sobrevida según estado clínico y compromiso ganglionar.

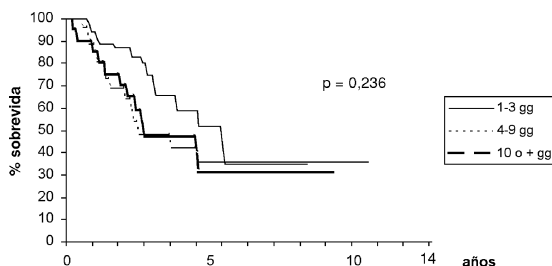


Figura 5. Sobrevida según número de ganglios metastásicos.

grupos: T 1, hasta 2 cm de diámetro tumoral; T 2, desde 2,1 a 5 cm de diámetro tumoral y T 3, mayor de 5 cm de diámetro, comprobándose diferencia estadísticamente significativa en la supervivida de los 3 grupos; T 1= 79% a 131 meses; T 2= 59% a 153 meses y T 3= 31% a 168 meses ($p < 0,0001$).

Se estudió la importancia del grado histológico del tumor en relación a la supervivida, separando las pacientes en 3 grupos: Grado I, tumores bien diferenciados; Grado II, tumores moderadamente diferenciados; Grado III, tumores mal diferenciados. Por haber sólo 2 pacientes con tumores bien diferenciados, Grado histológico I, el análisis estadístico se efectuó entre las pacientes con Grados II y III, comprobándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, Grado II 57% de supervivida a 131 meses *versus* 39% de supervivida en tumores Grado III, a 110 meses ($p 0,0034$).

Finalmente se analizó la supervivida en relación a la edad de las pacientes, separándolas en grupos por décadas de edad, comprobando que no existe ninguna diferencia significativa en la supervivida de los diferentes grupos etáreos.

DISCUSIÓN

Las características generales de esta serie son similares a las de otras de la literatura nacional e

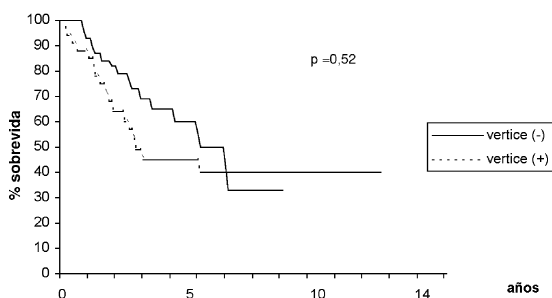


Figura 6. Ganglios (+) supervivida según compromiso del vértice axilar.

internacional, en cuanto a distribución etárea, edad promedio,^{3,4} compromiso más frecuente de mama izquierda,⁵ distribución por estados, tipos histológicos, etcétera.⁶ La distribución por estados muestra un predominio de estados tempranos, 66% en estados I y II, sobre los estados avanzados, en ello es similar a las series nacionales, pero es aun diferente a las series norteamericanas y europeas, que tienen porcentaje cada vez mayor de carcinoma *in situ*, llegando al 15% de los casos.

En nuestra serie el porcentaje de cirugía conservadora es bajo (20%), producto que en los primeros años de la serie (principios de los 80), se efectuaban menos cirugías conservadoras mamarias que durante los últimos años de la serie. En relación al tipo histológico, nuestra serie muestra un predominio de carcinoma ductal infiltrante común (64%), sobre el lobulillar infiltrante (13%) y sobre otros tipos, siendo esta distribución muy similar a otras series de la literatura.^{7,8}

Está claramente establecido que en una disección axilar por cáncer de mama, se deben extirpar a lo menos 10 ganglios para que la información que nos va a entregar el patólogo tenga valor pronóstico y se puedan tomar decisiones terapéuticas adecuadas.⁹ En nuestra serie el promedio de 11,54 ganglios extirpados por disección, otorga validez a nuestros resultados y conclusiones tanto en los casos que efectuamos cirugía mamaria radical como en los que efectuamos cirugía conservadora.

El mayor compromiso ganglionar axilar que se observa en los estados clínicos más avanzados de esta serie, es un hecho ampliamente conocido y demostrado desde hace años por numerosos autores, al igual que el grado de concordancia entre palpación clínica axilar positiva y el compromiso histológico de dichos ganglios, el que para la mayoría de los autores es de aproximadamente un 70%.¹⁰ En nuestra serie fue de 72%; los ganglios no palpables pero con compromiso histológico (falsos negativos), alcanzaron al 39%, lo que es algo más elevado que el 30% señalado en la literatura. Nuestro falso positivo de 20% a la palpación axilar es menor que el 25 a 30% de los mismos autores. En nuestra experiencia el compromiso axilar fue mayor en los tumores localizados en cuadrantes externos de la mama, en relación a los localizados en cuadrantes internos, hecho que también es concordante con la literatura.¹⁰

La sobrevida de nuestras pacientes con axila histológicamente negativa de 89% a 10 años, es levemente mayor que lo señalado habitualmente (65 a 80%) y la sobrevida de 34% a 10 años en nuestras pacientes con axila positiva está dentro

del porcentaje de 25 a 40% señalado por diferentes autores.¹⁰

De acuerdo al estado clínico, la sobrevida a 10 años de las pacientes de esta serie, está dentro de los porcentajes habituales señalados en la literatura, 70 a 80% en estado I, 50 a 60% en estado II, 30 a 40% en estado III y 0 a 10% en estado IV, a su vez el empeoramiento del pronóstico en cada estado clínico al existir metástasis axilares observado en nuestras pacientes, es un hecho absolutamente esperable y concordante con lo demostrado por otros autores.¹¹

La disminución de la sobrevida a medida que aumenta el número de ganglios axilares metastásicos, es un hecho demostrado por numerosos autores,¹²⁻¹⁵ con sobrevidas de 60-65% a 5 años cuando se comprometen uno a 3 ganglios axilares, las que bajan a 40-50%, cuando se comprometen entre 4 y 9 ganglios y llegan a sólo 20-30% cuando se comprometen 10 o más ganglios. En esta serie no logramos demostrar dicha relación entre el número de ganglios metastásicos y la disminución de la sobrevida, probablemente porque el número de pacientes que tenemos en cada grupo es insuficiente para lograr demostración estadística; en el futuro con una mayor cantidad de pacientes debiéramos llegar a resultados similares a los de la literatura, este hecho también es válido en relación al análisis que efectuamos sobre el compromiso del ganglio del vértice axilar en que tampoco observamos diferencias en la sobrevida entre el grupo con vértice comprometido y el grupo con vértice libre.

Además del estudio de los ganglios axilares como principal factor pronóstico de nuestras pacientes, estudiamos otros 2 factores pronósticos, de amplio uso en nuestro medio nacional y que han sido demostrados como factores importantes como son el tamaño tumoral y el grado histológico pudiendo comprobar que la sobrevida a 10 años en nuestra serie de acuerdo al tamaño tumoral es muy similar a la publicada por diversos autores, para tumores de hasta 2 cm 70-80%, entre 2 y 5 cm 45-70% y para tumores mayores de 5 cm 45% o menos.^{16,17} En relación al grado histológico la sobrevida de los grados II y III de nuestra serie, es algo menor que la señalada en la literatura, 65-80% en grados II y 55-79% en grados III, a 5 años.

El análisis de sobrevida en relación a edad no demostró diferencias entre los distintos grupos etáreos, lo que está en concordancia con diferentes autores que no han demostrado sobrevidas diferentes según edad, manteniéndose este factor como un punto controvertido, aunque en algunos trabajos las pacientes jóvenes tienen un peor pronóstico.^{18,19}

En conclusión podemos señalar que nuestros resultados son en términos generales muy similares a los señalados en la literatura y, por lo tanto, estamos en condiciones de continuar avanzando en nuestra experiencia, buscando evitar efectuar disecciones axilares al grupo de nuestras pacientes con ganglios negativos (37%), mediante la implementación de la técnica para extirpación y estudio del ganglio centinela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Halsted WS: The results of radical operation for the cure of carcinoma of the breast. *Ann Surg* 1907; 56: 1-19.
2. Henderson IC, Harris JR, Kinne D, Hellman S: Cancer of the breast. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 3ª ed. JB Lippincott 1989; 1197-268.
3. Marsano A. *Archivos Sociedad de Cirujanos de Chile* 1964; 16: 63-91.
4. Rosen PP, Lesser M, Senie R, Duthie K: *J Surg Oncol* 1982; 19: 44-7.
5. Senie R, Rosen PP, Lesser M *et al*: *Cancer* 1980; 46: 1705-13.
6. Pabst I, Naranjo L, Power E: *Rev Chil Cir* 1980; 32: 304-10.
7. Harris J, Hellman S, Hunderson I, Kinne D: *Breast Diseases*. JB Lippincott 1987: 147-98.
8. Hernández G, Bernardillo E, Pinotti J: *Cáncer de mama*. McGraw-Hill Interam 1998; 114-27.
9. *Jornadas de Consenso en Cáncer de Mama*. Sociedad Chilena de Mastología. Frutillar, Chile, 1999; 96-7.
10. Harris J, Hellman S, Henderson I, Kinne D: *Breast Diseases*. JB Lippincott 1987; 238-40.
11. Cutler SJ, Axtell LM, Schottenfeld D: Clinical assessment of lymph nodes in carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1970; 131: 41-52.
12. Haagensen CD: Treatment of curable carcinoma of the breast. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1977; 2: 975-80.
13. Valagussa P, Bonadonna G, Veronesi V: Patterns of relapse and survival following radical mastectomy. *Cancer* 1978; 41: 1170-8.
14. Fisher ER, Anderson S, Redmond C: Pathologic findings from the NSABP Protocol B-06; 10 years pathologic and clinical prognostic discriminants. *Cancer* 1993; 8: 2507-14.
15. Nemoto T, Vana J, Bedwani RN: Management and survival of female breast cancer. Results of a national survey by the American College of Surgeons. *Cancer* 1980; 45: 2917-24.
16. Koscielny S, Tubiana M, Le MG: Breast cancer: relationship between the size of the primary tumour and the probability of metastatic dissemination. *Br J Cancer* 1984; 49: 709-15.
17. Schottenfeld D, Nash AG, Robbins GF: Ten years results of the treatment of primary operable breast carcinoma: A study of 304 patients evaluated by the T N M system. *Cancer* 1976; 38: 1001-7.
18. Noyes D, Spanos W, Montague E: Breast cancer in women aged 30 and under. *Cancer* 1982; 49: 1302-7.
19. Harris J, Hellman S, Henderson I, Kinne D: *Breast Diseases*. JB Lippincott 1987; 253-5.

INFORME

La cirugía continúa siendo la intervención terapéutica más efectiva en el tratamiento del cáncer de mama.

A comienzos de 1.700 Jean Louis Petit, Director de la Academia de Cirugía Francesa escribió "*la raíz del cáncer son las glándulas linfáticas aumentadas de tamaño, ellas deben buscarse y removerse junto a la fascia del músculo pectoral y algunas de sus fibras*". Esto permaneció así hasta 1970, cuando la disección axilar empezó a verse más bien como un factor pronóstico que uno terapéutico.

En 1990, la Conferencia de Consenso del Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos concluyó que en el tratamiento del cáncer de mama potencialmente curable, se debe incluir la disección de los niveles I y II de la axila.

Actualmente existe una reevaluación del uso de la disección axilar en el tratamiento de esta enfermedad, lo anterior está basado principalmente en los siguientes puntos:

– Con el *screening* mamográfico se están detectando cánceres no palpables, cada vez más pequeños, con bajo riesgo de tener linfonodos comprometidos.

– Mayor preocupación por las complicaciones y morbilidad alejada de la técnica.

– Uso de quimioterapia según tamaño tumoral y otros factores, independiente del compromiso de linfonodos.

Las razones en las que existe consenso del porqué realizar la disección axilar son: lograr mejor control local de la enfermedad en pacientes con axila positiva, dar información pronóstica y ayudar a la toma de decisiones sobre el tratamiento adyuvante postoperatorio. Pero no existe evidencia que demuestre que altere la sobrevida global de la enfermedad.

En el trabajo presentado por el doctor Huidobro se analizan en forma retrospectiva las disecciones axilares realizadas en el transcurso de 13

años en el Hospital La Serena y Clínica ACHS de esa misma ciudad.

La distribución por estadios, a pesar de abarcar trece años, es muy similar a los datos emitidos por el Ministerio de Salud que incluyen 28 Servicios en el año 2000, en los que los estadios I y II de mama son el 67,3% de los cánceres, el III 27% y IV 8%. El Doctor Huidobro presenta cifras de 66%, 29% y 5% respectivamente.

La edad y el tipo histológico están de acuerdo con la realidad nacional, en cuanto a este último punto creo que es importante remarcar el bajo porcentaje de carcinoma *in situ*, 1%, sólo comparable con la realidad nacional que es de un 4%. Estamos muy lejos de alcanzar cifras internacionales, que son alrededor de un 20%, y esto no se va a lograr mientras no exista un Programa Nacional de Detección precoz del Cáncer de Mama por medio de la mamografía.

Llama la atención el alto porcentaje de cirugía radical (80%) en el total de la muestra, pero el Doctor Huidobro hizo un análisis por períodos de tiempo y vemos que la variación en la conducta quirúrgica fue cambiando en forma notable con un 0% de cirugía conservadora a principio de los ochenta a un 23% en los años noventa.

Corroborando el concepto de factor pronóstico que tiene la disección axilar, en este trabajo el número de linfonodos comprometidos está en directa relación con el tamaño tumoral y esto a su vez con la sobrevida. El Doctor Huidobro analiza este punto en forma exhaustiva, en conjunto y analizado por estadios, demostrando sobrevidas estadísticamente significativas dependiendo si existían linfonodos comprometidos o no, en los estadios I, II y III.

Pero no encuentra diferencias en relación a número de éstos, lo cual difiere con publicaciones de otros autores en los que existe una clara relación, siendo conocido que no sólo importa el com-

promiso positivo o negativo de la axila sino también el número de linfonodos que se comprometan, a mayor número menor sobrevida.

Vale la pena notar que en cifras internacionales más del 75% de las pacientes con estadio I presentan linfonodos histológicamente negativos, en esta casuística la cifra es de 85%. Mencionamos anteriormente que este procedimiento mejora el control locorregional en pacientes con axila positiva, esto no está demostrado para las pacientes con axila negativa y si los factores dependientes del tumor y de la paciente serán los que definan el tratamiento adyuvante, existe un número no despreciable de pacientes que se someterían a este procedimiento demás.

Actualmente esta técnica se ve enfrentada a muchos cambios y los estudios van dirigidos a una mejor selección de pacientes en que se decidirá si intervenir o no la axila.

Es así como se podría evitar el procedimiento en cánceres *in situ* y tumores pequeños de características histológicas favorables en los que el porcentaje de axila positiva es menor al 1%. O bien por medio del linfonodo centinela disecar sólo aquellas en que éste tenga compromiso tumoral.

Sería interesante que el autor iniciara en forma prospectiva alguna de estas líneas de trabajo.

Señor Presidente, por el esfuerzo que significó para el Doctor Patricio Huidobro dar inicio a una Unidad Oncológica, por la experiencia personal demostrada en este trabajo y habiendo cumplido con las exigencias que señala el reglamento de nuestra Sociedad, recomiendo su nombramiento como Miembro Titular de la Sociedad de Cirujanos de Chile, deseándole una permanencia en ella muy fructífera y que sirva de medio para que continúen sus aportes a la cirugía de nuestro país.

Dra. JAMILE CAMACHO N.