

112402

16

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.
SECRETARIA DE SALUD.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL CANCER DE MAMA EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE CANCEROLOGÍA. MÉXICO.

¡CÓMO LO HACEMOS!

TESIS.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA.

PRESENTA:

DR. MIGUEL ANGEL MONROY RAMÍREZ.

ASESORES DE TESIS.

DR. ADOLFO FUENTES ALBURO.
DRA. DIANA VILAR COMPTE.

MÉXICO. D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OCTUBRE DEL 2002.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. JOSÉ LUIS AGUILAR PONCE.
Subdirección de Educación Médica.
Instituto Nacional de Cancerología.- MÉXICO.
Secretaría de Salud.

DR. ANGEL HERRERA GOMEZ.
Subdirección de Cirugía
Instituto Nacional de Cancerología.- MÉXICO.
Secretaría de Salud.

Dr. ADOLFO FUENTES ALBUERO.
Cirujano Oncólogo adscrito al departamento de tumores mamarios.
Instituto Nacional de Cancerología.- MÉXICO.
Secretaría de Salud.

Dra. DIANA VILAR COMPTE.
Investigador Titular "A"
Departamento Infectología.
Instituto Nacional de Cancerología.- MÉXICO.
Secretaría de Salud.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
AV. SAN FERNANDO No. 22 C. # 14030
MEXICO D.F.
02 OCT 2002
SUBDIRECCION DE EDUCACION
MEDICA

TESIS CON
FALCA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS.

A MI ESPOSA MONICA.

Por su amor y comprensión. Por su compañía y su paciencia.
En fin. Por ser mi eterna COMPLICE.

A MIS PADRES.

Por su invaluable apoyo. Por su ejemplo y dedicación para permitirme ser quien SOY.

A ROCIO, FER Y FERNANDITO.

Por permitirme disfrutar de su alegría de vivir.

A MIS AMIGOS.

A MIS MAESTROS.

PERO SOBRE TODO:

A LOS PACIENTES CON CANCER.

POR DEJARME COMPARTIR SU ANGUSTIA, MIEDO, TRISTEZAS Y ALEGRÍAS.
POR PERMITIRME SER PARTE DE SU ESPERANZA Y DEJARME APRENDER DE
ELLOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE.

RESUMEN.	5
ANTECEDENTES.	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	8
HIPÓTESIS.	9
OBJETIVOS.	10
METODOLOGÍA.	11
RESULTADOS.	14
DISCUSIÓN.	16
CONCLUSIONES.	17
BIBLIOGRAFÍA.	18
ANEXOS	19

RESUMEN.

Antecedentes: desde hace más de cien años la cirugía radical se constituyó como la piedra angular del cáncer de mama. Sin embargo, en las tres últimas décadas la cirugía mamaria tiende a evolucionar hacia procedimientos mínimamente invasivos, la conservación y la reconstrucción inmediata; procedimientos que son psicológica y cosméticamente más aceptables para las pacientes. En este estudio nos dimos a la tarea de analizar el manejo quirúrgico del cáncer de mama en nuestra Institución desglosando las diferentes variables que intervienen en el mismo.(5,7)

Objetivos: Describir el manejo quirúrgico de las pacientes con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología (México) de enero a junio de 2002. Correlacionar el manejo quirúrgico con la etapa clínica. Identificar aspectos del tratamiento quirúrgico susceptibles a ser mejorados.

Metodología: estudio descriptivo, prospectivo y comparativo. Se estudiaron 204 pacientes en el periodo establecido, siendo 188 (n = 188) sujetos de estudio. El promedio de edad fue de 51 años siendo la mama izquierda la más afectada. Correspondió al 16% los estadios clínicos tempranos y 52.6% a estadios clínicos localmente avanzados. La cirugía más frecuentemente realizada fue la radical en un 96.8% y la tasa de complicaciones en un 12%.

Conclusiones: la cirugía radical es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente utilizado para el cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología. El procedimiento es el adecuado para los estadios clínicos más comúnmente tratados en la institución.

Palabras claves: Mastectomía radical. Cirugía conservadora. Cáncer de mama.

ANTECEDENTES.

HISTORIA.

Desde épocas ancestrales se ha considerado a la cirugía como piedra angular en el tratamiento de las neoplasias en general. La glándula mamaria no podía ser la excepción y ha pasado por un importante y no menos fascinante serie de sucesos que han culminado en los procedimientos quirúrgicos actuales.(4)

“ Los que no pueden recordar el pasado están condenados a repetirlo.”

George Santayana (1863 – 1952).

La referencia más antigua a cerca de un tumor de mama se documenta en el papiro de Edwin Smith descubierto en 1862 y que data de los años 3000 a 2500 a.C. Se cree fue escrito por Imhotep, el primer médico conocido. Hipócrates (460- 370 a. C.) recomendaba no manipular los tumores mamarios ocultos o profundos en vista de que su manipulación apresuraba la muerte, mientras que el omitir el tratamiento alargaba la vida. El médico y cirujano Leonidas que trabajó en la gran escuela de Alejandría en el año 180 d. C. produjo la primera descripción detallada de una mastectomía. En sus escritos hace notar la asociación común entre ganglios agrandados y cáncer de mama, su práctica de practicar la mastectomía alternando incisión y cauterización continuo casi sin cambio durante los siguientes 1500 años.(4)

El desarrollo de las técnicas anestésicas, así como el conocimiento y manejo de las enfermedades infecciosas dieron pie a la era moderna de los procedimientos quirúrgicos, y fue hacia los mil ochocientos que Joseph Pancoast en Philadelphia recomendó la resección sistemática de la mama entera para tumores de cualquier tamaño y la resección de los ganglios linfáticos cuando estuvieren afectados clínicamente. Su publicación representó la primera descripción de una exéresis en bloque.(3,4,5,17)

La evolución de una operación estandarizada, eficaz y ampliamente aceptada para el tratamiento de carcinoma de mama culminó principalmente con los esfuerzos de William Stewart Halsted. Halsted efectuó primeramente su operación completa en Nueva York en 1894 usándola en casi todos los casos de carcinoma de mama. La mastectomía se hizo conocida con el nombre de mastectomía radical. Fue con esta cirugía que se empezó a describir de manera contundente algunos casos de curación al cáncer de mama.(11,20)

En 1948 con la publicación de su técnica de mastectomía radical modificada D. H Patey y W. H. Dyson iniciaron un cambio revolucionario en el manejo quirúrgico del carcinoma mamario. Ellos comenzaron en base a observaciones científicas sustentadas y comprobadas,

cambios que llevarían a cirugías menos radicales para el tratamiento del cáncer de mama proponiendo la preservación del pectoral mayor y de estructuras nerviosas y vasculares que disminuían la morbilidad de los procedimientos, estos sin alterar la supervivencia de las pacientes.(9,10,16,19)

El advenimiento de la radioterapia y la plena justificación de su uso y beneficio en las pacientes con cáncer de mama marcó un hecho importante que alentó a los cirujanos a realizar procedimientos menos radicales.(6,21,18)

Hacia 1900 Hugh Auchincloss preservó ambos pectorales disecando solo los niveles bajos de la axila, radiando las áreas ganglionares solo si estos niveles resultaban histológicamente positivos. En 1958 Madden en Nueva York comenzó a realizar la mastectomía radical modificada extirpando la musculatura de la pared torácica solo cuando ocurría la invasión directa y no utilizando radioterapia ni quimioterapia de rutina, el autor resecaba la fascia del pectoral mayor y realizaba la disección axilar en bloque de los tres niveles respetando ambos músculos pectorales y aplicaba sistemáticamente drenajes bajo los colgajos de piel. Cuando la validez de los tratamientos locales menos amplios quedó establecida en las décadas de 1950 y 1960, parecía razonable postular que la extirpación del tumor podía ser tan eficaz como la mastectomía. En 1943 Adair publicó una serie pequeña de pacientes que habían recibido escisión local de la tumoración más radioterapia con resultados favorables dando lugar al inicio de la era de la cirugía conservadora.(1,2,13,14,21)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Desde hace mas de cien años cuando en 1894 Halsted describió su técnica de mastectomía radical, la cirugía radical se constituyó como la piedra angular del tratamiento del cáncer de mama. Sin embargo, en las tres últimas décadas con el desarrollo de nuevas y novedosas técnicas diagnósticas, el avance en la Oncología Médica y la Radio-Oncología, así como un mayor conocimiento de la fisiopatología y biología tumoral, la cirugía oncológica mamaria tiende a evolucionar hacia procedimientos minimamente invasivos, la conservación y la reconstrucción inmediata; procedimientos que son psicológica y cosméticamente más aceptables para las pacientes.(8,12,13,3,)

En el Instituto Nacional de Cancerología, un centro de concentración y de manejo masivo de tumores mamarios, en donde los estadios localmente avanzados ocupan la mayor parte de los casos, pareciera difícil adoptar las tendencias quirúrgicas actuales en el ámbito mundial; por lo que en este estudio nos dimos a la tarea de analizar de manera prospectiva el manejo quirúrgico del cáncer de mama en nuestra institución, desglosando las diferentes variables que intervienen en el mismo.

HIPÓTESIS.

El manejo quirúrgico del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología es radical apegado a los lineamientos clásicos y universalmente aceptados, siendo susceptible de adecuarse a las tendencias quirúrgicas de vanguardia.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

OBJETIVOS.

- Describir el manejo quirúrgico de las pacientes con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología (México) entre enero y junio del 2002.

- Correlacionar el manejo quirúrgico con la etapa clínica.

- Identificar aspectos del tratamiento quirúrgico susceptibles a ser mejorados.

METODOLOGÍA.

- Diseño: estudio prospectivo, descriptivo y comparativo.
- Criterios de inclusión: todas los pacientes programados a cirugía por Cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología (México) entre enero y junio del 2002.
- Criterios de exclusión:
 - + Diagnóstico histopatológico de Sarcoma, T. Phylloides, o patología no oncológica.
 - + Pacientes que abandonaron el Instituto antes de 2 meses de seguimiento.
 - + Pacientes en quienes se realizó determinación de ganglio centinela como única modalidad de manejo de axila.
- Descripción:

Se realizó una hoja de recolección de datos con las variables a analizar, registrándolas de manera prospectiva desde el primero de enero del 2002 hasta el 30 de junio del mismo año (6 meses). Los casos susceptibles de estudio se ingresaron a una hoja de cálculo para realizar los estudios requeridos para obtener resultados.
- Definiciones operativas.
 - Mastectomía radical Halsted. Escisión en bloque de huso de piel con el tejido mamario, ambos músculos pectorales y disección ganglionar axilar de los tres niveles.
 - Mastectomía radical modificada Patey. Escisión en bloque de huso de piel con el tejido mamario, preservación del músculo pectoral mayor, resección del músculo pectoral menor junto con disección axilar de los tres niveles.
 - Mastectomía radical modificada Madden. Escisión en bloque de huso de piel, tejido mamario y los tres niveles axilares con preservación de los músculos pectorales.
 - Mastectomía radical modificada Auchincloss. Escisión en bloque de huso de piel, tejido mamario y niveles I y II de la axila, con preservación de ambos pectorales.

- Mastectomía total (simple). Escisión de huso de piel con el tejido mamario y muestreo de tejido ganglionar axilar bajo, con preservación de ambos músculos pectorales.
- Cirugía conservadora. Serie de procedimientos cuyo principal objetivo es la remoción completa del tumor con márgenes adecuados de tejido sano y tratando de mantener un resultado estético aceptable. Los procedimientos más utilizados son la cuadrantectomía o segmentectomía, que involucra la piel de la zona tratada y la escisión amplia del tumor o lumpectomía que disecciona colgajos de piel para preservar la mayor cantidad de tejido posible.
- Axila. Espacio piramidal que tiene un vértice, una base y cuatro paredes. Vértice es la unión de la clavícula, el borde superior de la escápula y la primera costilla. La base es la aponeurosis axilar por debajo de la piel en la fosa axilar. La pared anterior la forman el pectoral mayor, el pectoral menor, el subclavio y la aponeurosis clavi-pectoral. La pared posterior está formada por la escápula y los músculos subescapular, dorsal ancho y redondo mayor. La pared medial es la pared del tórax y el músculo serrato anterior. La pared lateral está formada por el surco bicipital y el húmero (Fig. 1.1).
- Niveles ganglionares. Se considera que el drenaje linfático de la mama está constituido principalmente por las cadenas ganglionares localizadas en la axila. Se han descrito seis grupos ganglionares axilares con un promedio de 35.3 ganglios en total. Para fines prácticos en este trabajo se utilizará la clasificación ganglionar de la axila por niveles, la cual toma al músculo pectoral menor como referencia. Siendo el nivel I aquellos ganglios localizados por fuera del borde externo del pectoral menor teniendo en promedio 18 ganglios. El nivel II se encuentra por detrás del pectoral menor teniendo en promedio 10 ganglios y el nivel III se encuentra medial al borde interno del pectoral menor y ventral a la parte media de la vena axilar con un promedio de 3.5 ganglios. (Fig. 1.2)(15,19,6)

- Variables de estudio.

Edad.	Cirugía realizada.
Mama afectada.	Reconstrucción.
Etapa clínica.	Cirujano.
TNM.	Tiempo quirúrgico
Diagnóstico histopatológico inicial.	Reporte histopatológico definitivo.
Forma de obtención de la muestra.	SBR.
Tratamiento inicial.	Receptores hormonales.
Ganglios axilares por nivel	Ganglios axilares totales.
TNMp	Tipo de drenaje.
Días de drenaje.	Complicaciones quirúrgicas
Reintervención.	Comentarios.

- Análisis Estadístico.

Al ser este un estudio prospectivo y descriptivo el análisis estadístico se realizó expresando las cifras de manera porcentual en tablas y gráficos comparativos. Se utilizó el programa estadístico de STATA para los cálculos de variables como desviación estándar, P y significancia estadística. La base de datos se registro en Excel así como en PARADOX 9 con lo que se completó el estudio.

RESULTADOS.

Entre el periodo comprendido del primero de enero al 30 de junio del 2002 se programaron a tratamiento quirúrgico por cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología 204 pacientes, siendo estos nuestro universo de trabajo.

Se excluyeron seis pacientes con reporte histopatológico transoperatorio de benignidad; dos pacientes con diagnóstico de sarcoma de alto grado; tres con diagnóstico de tumor filoides y uno por mastitis granulomatosa, a quien se le realizó mastectomía de limpieza. Tres pacientes solicitaron su alta voluntaria antes de cumplir dos meses de seguimiento tras la cirugía, por lo que también fueron excluidos. En total se excluyeron dieciséis pacientes.

De los 188 pacientes motivo de nuestro estudio el 99.6% (187) eran del sexo femenino y el 0.4% (1) del sexo masculino.

El promedio de edad fue de 51 años, se agruparon en rangos de edad siendo éstos: 1. menores de 40 años (premenopáusicas), 2. de 40 a 50 años (perimenopáusicas) y 3. mayores de 50 años (postmenopáusicas).

El seno más afectado fue el izquierdo (99 vs. 86) y en tres casos la patología fue bilateral (1.6%). Situación que se ilustra en el anexo 1.

La frecuencia por etapas clínicas se ilustra en el anexo 2, registrándose 32 casos en estadios tempranos (I y IIA → 16%), 99 pacientes se encontraban con estadio clínico localmente avanzado (IIB – IIIB → 52.5%) y 12 pacientes (6.38%) se presentaron con cáncer de mama metastásico. Es importante mencionar que 45 pacientes (23.9%) quedaron clasificados como tumores operados fuera del Instituto y que fue imposible asignarles una etapa clínica.

En cuanto al diagnóstico histológico más frecuente fue para el carcinoma canalicular que representó el 83.5% en nuestra serie; siendo el 9.57% para el lobulillar y el 6.9% para otros tipos histológicos, entre los que se encontraban tumores mixtos, medulares y papilares.

La manera de hacer el diagnóstico histopatológico inicial se resumen en el anexo 3 en donde hay que hacer mención que dentro del grupo de otros métodos diagnósticos se incluyeron todas las biopsias obtenida por ultrasonido, estereotaxia, mamotomo o algún otro método auxiliar para obtener tejido representativo. La manera más frecuente en que se realizó el diagnóstico preoperatorio, fue con la toma de biopsia con aguja de Trucut en el consultorio en el 37.07% de los casos.

El tratamiento inicial en el Instituto varió de acuerdo al estadio clínico y características del paciente desde cirugía como tratamiento inicial en el 23.3% de los casos hasta quimioterapia seguido de la combinación de quimioterapia / radioterapia en el 35.11%

de los casos. Las variables y diferentes condiciones a estos casos se analizan en el anexo 5.

El tipo de cirugía que más frecuentemente se realiza en el Instituto es la cirugía radical en sus diferentes modalidades en el 96.8% del total, dejando a la cirugía conservadora el 2.66%, consistiendo ésta básicamente en la segmentectomía con la disección radical de axila.

Variables como la reconstrucción, el tipo de reconstrucción y el cirujano que realizó el procedimiento se analizan en los anexos 7, 8 y 9.

Es importante mencionar que en el Instituto se realiza reconstrucción inmediata en el 12.7% de los casos contra el 87% en que no se realiza éste procedimiento.

La gran mayoría de las cirugías realizadas para cáncer de mama son supervisadas por los médicos adscritos al Instituto, pero el mayor porcentaje de intervenciones de este tipo la realizan los residentes de tercer año en la subespecialidad de Cirugía Oncológica o Ginecología, como lo ilustra el anexo 9.

Se analizó también el número de ganglios resecaados en la resección axilar así como el porcentaje de ganglios positivos por nivel axilar encontrando que el nivel III se ve afectado en un porcentaje bajo y que correlaciona con estadios clínicos avanzados y tumores mal diferenciados. Las complicaciones de este procedimiento en el Instituto se mantienen dentro de un rango intermedio y en la gran mayoría se tratan de complicaciones que se resuelven de manera sencilla.

DISCUSIÓN

Desde hace más de cien años la cirugía radical ha sido la piedra angular en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, sin embargo el tratamiento quirúrgico en los últimos treinta años ha evolucionado rápidamente hacia procedimientos menos invasivos que van desde la toma de biopsia, hasta la determinación de ganglio centinela para valorar el estado de la axila. Los avances en el conocimiento de la biología tumoral así como el mejor empleo de los agentes quimioterápicos han sostenido esta revolución. Sin embargo, debe tenerse en cuenta el entorno socioeconómico así como el estadio clínico en que se presentan las pacientes, que en nuestro medio tiende a ser con estadios localmente avanzados y medio socioeconómico bajo y medio, tomando en cuenta que a pesar de esta situación, una tercera parte de los casos en el Instituto se encuentran en estadios clínicos I y IIA lo que haría posible la implementación de un tratamiento conservador con el consiguiente aumento en las estadísticas de este procedimiento en la Institución. Es importante también analizar y trabajar en los aspectos concernientes a la reconstrucción ya que nuestras estadísticas en este aspecto son muy bajas.

Tomando en cuenta que en los grandes centros de atención al cáncer de mama la cirugía conservadora y la reconstrucción inmediata ocupan arriba del 70% de los casos elegibles (estadios clínicos tempranos) sería recomendable analizar y estandarizar la aplicación de estos métodos en etapas clínicas similares en nuestra Institución.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología es adecuado para los estadios clínicos localmente avanzados siendo la tendencia de éste a ser radical.
2. Los procedimientos realizados en el Instituto son los clásicamente descritos y se realizan en tiempos adecuados y con un índice de complicaciones intermedio que se apegan a las normas internacionales.
3. La frecuencia de cirugía conservadora para estadios clínicos tempranos es baja a comparación de la cirugía radical.
4. Las reconstrucciones realizadas en la Institución se encuentran por debajo en cuanto la frecuencia a lo reportado por la literatura en centros especializados.

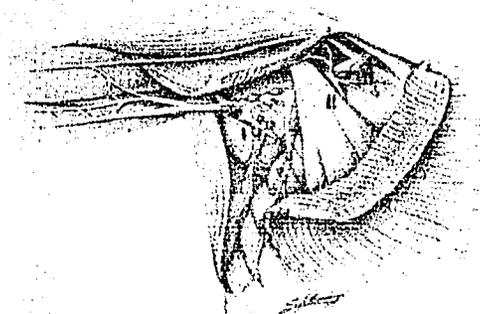
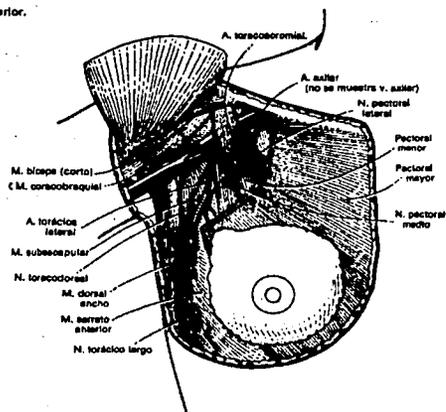
BIBLIOGRAFÍA

1. Adair FE: Role of surgery and irradiation in cancer of the breast. *JAMA* 121:553,1943.
2. Auchincloss H: Significance of location and number of axillary metastases in carcinoma of the breast: A justification for a conservative operation. *Ann Surg* 158:37-46,1963.
3. Barrow G, et al. Fine needle aspiration of breast cancer. *Cancer* 1986;58:1493.
4. Bland K. La Mama. Manejo multidisciplinario. 2ª. Ed. Panamericana Tomo 2. 2000.
5. Cady B, Stone MD, Wayne J: New Therapeutic possibilities in primary invasive breast cancer. *Ann Surg* 218:338-349,1993.
6. Cody HS. Current surgical management of breast. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002 Feb;14(1):45-52.
7. Reunión de expertos en México. Consenso Nacional Sobre Tratamiento del Cáncer Mamario. *Rev Inst Nal Cancerol(Mex)* 1995;41(3).
8. Devita V. Cancer of the breast. *Cancer* 6th ed. Chapter 37.2.2001
9. Fajardo LL. Mammography-guided stereotatic fine-needle aspiration cytology of nonpalpable breast lesions. *AJR Am J Roentgenol* 155:977-981;1990.
10. Haagensen CD. Carcinoma of the breast, I. Criteria of operability. *Ann Surg* 118:1032-1051,1943.
11. Halsted WS: The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. *Johns Hopkins Hosp Rep* 4:297-350,1894-1895.
12. Hartmann LC et al. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women. *N Engl J Med* 1999;340:77.
13. Korn P. Americas 10 best breast Cancer Centers. *Johns Hopkins On Line* October 2002.
14. Madden JL : Modified radical Mastectomy. *Ann Surg* 175:624-633,1972.
15. Feig BW. MD. Anderson. *Oncología*. 2a ed. Marban.
16. Pattey DH: A review of 146 cases of carcinoma of the breast operated on between 1930 and 1943. *Br J Cancer* 21: 260-269,1967.
17. Singletary et al: Occurrence and prognosis of contralateral carcinoma of the breast. *J Am Coll Surg* 178:390-96,1994.
18. Singletary SE: New approaches to surgery for breast cancer. *Online Version*.2001.
19. Skandalakis JE. *Comp Anat en Cir Gen*. Ed. Mc Graw Hill. 1983.
20. Urban JA: Radical excision of the chest wall for mammary cancer. *Cancer* 4:1263-1285.1951.
21. Veronesi U et al : Comparison of Halsted mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in early breast cancer; Long term results. *Eur J Cancer Clin Oncol* 22:1085-1089,1986.

ANEXOS Y FIGURAS

Figuras 1 y 2

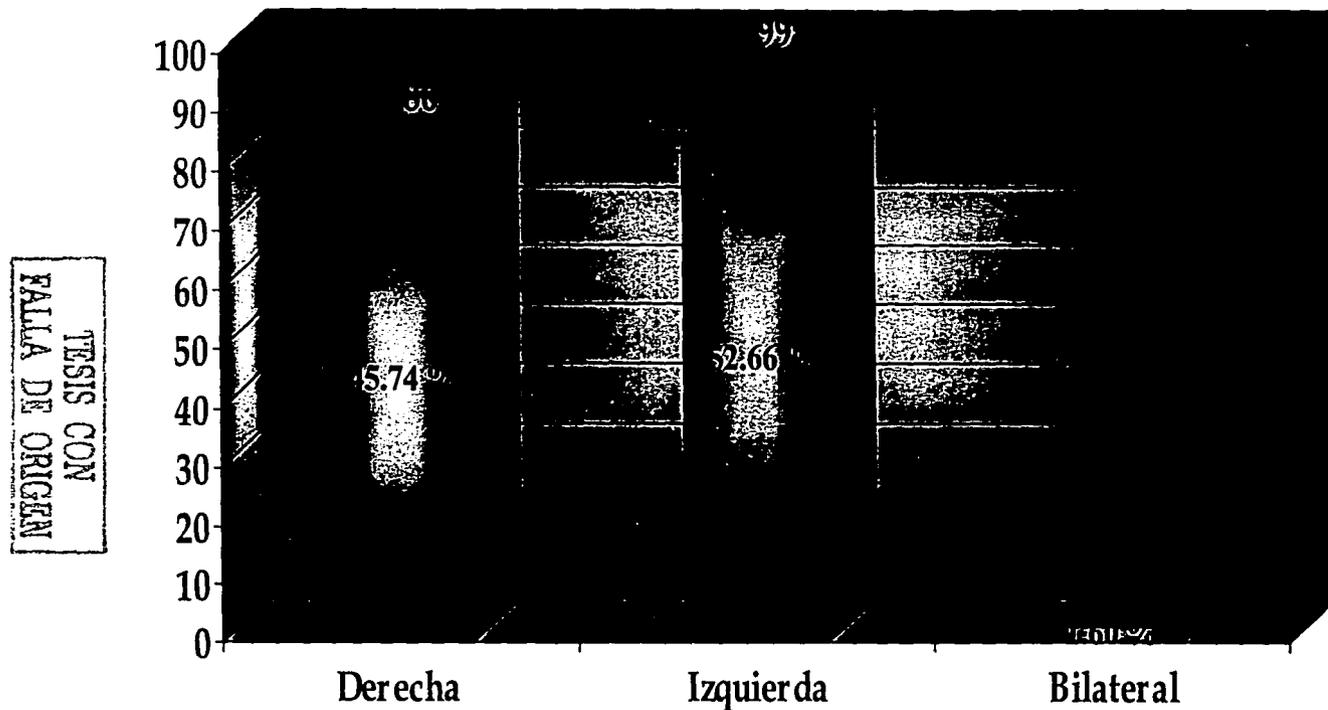
Figura 2-8 Topografía de la axila. Vista anterior.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

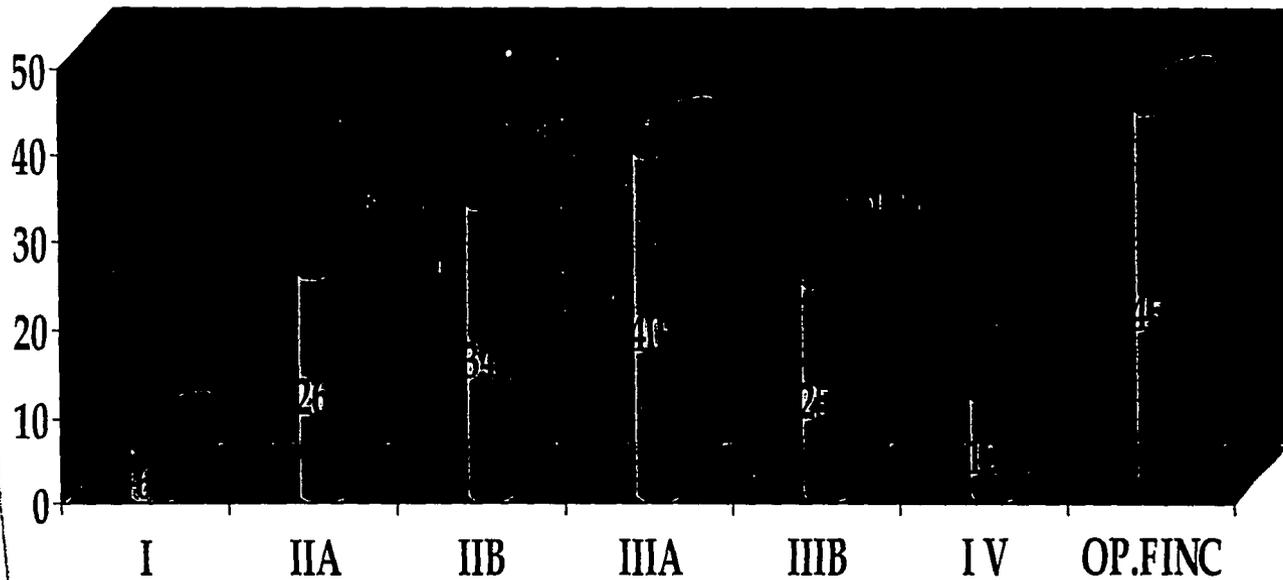
LOCALIZACION MAMA.

Anexo 1.



ESTADIO CLÍNICO

Anexo 2.

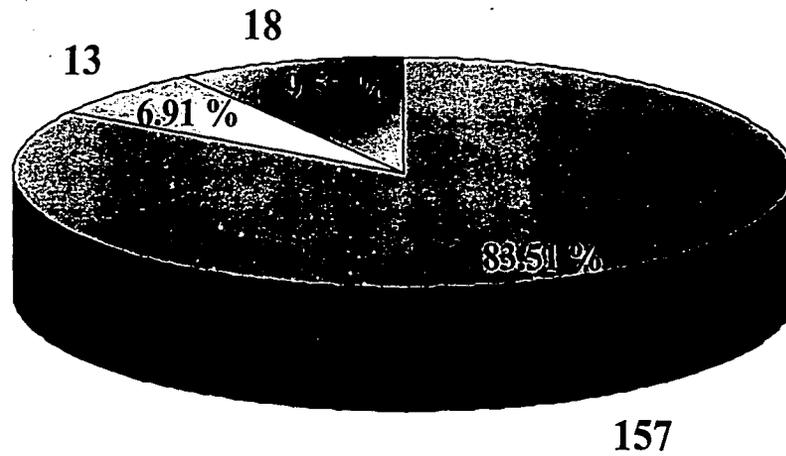


N=188

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

Anexo 3.

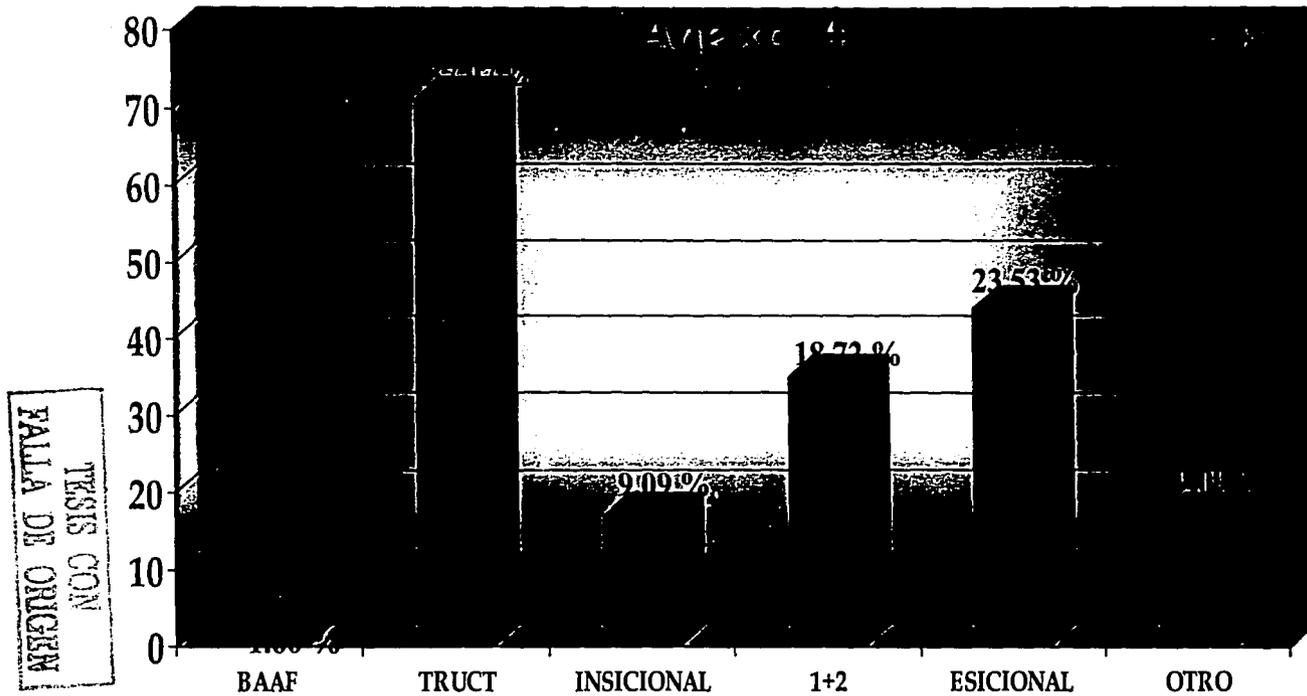


■ Canalicular ■ Lobulillar ■ Otro

N = 188

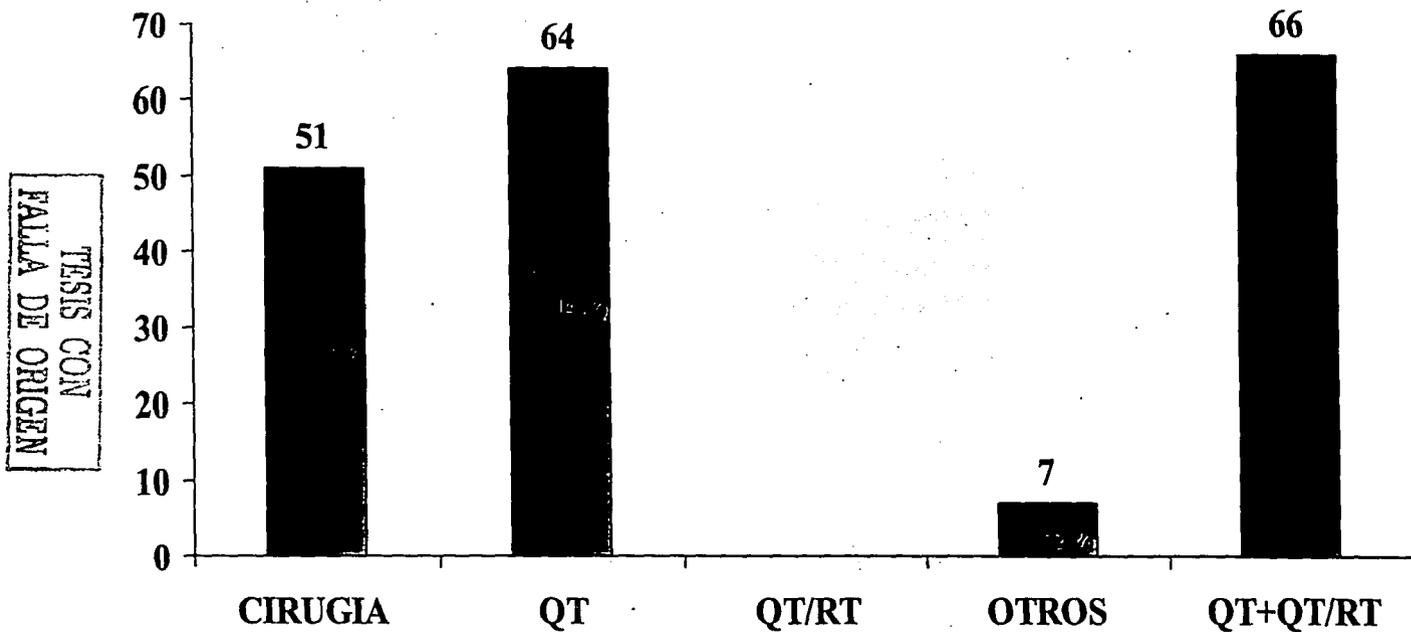
TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Metódo Diagnóstico.



TRATAMIENTO INICIAL

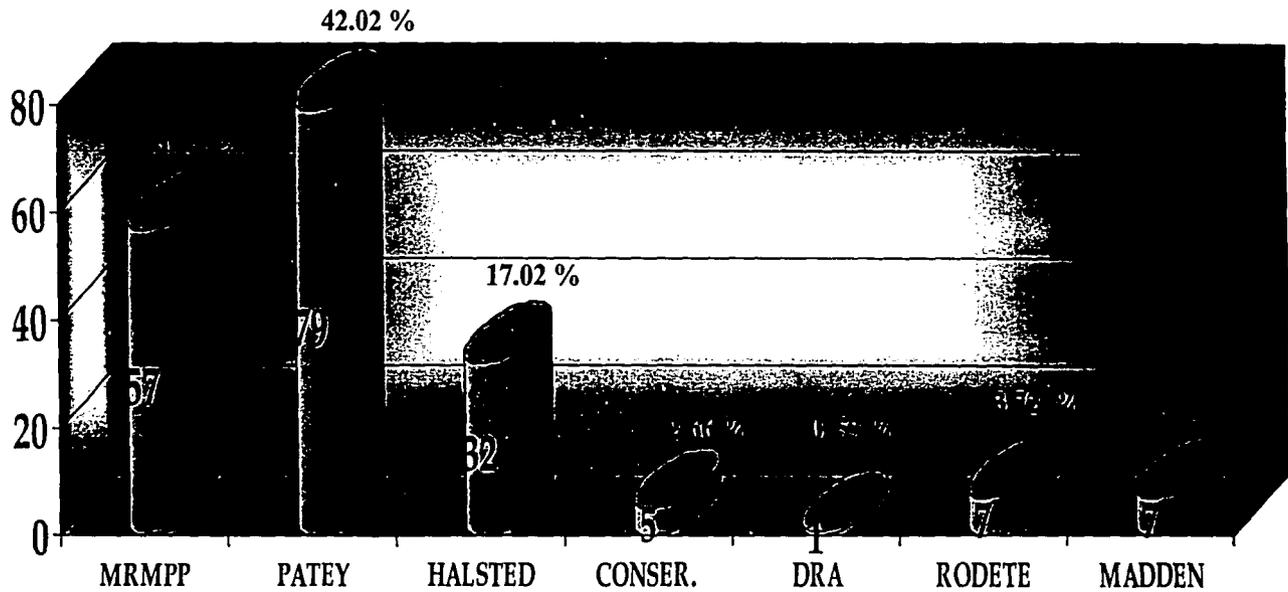
Anexo 5.



N = 188

CIRUGIA REALIZADA

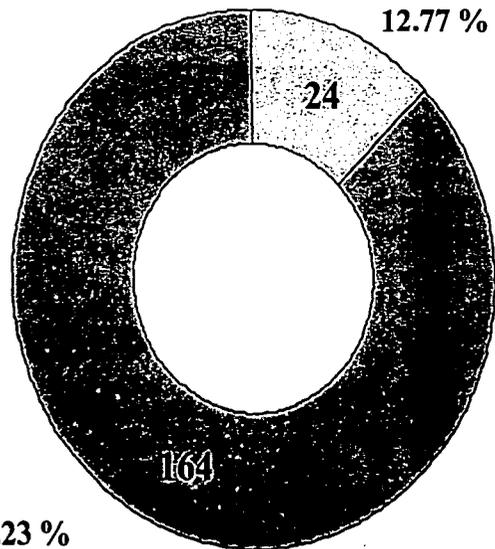
Anexo 6.



N = 188

RECONSTRUCCIÓN

Anexo 7.



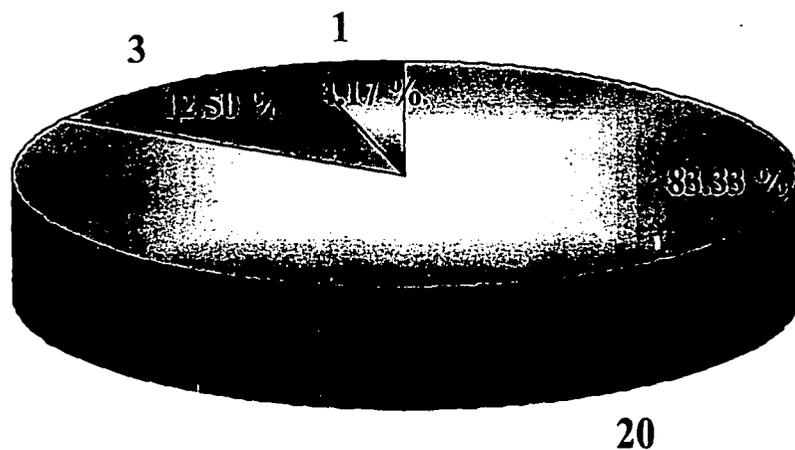
■ SI ■ NO

N = 188

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

TIPO DE RECONSTRUCCIÓN

Anexo 8.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

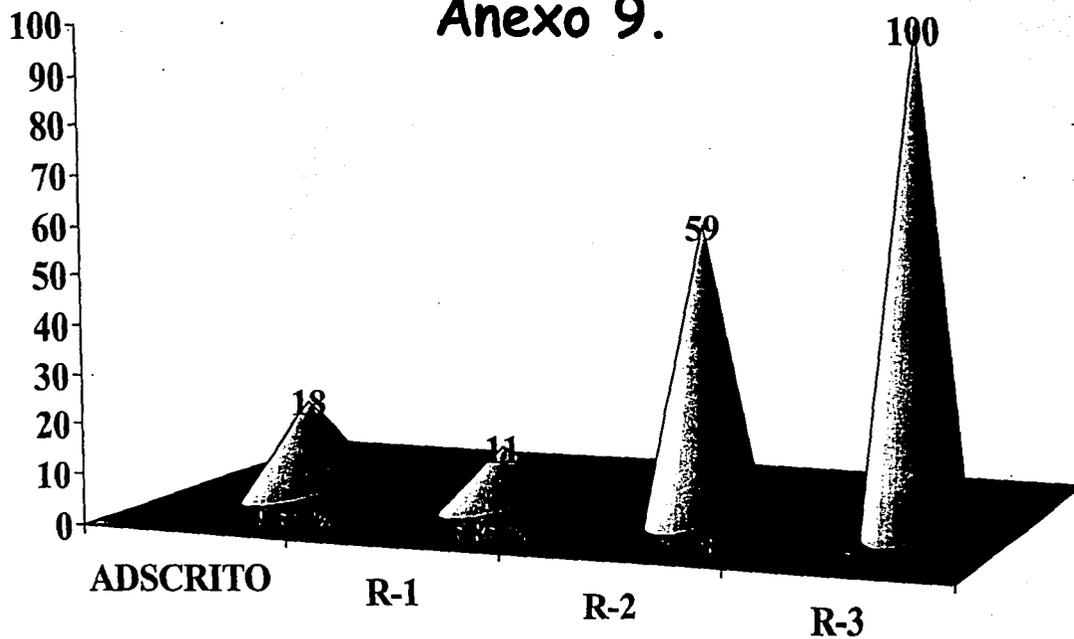
▣ TRAMP ▣ PROTESIS ▣ PECTORAL

N = 24

CIRUJANO

Anexo 9.

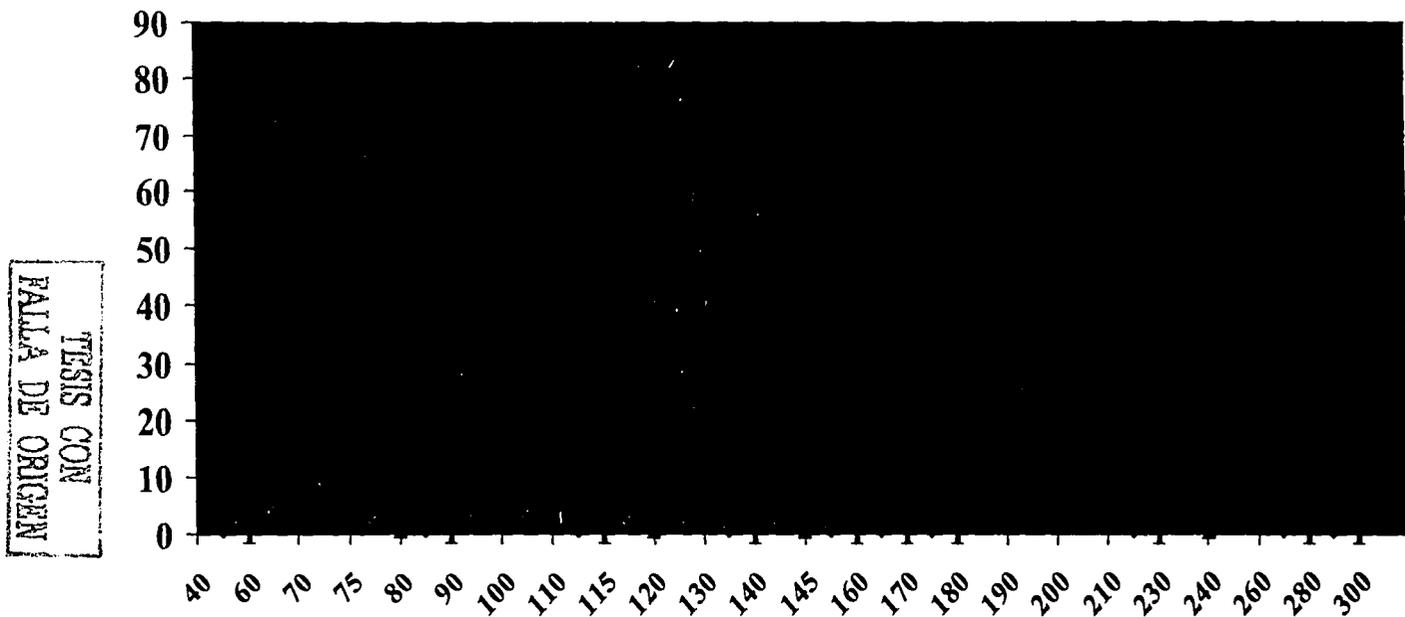
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



N=188

TIEMPO QUIRURGICO EN m'

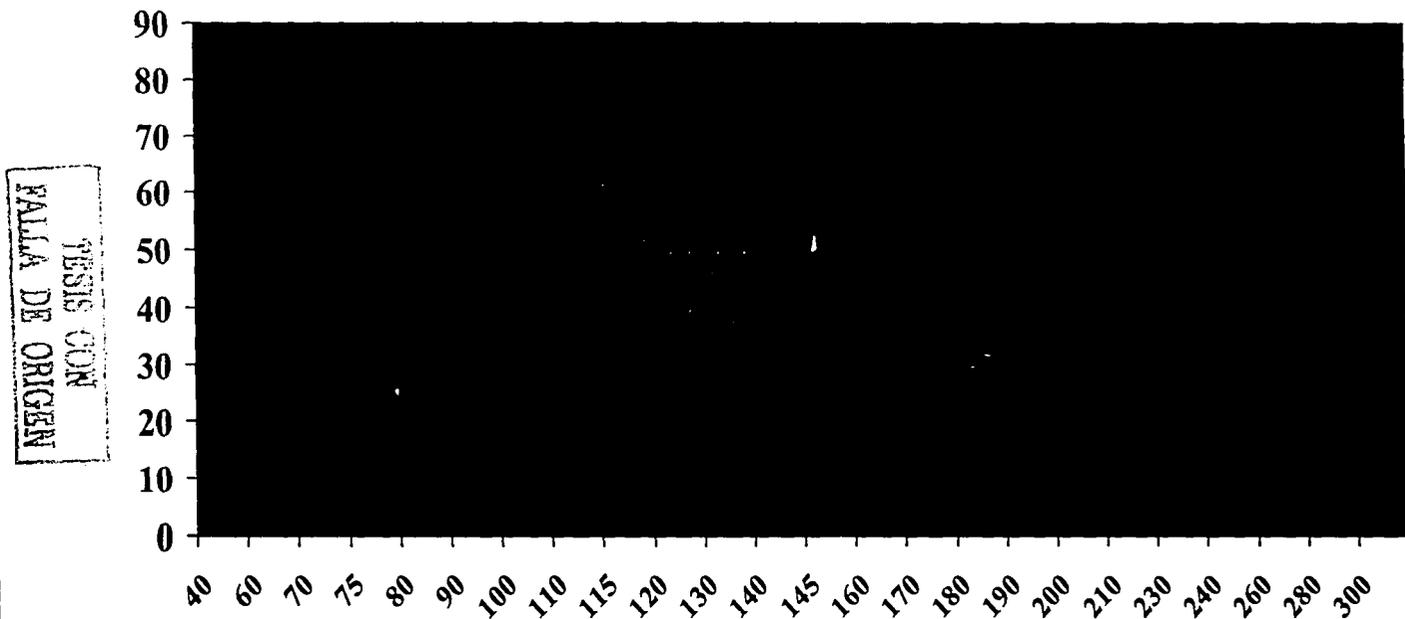
Anexo 10.



N = 188

TIEMPO QUIRURGICO EN m' Y RECONSTRUCCIÓN

Anexo 11.



N=188