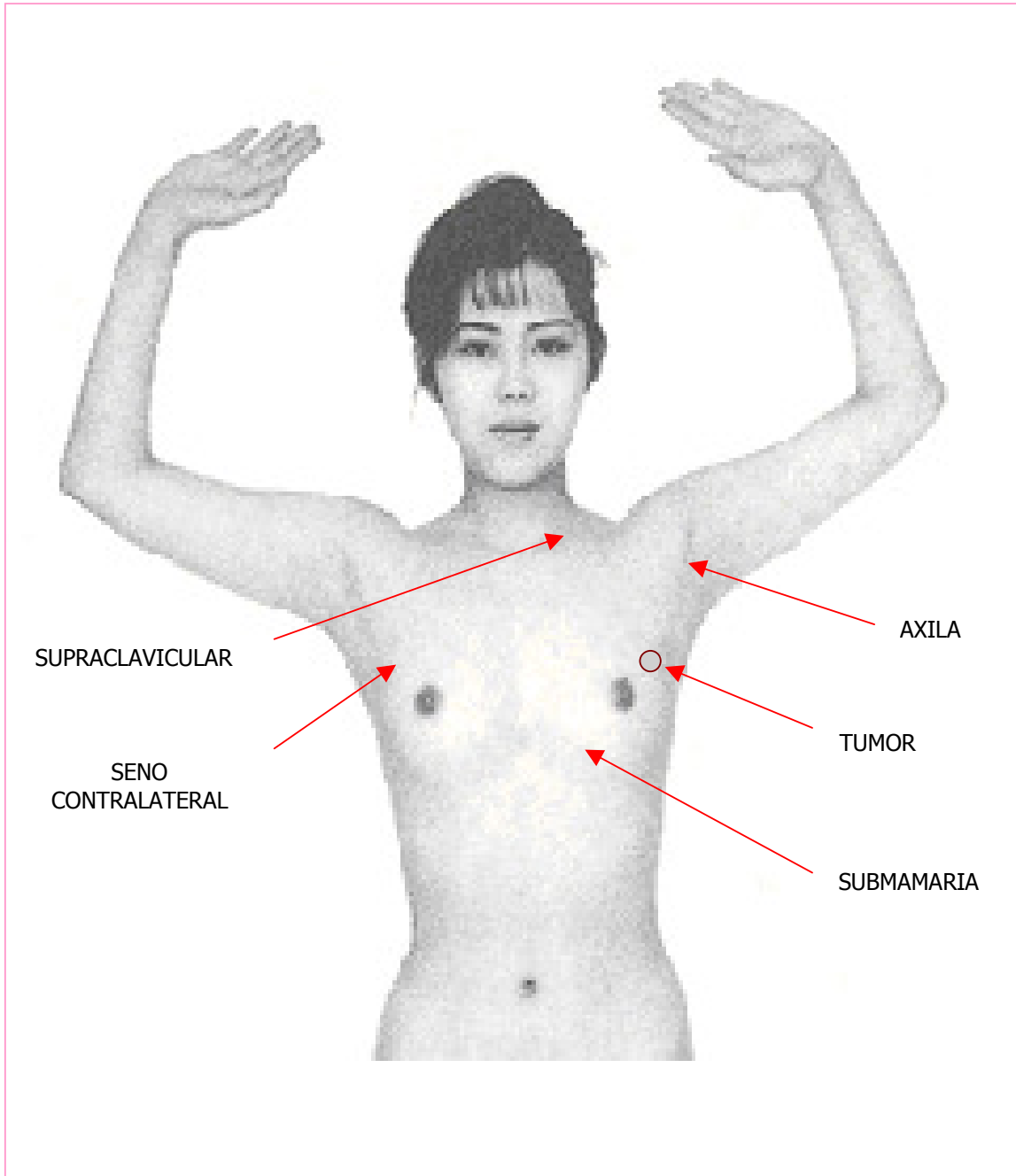
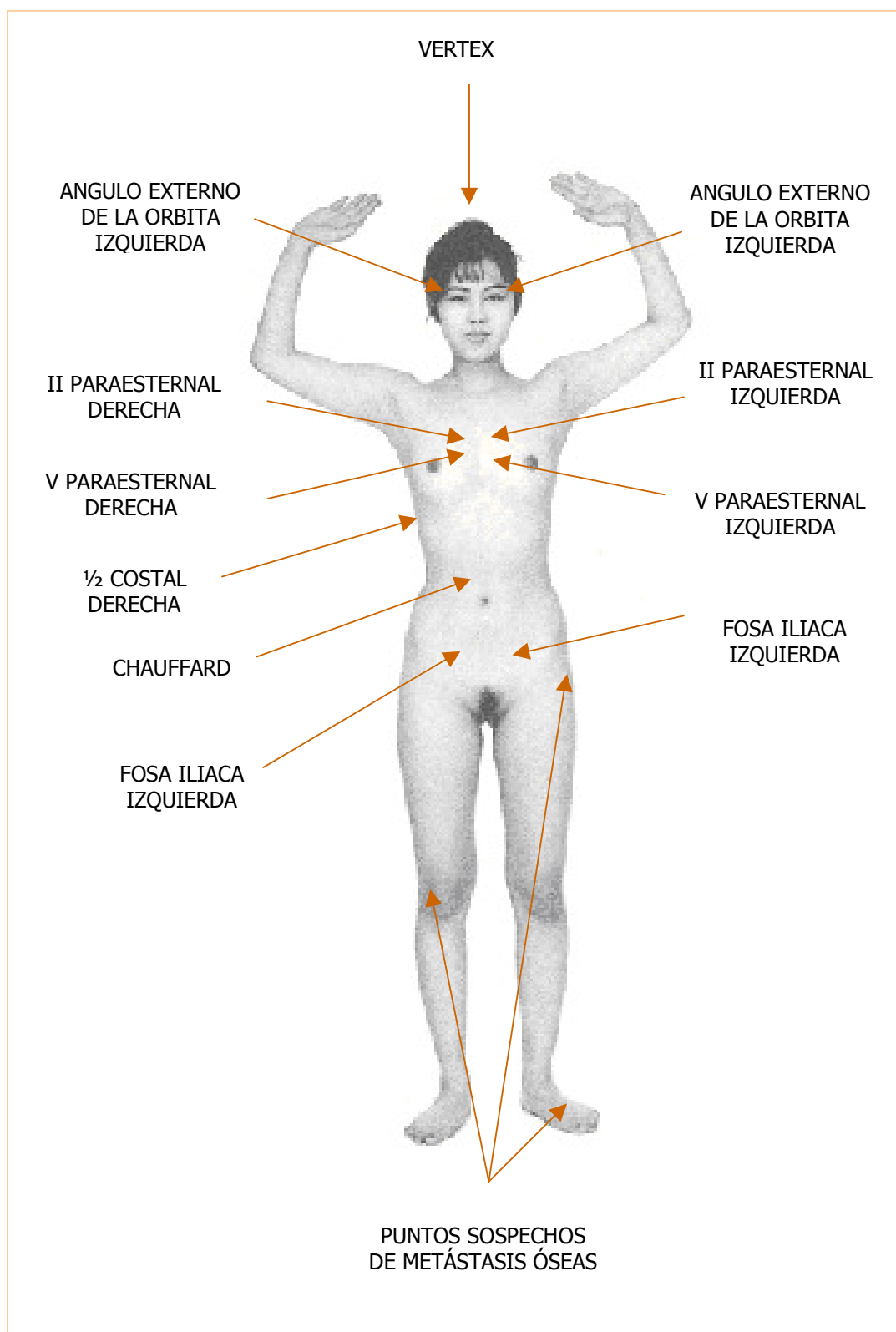

CANCER DE SENO

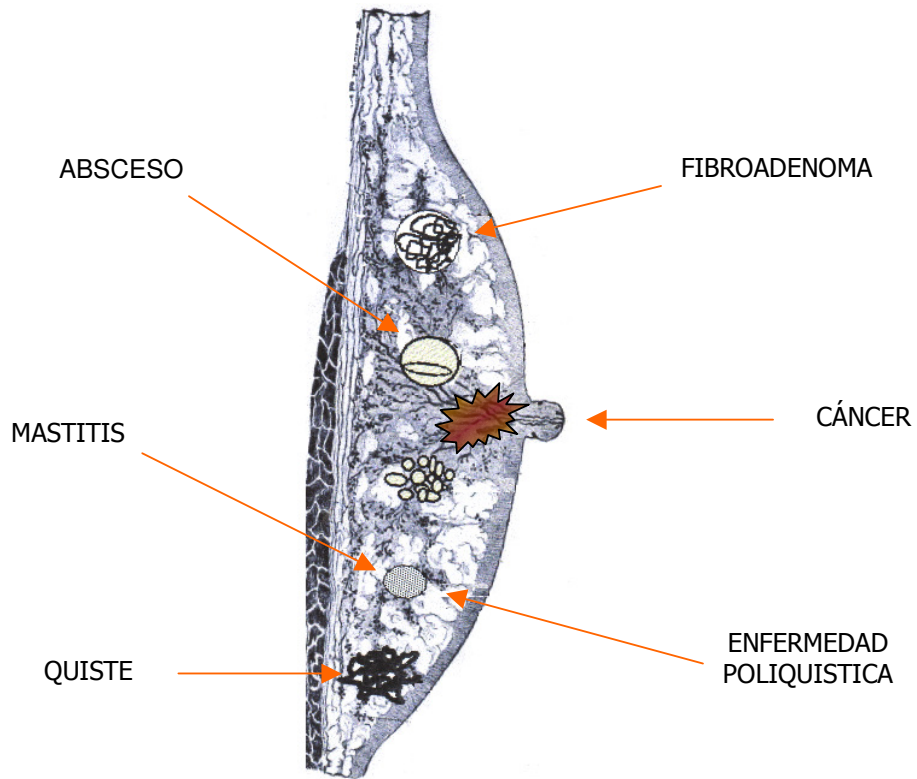
TOMAS DEL BIOTOPOGRAMA



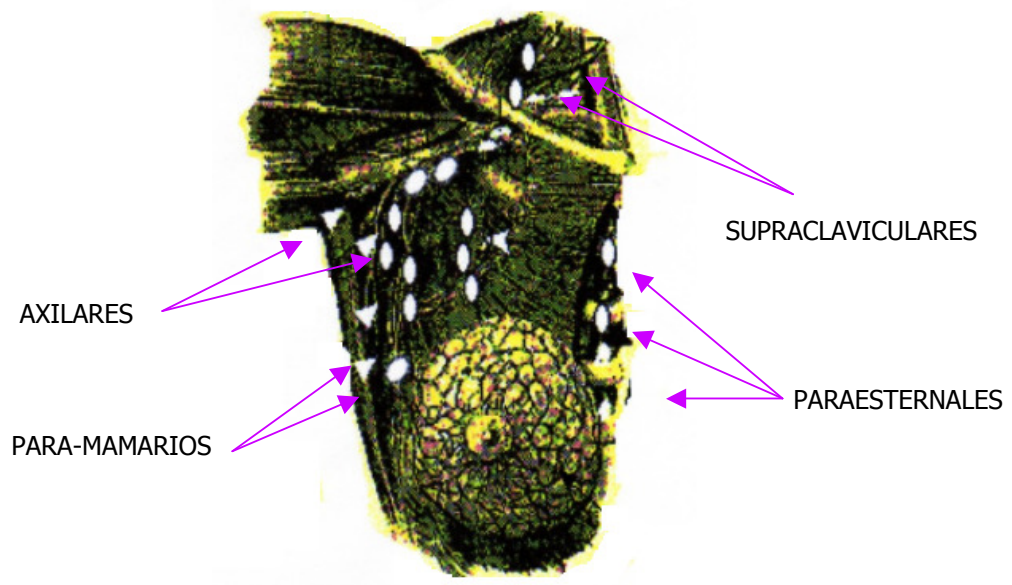
INVESTIGACIÓN METASTASIS DEL CANCER DE SENO



PATOLOGIA SENO



CADENAS DE LOS GANGLIOS DEL SENO

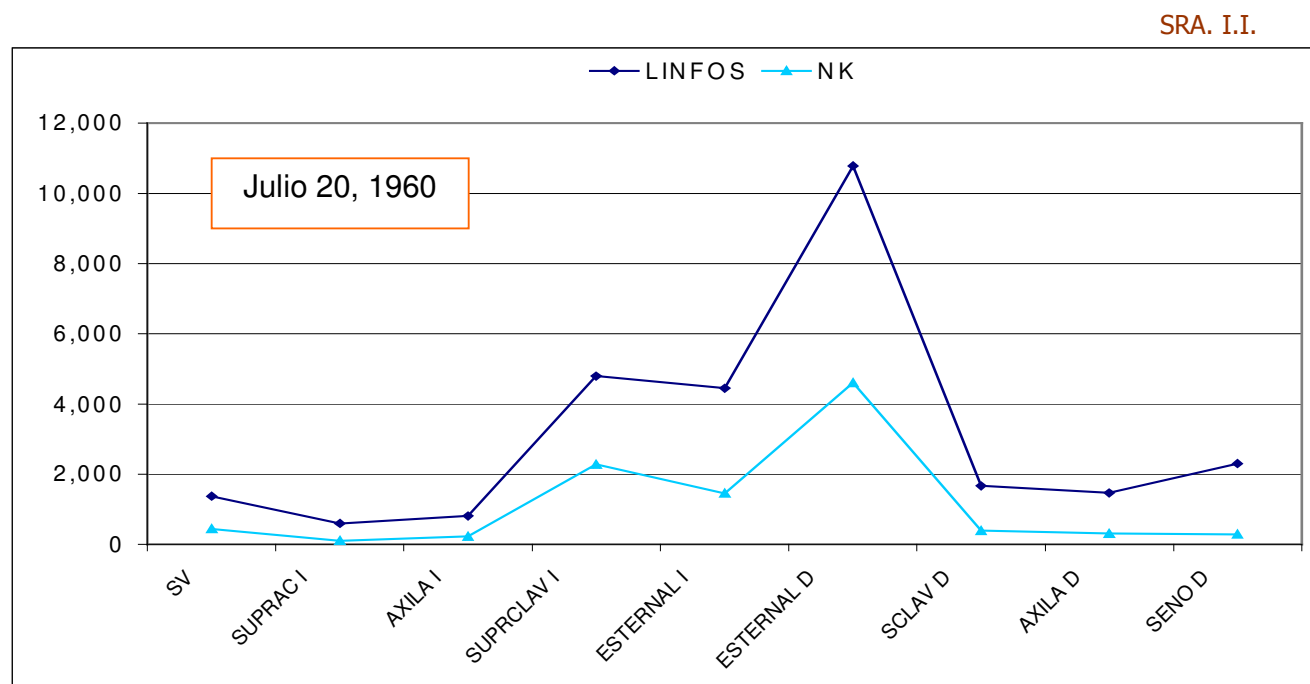


CANCER DE SENO CON POSIBLES METASTASIS EN GANGLIOS PARAESTERNALES.

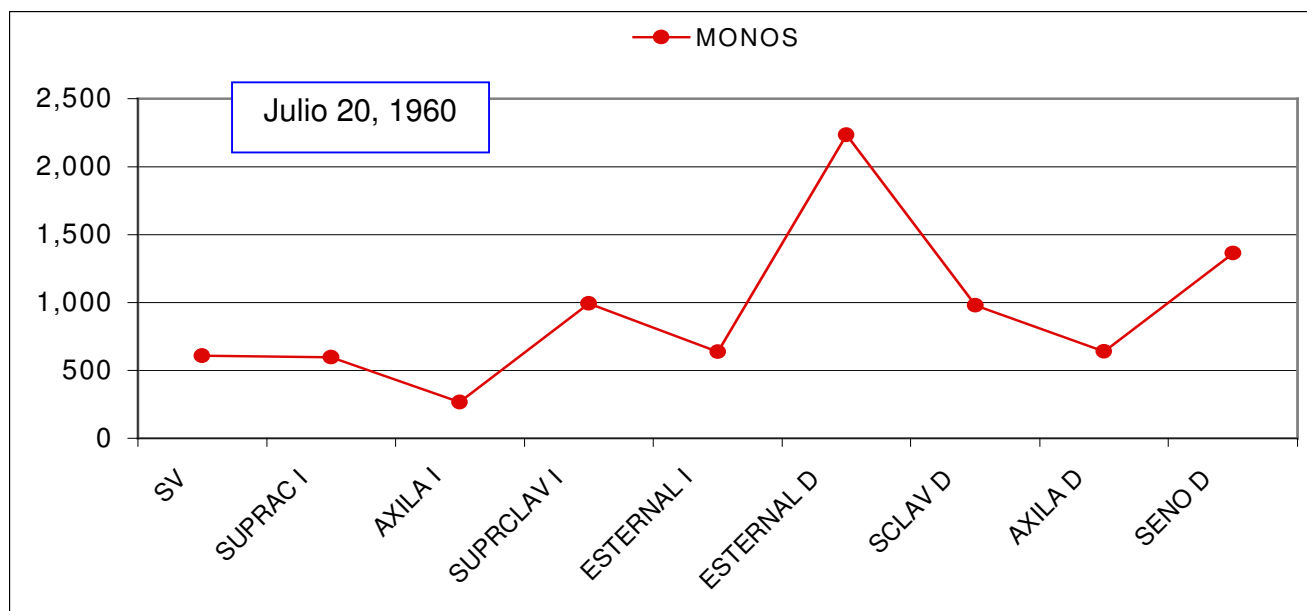
Edad 75 años. Paciente que presenta tumoración en seno derecho, del cuadrante superior externo, aproximadamente a 1.5 cm. de la areola del pezón, con un tamaño de 12 x 10 cm. de mas de 9 meses de haberse detectado con una superficie dura, bordes en pico, con infiltración en la piel ulcerada pero no adherida a capas profundas. Al cuadro se le agregaron perdida no cuantificada de peso pero evidente por el grado de pérdida de masa muscular, astenia, adinamia y anemia.

Se le practicó resección del seno y vaciamiento axilar. El diagnóstico anatomopatológico reveló carcinoma anaplásico grado IV. Recibió 8 sesiones de radioterapia de 3550 r por 2 meses. Después otra serie de 6 con 3000r con un resultado de aparente mejoría. Se hizo el estudio de la pieza el cual arrojó un diagnóstico histopatológico de carcinoma anaplásico grado 4

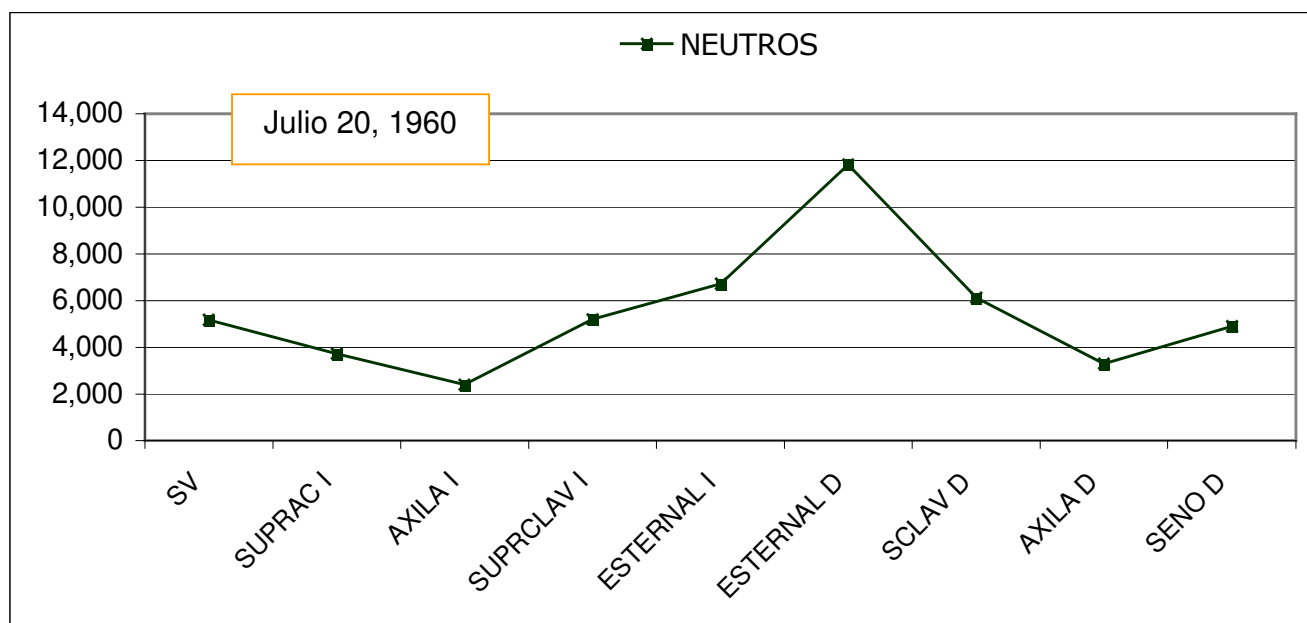
El ejemplo de este caso pone de evidencia la multiplicidad de los sitios con alteraciones positivas, resultado de la actividad cancerosa regional, no solo en el sitio tumoral primario sino que además nos permite conocer la localización de posibles metástasis.



Indicando actividad de proceso de marcha crónica, en la gráfica se aprecia en la tomas peritumorales una linfocitosis particularmente intensa en la región paraesternal derecha, la que se acompaña de marcada reacción de linfocitos N.K.

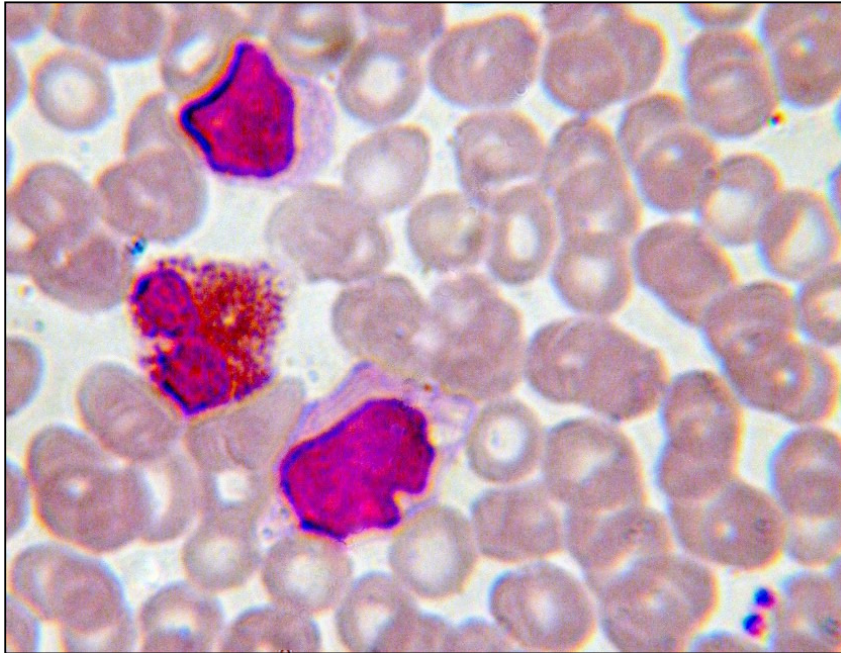


Hace contraste el número bajo de monocitos en la sangre venosa con las encontrados en la esternal derecha. La evidente monocitosis presente en la zona esternal derecha indica la posibilidad de una metástasis en ganglio paraesternales.



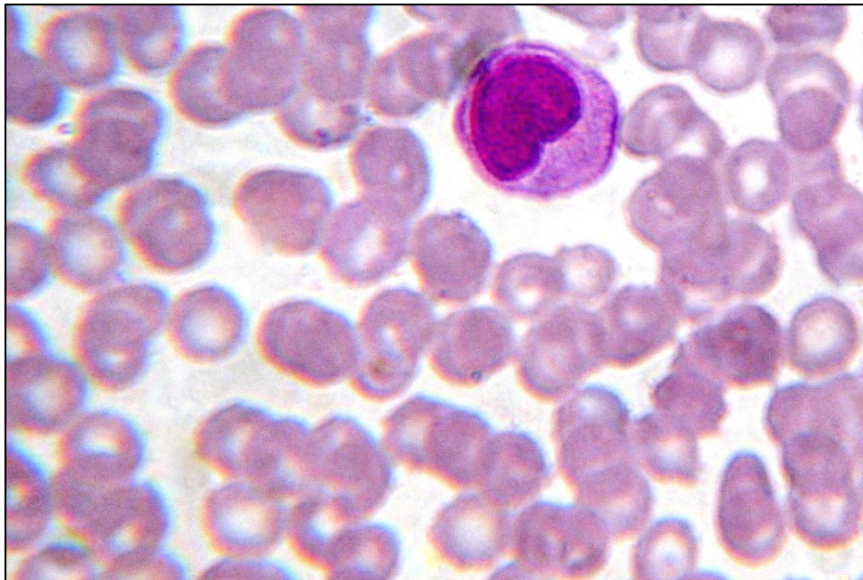
La reacción neutrófila que también existe en la zona esternal derecha indica un factor agudo sobreañadido a la posible metástasis.

SRA. I.I.



Obsérvense, en esta microfotografía, un Eosinófilo y dos monocitos reticulares en la toma de paraesternal derecha.

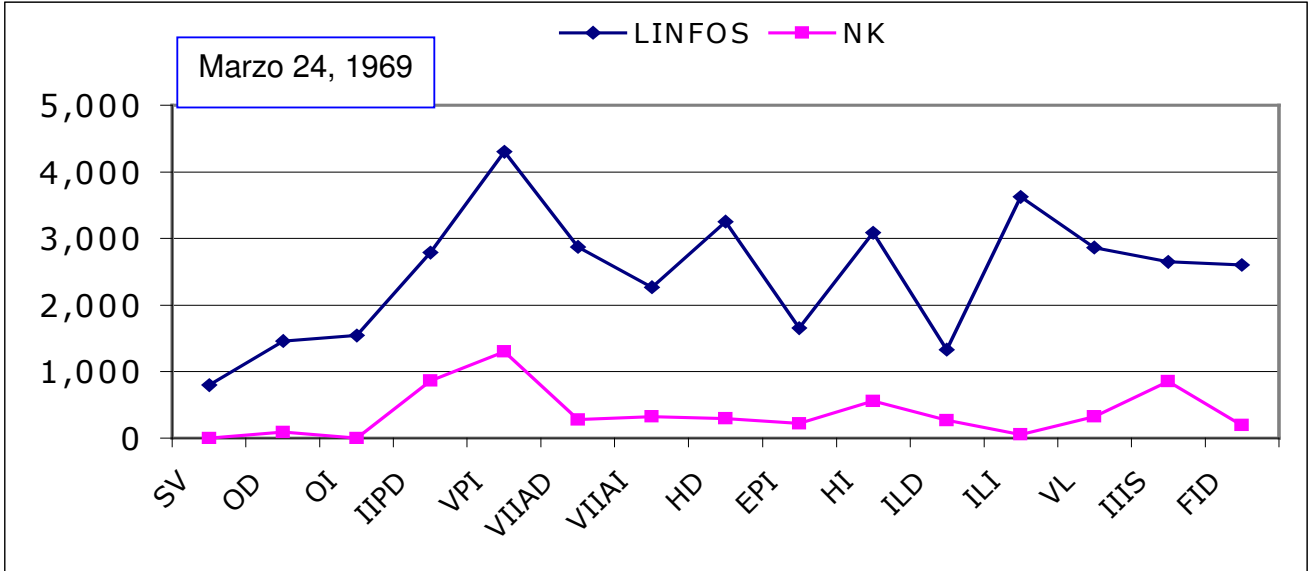
SRA. I.I.



Otro aspecto del frótis en la misma zona.

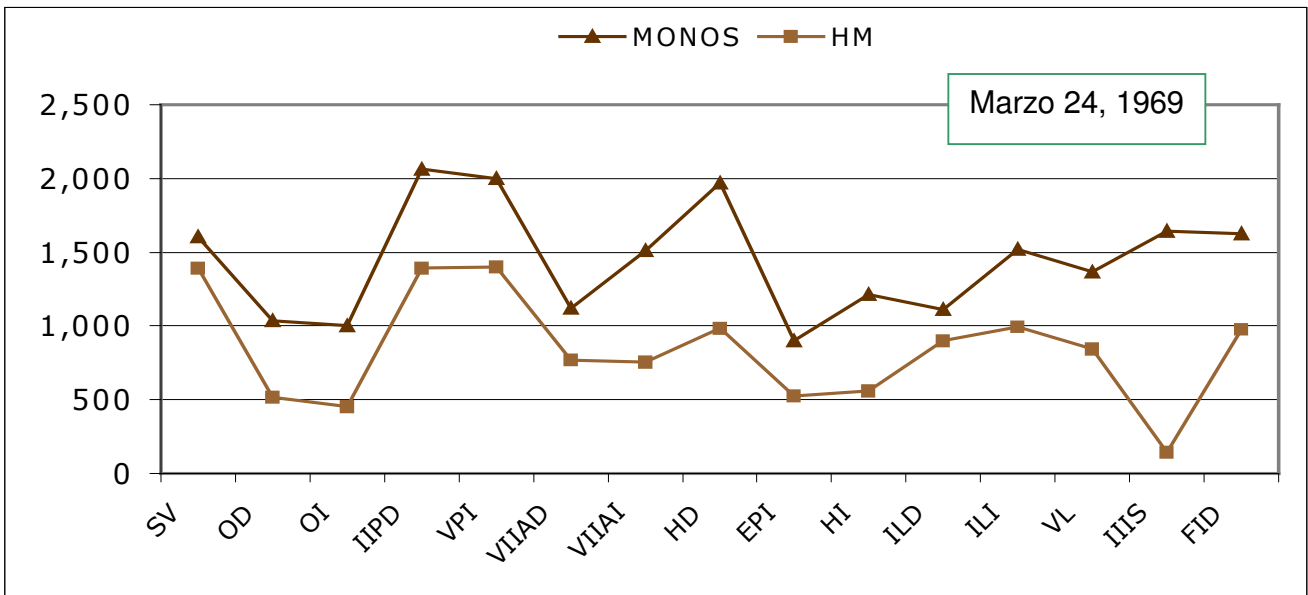
CANCER DE SENO
 PACIENTE DESPUÉS DE 5 AÑOS DE HABER SIDO MASTECTOMIZADA

SRA. A.M.

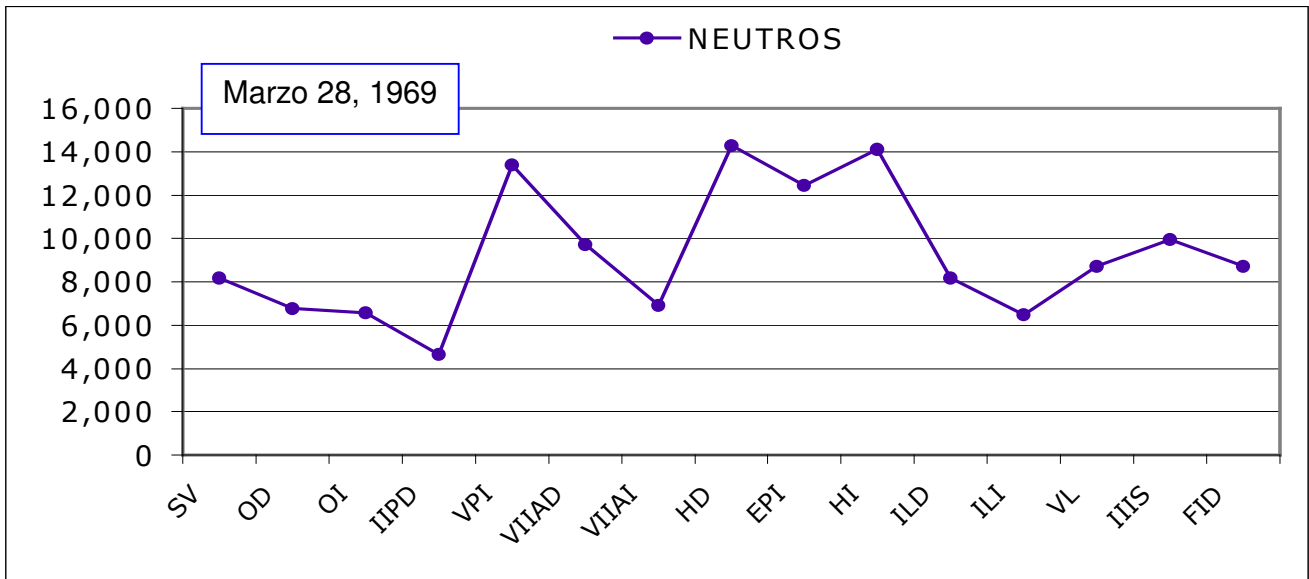


Discreta linfocitosis en la toma de V paraesternal izquierda.

SRA. A.M.

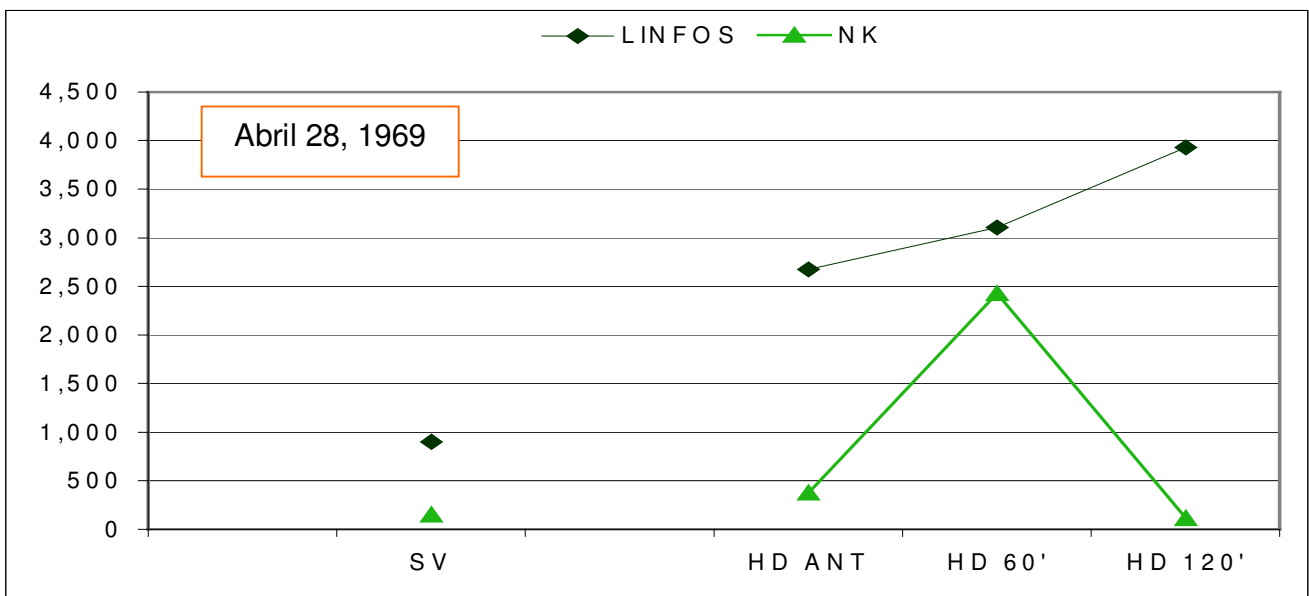


Monocitosis ligera en las tomas de II paraesternal derecha, V paraesternal izquierda e hipocondrio derecho.

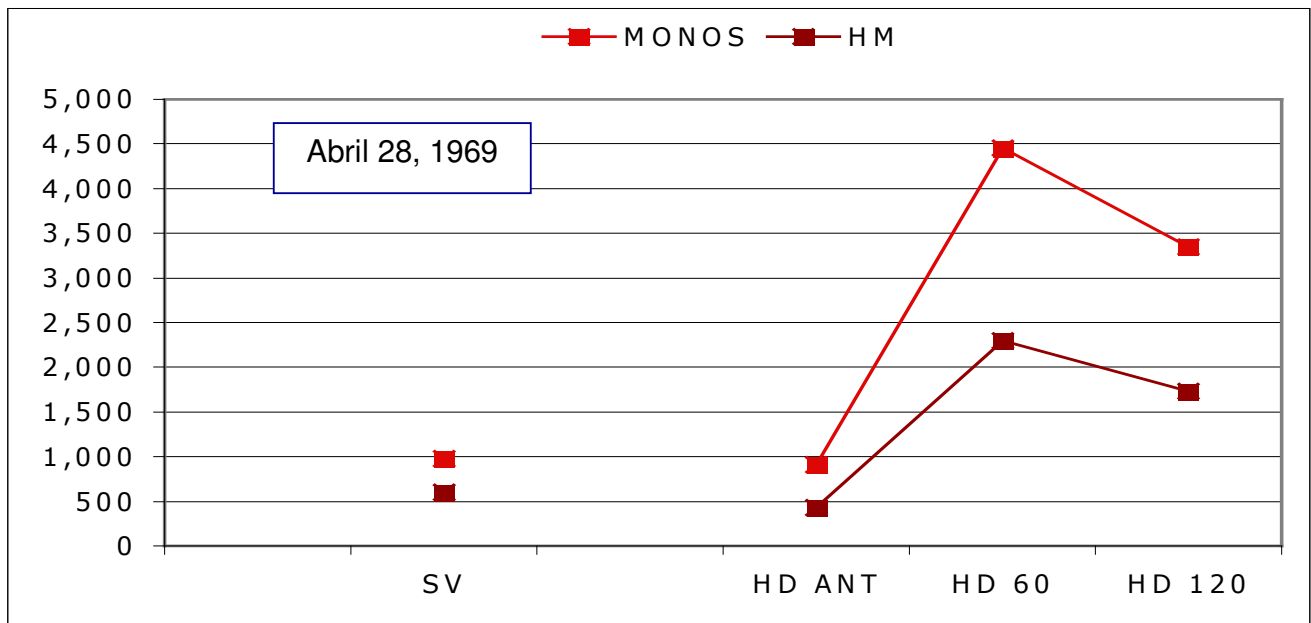


Discreta neutrofilia en la V paraesternal izquierda, hipocondrio derecho, epigastrio e hipocondrio izquierdo.

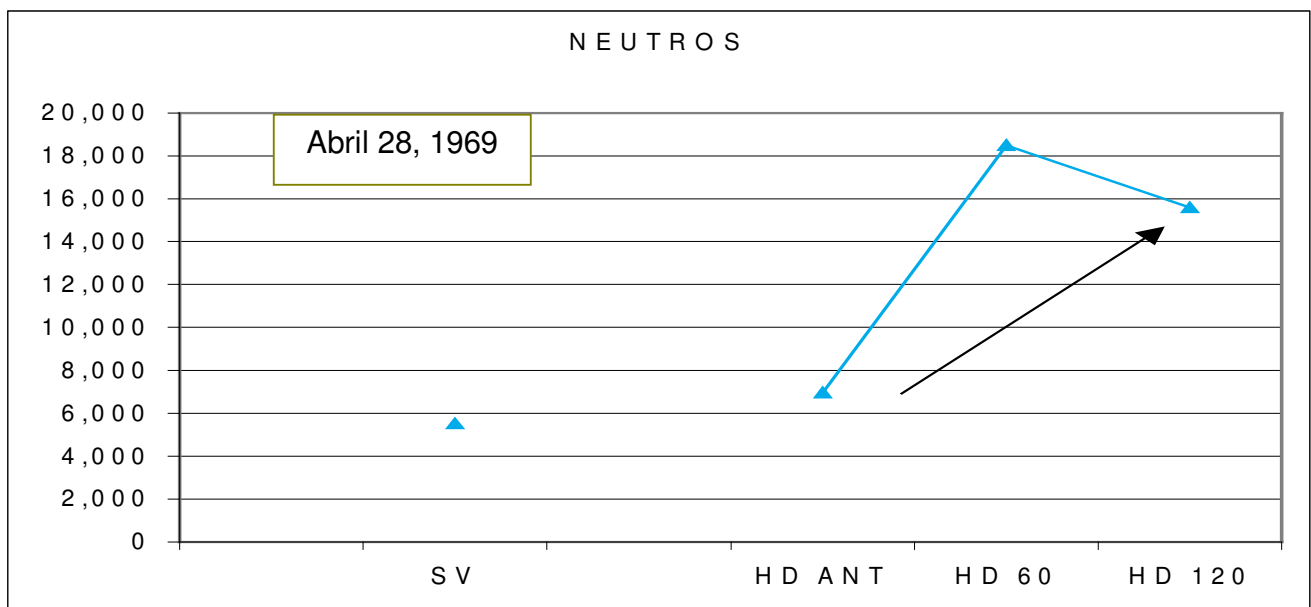
PRUEBA CON SOBRECARGA DEL MISMO CASO



El masaje sobre la tumoración del seno derecho determina un aumento progresivo de los linfocitos con incremento transitorio y muy aparente de los linfocitos N.K. en el hipocondrio derecho a las 2 horas del excitante.



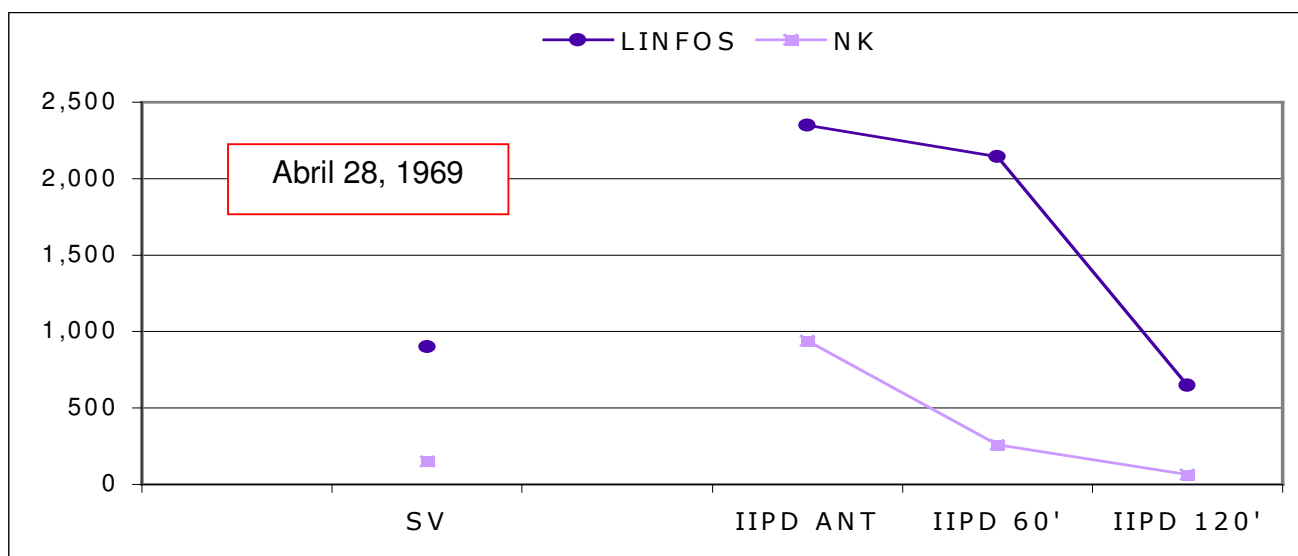
A pesar del número normal de monocitos en sangre venosa e hipocondrio derecho antes del estrés la acción de este sobre la toma de hipocondrio derecho, produce una evidente histiomonocitosis significativa de probable actividad neoformativa en el ámbito del hígado.



El masaje sobre el tumor determina un considerable aumento de neutrófilos en la zona hepática, lo cual permite precisar aún mas las condiciones patológicas de la paciente.

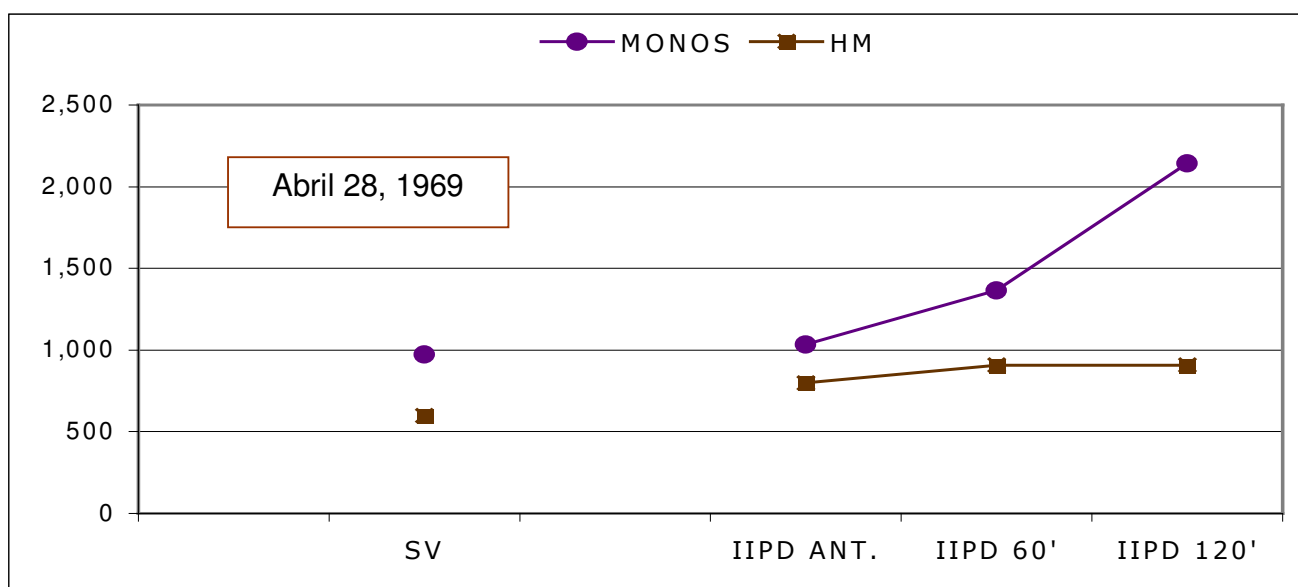
EFFECTO DEL STRESS SOBRE LA CADENA GANGLIONAR PARAESTERNAL

SRA. A.M.



Se aprecia un desplome de los linfocitos acompañado de casi desaparición de los linfocitos N.K., Indicando las malas condiciones defensivas locales y que la reacción defensiva contra el agresor ha mermado su capacidad de rechazo.

SRA. A.M.

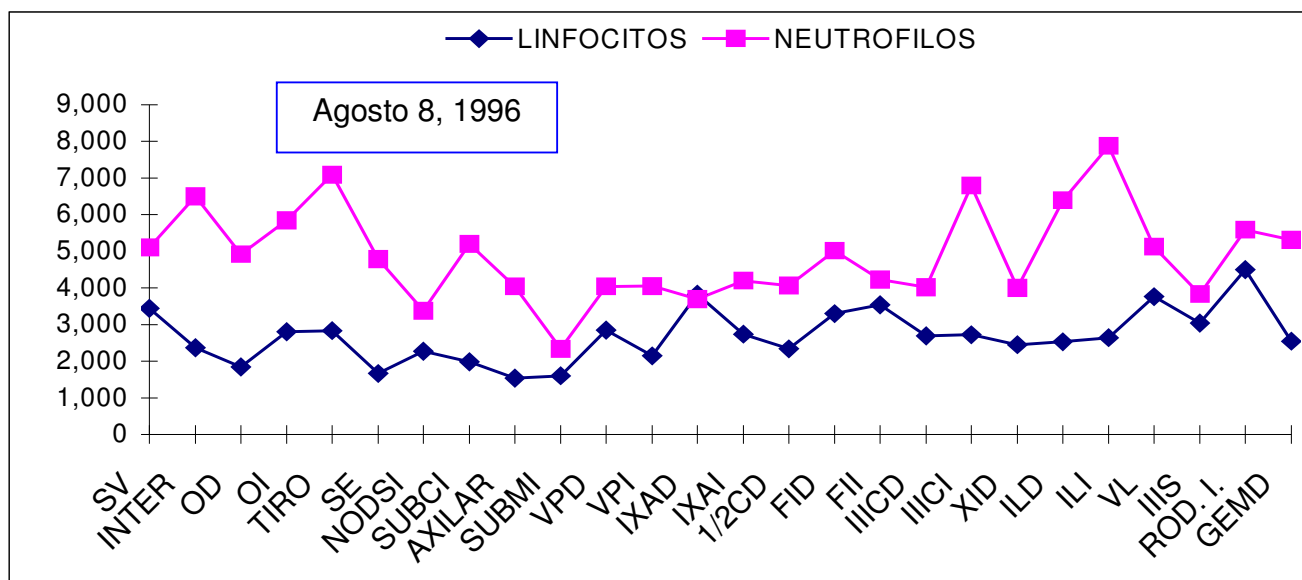


Hace muy sospechoso de reproducción del proceso tumoral la intensa reacción monocitaria sin aparición de histiomonocitosis, lo que marca la reacción defensiva que casi ha desaparecido.

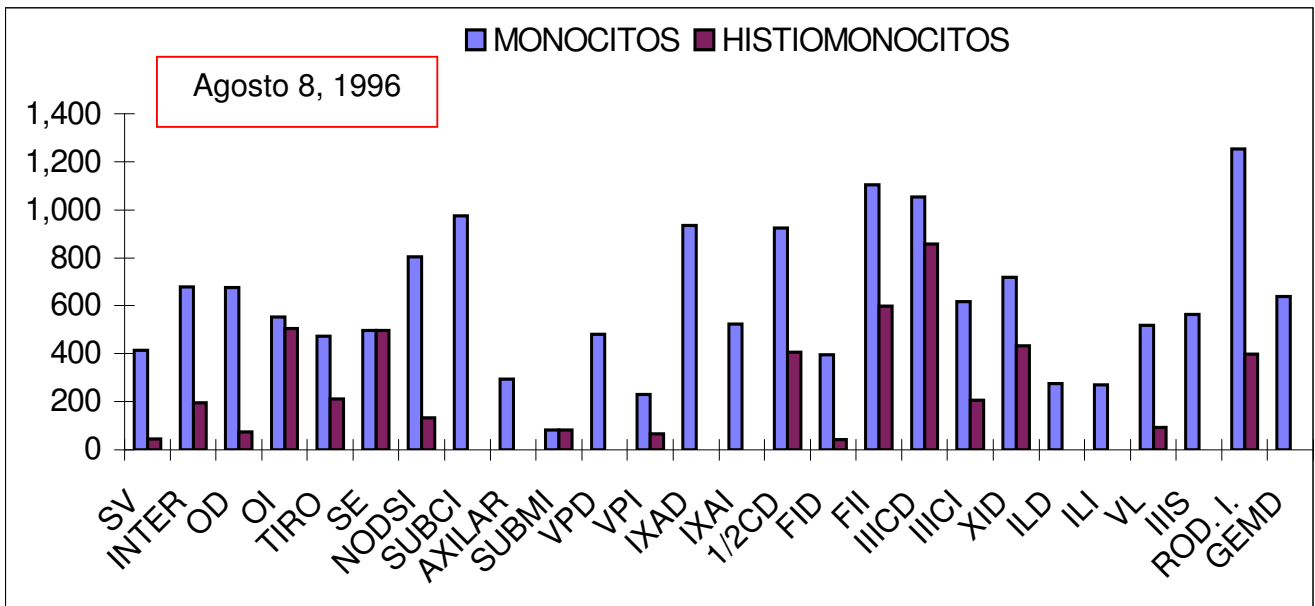
CARCINOMA SENO CON METASTASIS EN RODILLA IZQUIERDA

Paciente femenina de 47 años de edad hace 3 semanas quien presenta masa tumoral dura y no desplazable ni dolorosa en cuadrante inferior de mama izquierda. Hacía una semana presento cistitis aguda caracterizada por hematuria inicial, disuria, poliuria, nicturia, goteo terminal y tenesmo vesical, cuadro que cedió a tratamiento específico. Antecedentes familiares: Sin datos de relevancia. Antecedentes no patológicos: Dieta tipo vegetariana, no alcohol ni tabaco. Antecedentes personales patológicos: Sarampión, varicela y poliomielitis sin secuelas. de los 10 a los 12 años, claustrofobia con pérdida de conocimiento. Menarca 12 años ritmo 28X3. Control de fertilidad por 9 años. Cirugía estética de mamas sin aplicación de silicones, y liposucción de abdomen. Salpingorrafia a los 38 años de edad sin complicaciones. Refiere dolor en rodilla derecha. Alérgica a carne de cerdo. Hace 6 años diagnóstico de artritis reumatoide de vértebras cervicales, tratada con terapia neural presenta secuela de movimientos involuntarios de brazo izquierdo y rigidez de cuello. Exploración física: Paciente femenina de edad igual a la cronológica, aparentemente integra y bien conformada, marcha normal, posición libremente escogida, orientada en tiempo, lugar y persona. Boca presenta implantes metálicos en molares inferiores así como endodoncias. Faringe hiperémica. Cuello con rigidez del mismo. Tórax: En las zonas submamaria hay cicatrices antiguas de cirugía estética. Mamas péndulas y asimétricas con aumento de tamaño de la mama izquierda, en cuyo cuadrante inferior hay masa tumoral de aproximadamente 3 cm. de diámetro, dolorosa a la palpación y no desplazable. Edema local intenso en la masa tumoral. Pezón endurecido, algunos ganglios de 1 cm. de diámetro en axila izquierda. Cardiorrespiratorio sin datos patológicos. Se le practicaron 3 estudios totales en Agosto de 1996, Julio de 1997 y Abril de 2000. Murió a los 16 días del último.

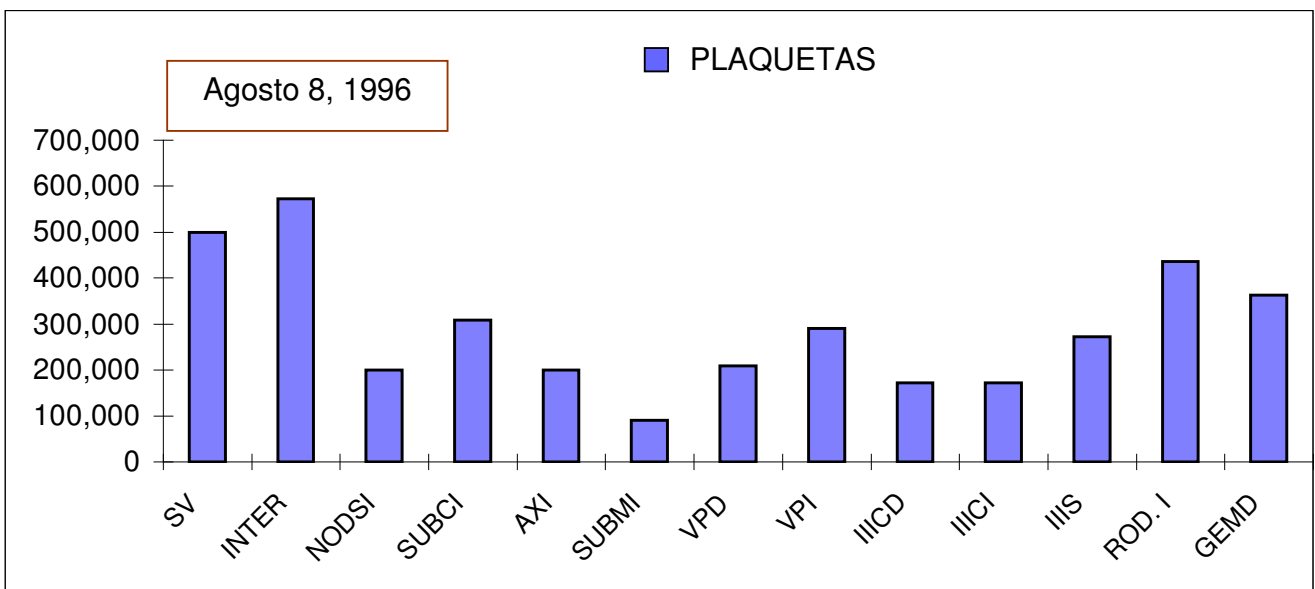
Sra. M.L.B.R.



Las variaciones encontradas en el primer estudio son de poca importancia para ambas estirpes celulares.



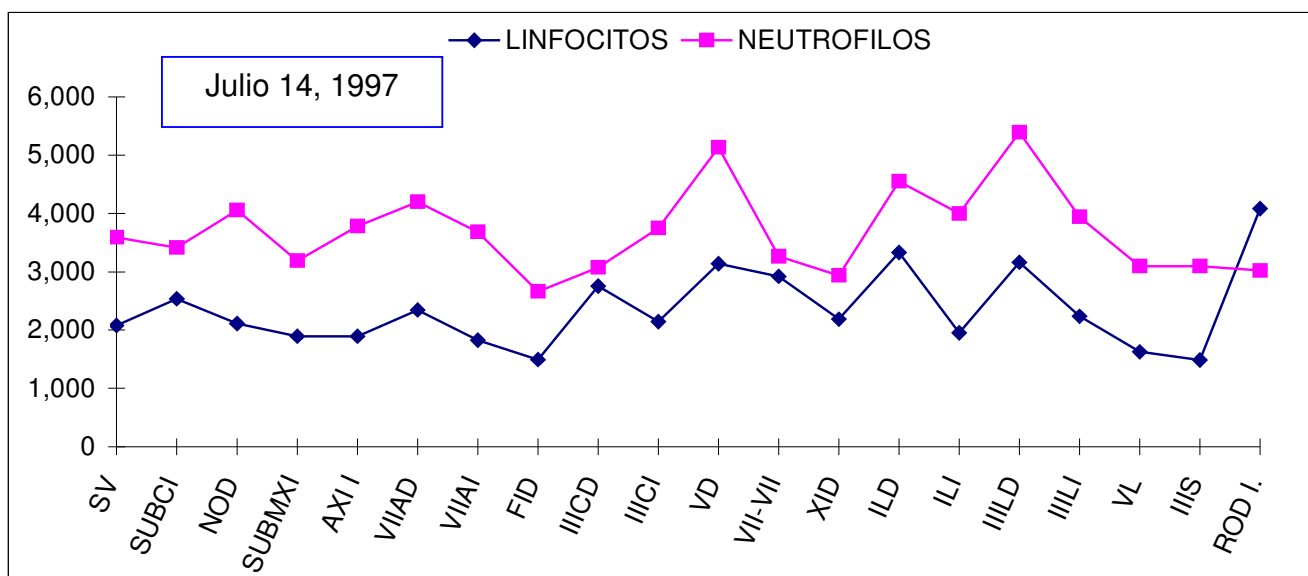
Las monocitosis mas significativas son las efectuadas en la rodilla izquierda y III cervicales, donde existen intensas respuestas de histiomonocitos; y en la zona subclavicular izquierda. Sobresale la toma de nódulo tumoral porque casi toda la población esta formada por histiomonocitos.



Hay aglutinación generalizada del número de plaquetas, lo que alcanza su máximo en la zona del tumor, axila izquierda, submamaria izquierda y III cervicales.

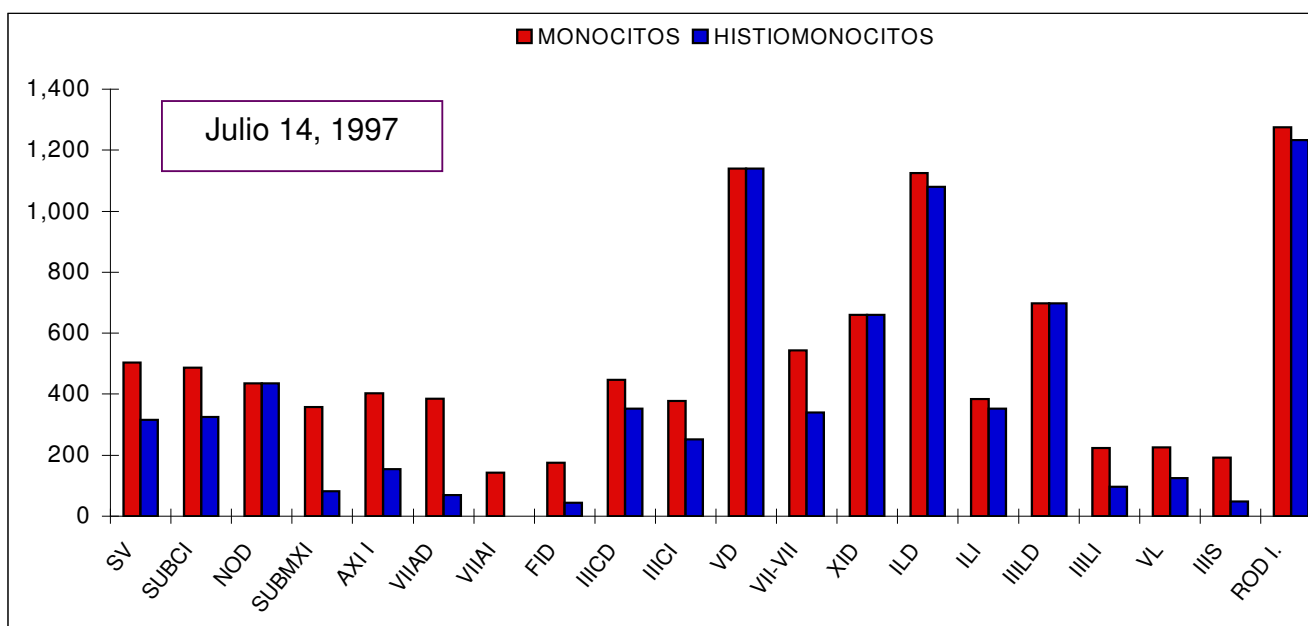
SEGUNDO ESTUDIO TOTAL

Sra. M.L.B.R.

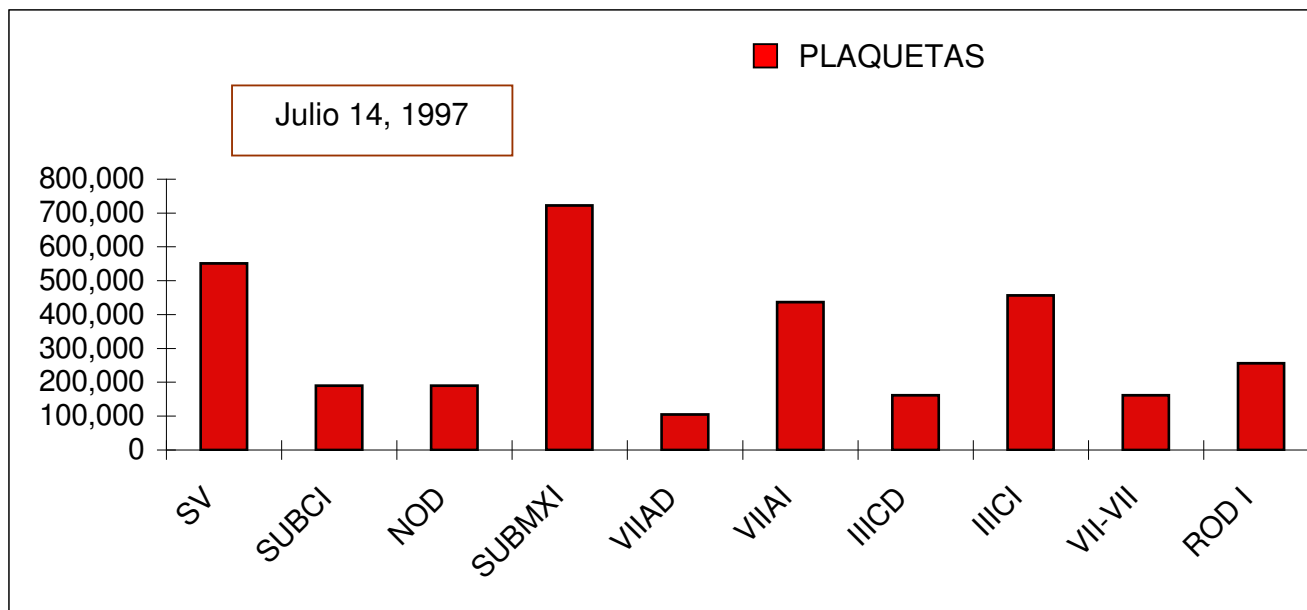


Único sitio con entrecruzamiento de linfocitos con neutrófilos en la rodilla izquierda

Sra. M.L.B.R.

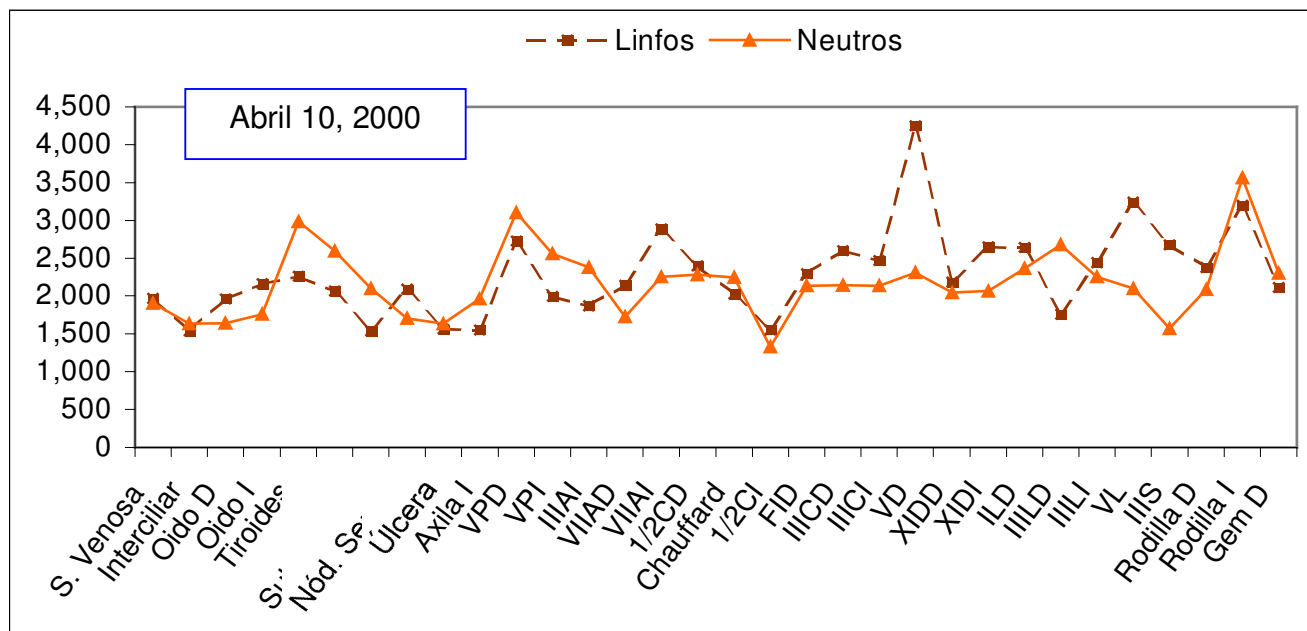


Persiste severa monocitosis en la rodilla izquierda, aparece intensa histiomonocitosis en V dorsal y I lumbar derecha, lo que indica posibilidad de metástasis principalmente en la columna vertebral y rodilla derecha.

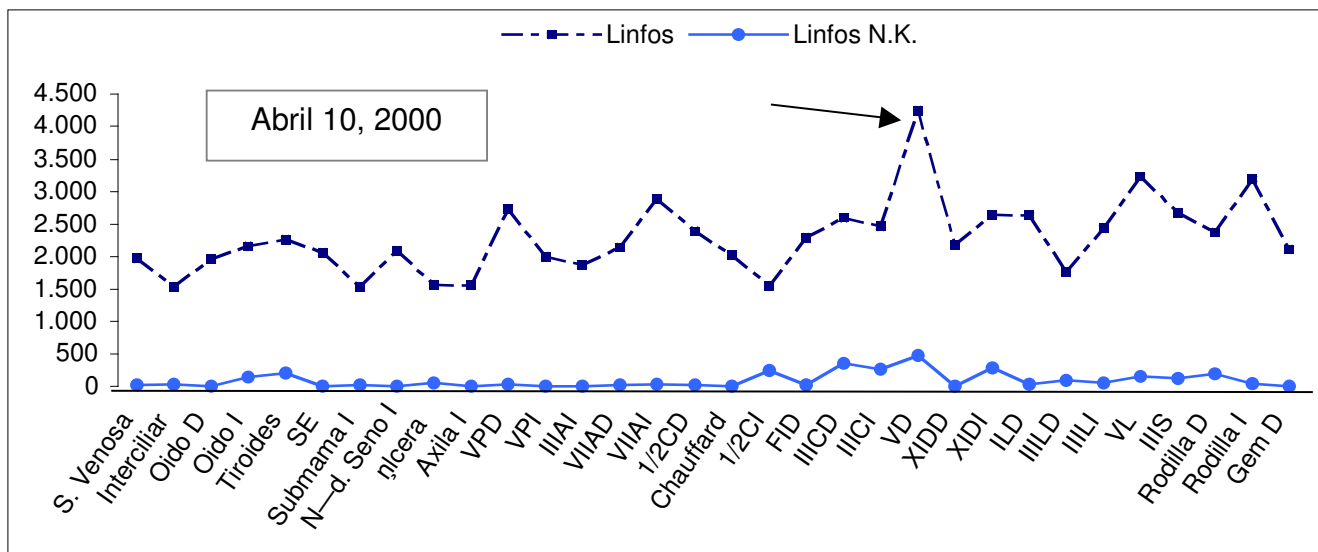


Persiste aglutinación plaquetaria en la zona subclavicular izquierda, tumor, base pulmonar derecha, III cervical derecha, VI-VII dorsal y rodilla izquierda.

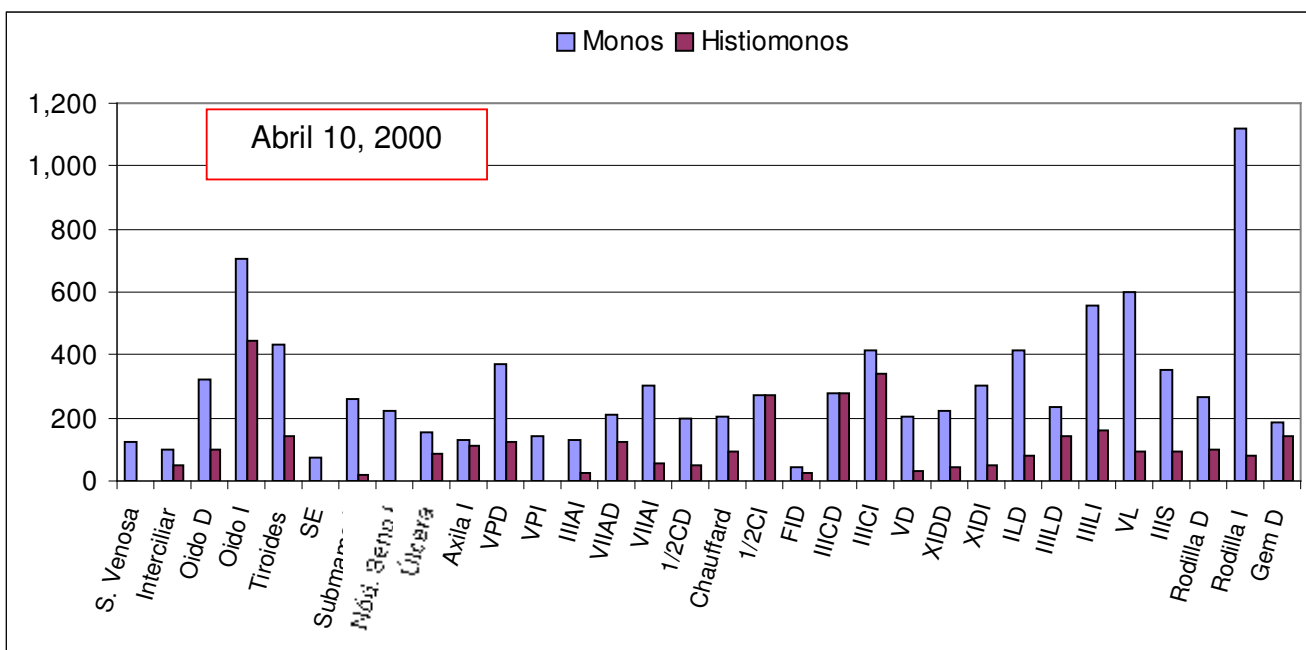
TERCER ESTUDIO TOTAL



Existe una reacción linfocitaria a nivel de la V dorsal , V lumbar y rodilla izquierda.



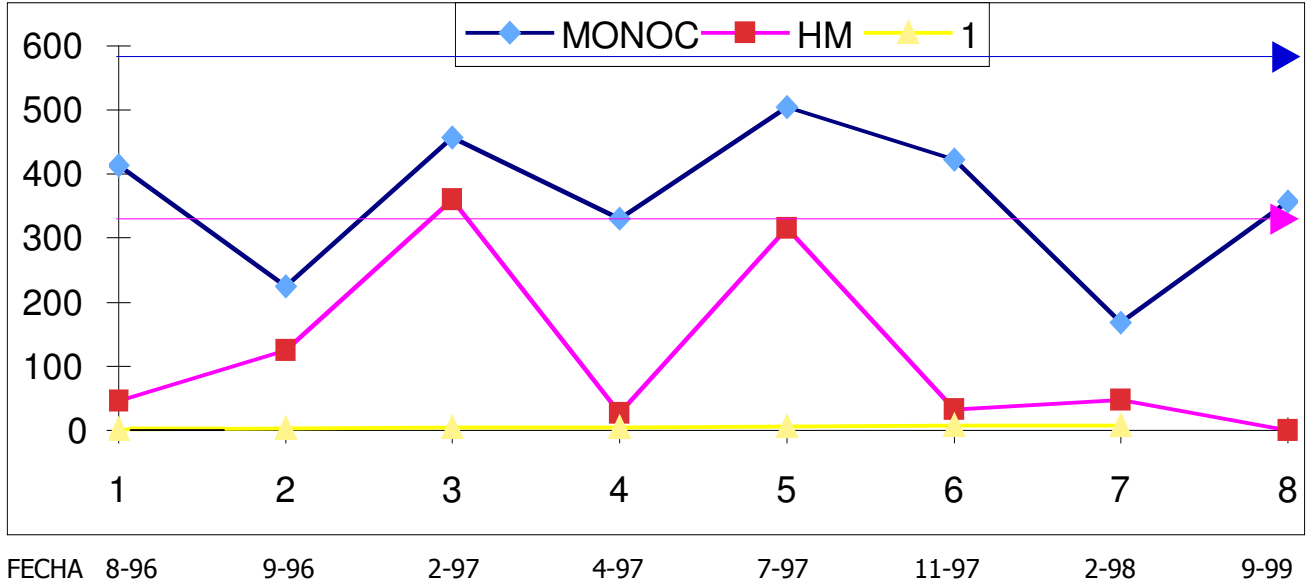
En la toma de V dorsal hay muy intensa linfocitosis lo que hace presuponer posibilidad de que a la metástasis del tumor del seno en la rodilla izquierda se agregue ataque a la columna vertebral, al pulmón y a otras estructuras del mediastino posterior.



Predomina la monocitosis en la rodilla izquierda, y sin embargo se acompaña de muy escasa reacción de histiomonocitos, lo que indica las malas condiciones defensivas.

EVOLUCION MONOCITOS E HISTIOMONOCITOS EN SANGRE VENOSA

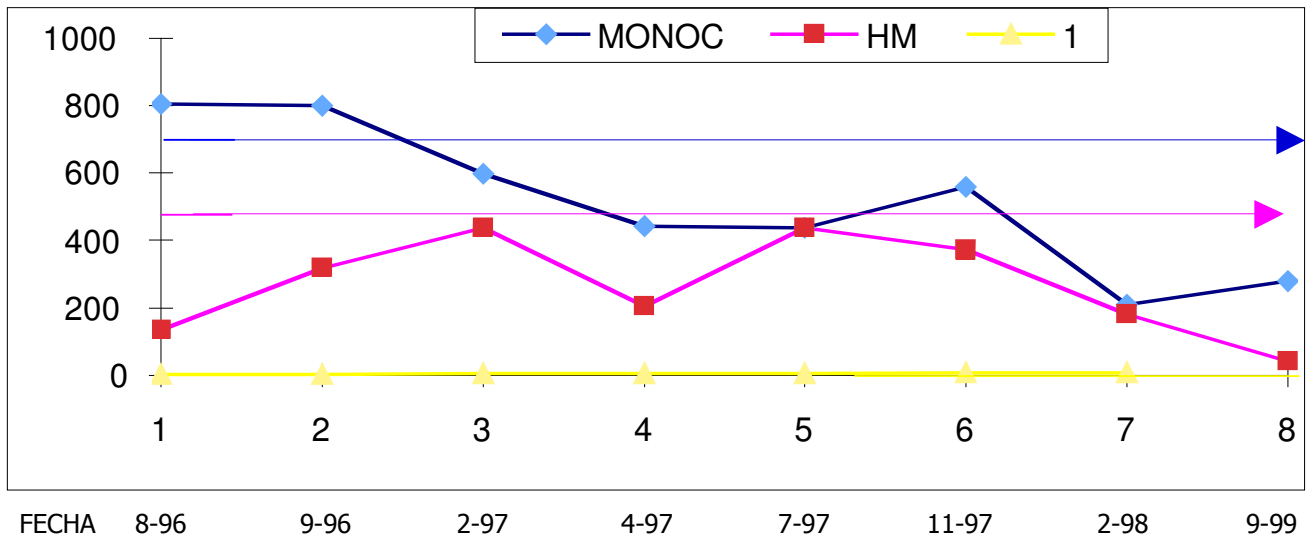
Sra. M.L.B.R.



En febrero 1997 hubo ligera reacción histiomonocitaria.

EVOLUCION MONOCITOS E HISTIOMONOCITOS EN EL NÓDULO EN MAMA IZQUIERDA

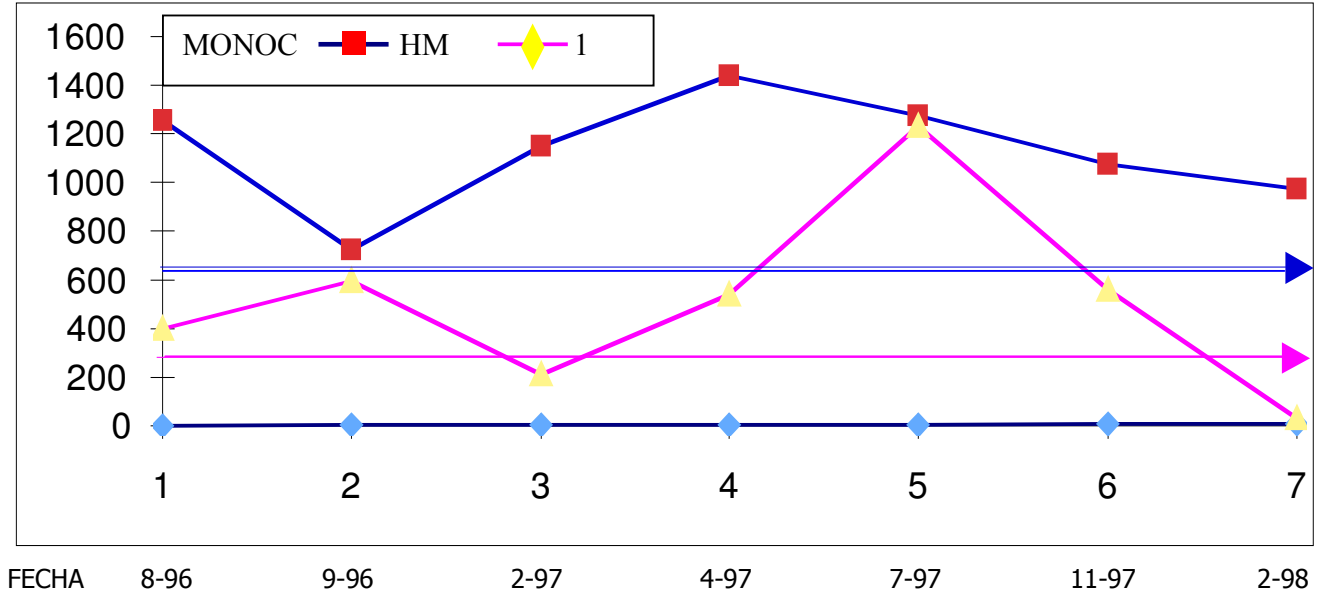
Sra. M.L.B.R.



Hay en el nódulo una progresiva disminución de monocitos con desaparición de la reacción de histiomonocitos y presencia de células anormales en el último estudio.

EVOLUCION MONOCITOS E HISTIOMONOCITOS EN LA RODILLA IZQUIERDA

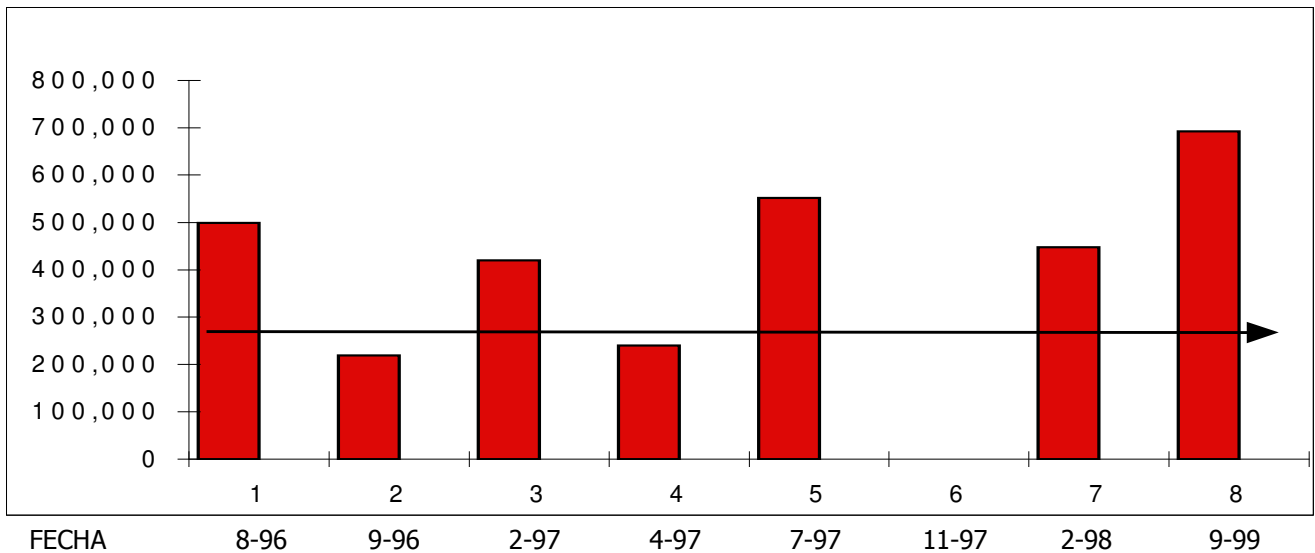
Sra. M.L.B.R.



Lo mismo sucede en la rodilla derecha en donde hay reacción histiomonocitaria y persisten escasas células tumorales.

RECUESTO DE PLAQUETAS EN SANGRE VENOSA

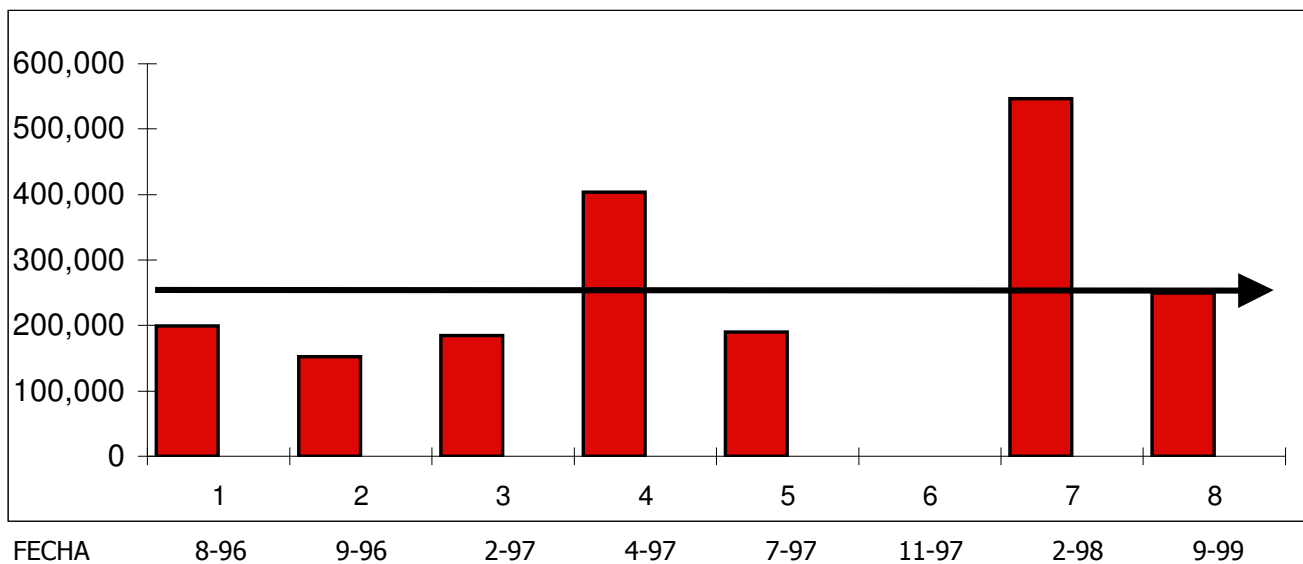
Sra. M.L.B.R.



Existe aglutinación plaquetaria más acentuada en los 4 primeros estudios, aunque en los 2 últimos exámenes permanezca elevado el número de plaquetas.

PLAQUETAS EN EL NÓDULO DE LA MAMA IZQUIERDO

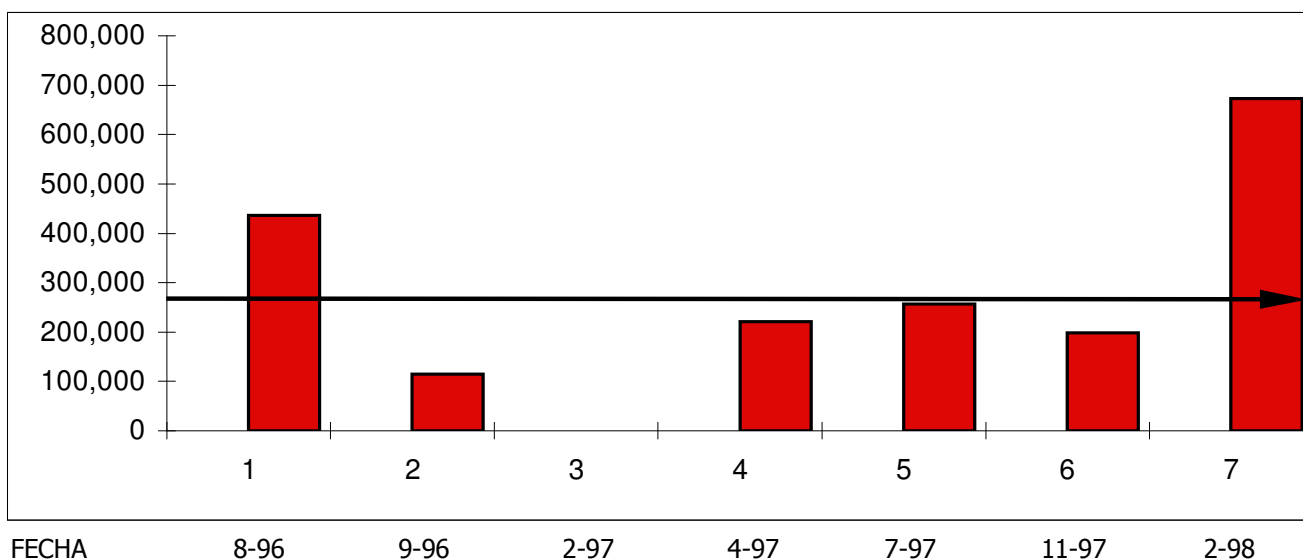
SRA. M.L.B.R.



En febrero de 1998 hay una elevación del número de plaquetas de mediana intensidad, las cuales disminuyen en el examen de septiembre.

PLAQUETAS EN EL NÓDULO DE LA RODILLA IZQUIERDA

SRA. M.L.B.R.



Solamente en el primero y último estudio se encontró elevación del número de plaquetas.