

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CANCER DE MAMA

Perfil clínico, epidemiológico y terapéutico de pacientes Con Cáncer de Mama en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt ; durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre del 2001.

YEYGLIN ROMELIA MALDONADO LOPEZ

MEDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, AGOSTO DE 2002

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	01
II.	DELIMITACION DEL PROBLEMA	02
III.	JUSTIFICACIÓN	03
IV.	OBJETIVOS	04
V.	REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	05
VI.	METODOLOGÍA	17
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	21
VIII.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
IX.	CONCLUSIONES	34
X.	RECOMENDACIONES	35
XI.	RESUMEN	36
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
XIII.	ANEXOS	38

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se debe de dirigir la atención activamente al manejo de Cáncer de Mama temprano, ya que en nuestro medio la incidencia pareciera ir en aumento, por tal razón este estudio incluye un total de 91 casos, encontrados en el departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt durante el periodo del 1 de enero de 1991 al 31 de diciembre del 2001. Es importante hacer notar que la edad más frecuente fueron pacientes mayores de 40 años, todas de sexo femenino, procedentes y residentes en su mayoría de la capital, siendo el motivo de consulta más frecuente masa mamaria y dolor, utilizándose BAAf como método diagnóstico hospitalario y en menor porcentaje mamografía ya que la mayoría de pacientes que consultaron ya se habían realizado mamografía previa, encontrándose que en el 100% de los casos el tipo histológico fue Ca Ductal de estos 55% de los cánceres eran operables y 45% avanzados, haciendo uso de la quimioterapia solamente en la mitad de los casos avanzados. Con respecto a la estadificación patológica el estadio II a y III b fueron los más frecuentes, de las complicaciones se encontró que 26 pacientes presentaron alguna de ellas, el tiempo de seguimiento va de 6 meses a 3 años en 69% de las pacientes.

II. DELIMITACION DEL PROBLEMA

El cancer de mama es uno de los diagnósticos mas frecuentes en la mujer según la literatura, en Guatemala Cáncer de Mama ocupa el segundo lugar de incidencia en cuanto a Cáncer de Organos Femeninos según el Registro de Tumores del Incan, se estima que en los E.E. U.U. 1 de cada 8 mujeres tendrán cancer de mama y el riesgo de morir de la enfermedad oscila alrededor del 3.6% dependiendo de los factores de riesgo que se encuentren presentes. (2)

Debido a eso se ha tomado un interés cada vez mayor sobre esta enfermedad, principalmente en lo que concierne al diagnostico temprano y tratamiento.

La realización de este estudio surgió de la inquietud de tratar de obtener datos actualizados respecto a la incidencia de este cancer en un hospital de 3er. Nivel, ya que los datos estadísticos que reporta la literatura mundial pueden variar con relación a los nuestros.

Con este estudio se recopilo información sobre él numero de casos reportados durante 10 años en el Hospital Roosevelt en el periodo comprendido del 1 de Enero de 1992 al 31 de diciembre del año 2001.

III. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es y seguirá siendo el desafío para el futuro ya que de cualquier manera todo conocimiento acerca del mismo debe aprovecharse para desarrollar estrategias en cuanto a prevención y diagnóstico clínico y terapéutico temprano.

Con este estudio se brinda una recopilación de datos estadísticos basada en casos reportados y estudiados durante los últimos 10 años en el Hospital Roosevelt.

Es importante reconocer que en nuestro medio el diagnóstico de cáncer de mama se hace en etapas avanzadas, por lo tanto es necesario hacer conciencia en la mujer guatemalteca y que mejor manera de hacerlo que demostrando la cantidad real de casos de cáncer de mama que prevalece en el medio.

En comparación con otros países como por ejemplo Estados Unidos en donde la incidencia ha aumentado un 2% por año, el diagnóstico se ha podido llevar a cabo en estadios tempranos de la enfermedad debido a la utilización rutinaria de la mamografía y de otros métodos diagnósticos certeros, (2), sin embargo en nuestro país en el cual la incidencia de esta enfermedad aumenta, no siendo así la educación en salud por lo que la mujer guatemalteca desconoce la importancia de realizar una mamografía, ecografía y en casos necesarios biopsias para poder establecer un diagnóstico temprano.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Describir las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de las pacientes con Cáncer de Mama en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre del año 2001.

ESPECIFICOS

1. Identificar los grupos afectados según edad, sexo, procedencia, ocupación, etnia.
2. Establecer la frecuencia de Cáncer de Mama en los años estudiados.
3. Describir los factores de riesgo presentes en las pacientes con Cáncer de Mama.
4. Describir la sintomatología por la cual consultaron las pacientes.
5. Identificar los signos clínicos en orden de prioridad que caracterizan a la enfermedad.
6. Determinar que métodos diagnósticos fueron los mas utilizados para identificar la enfermedad.
7. Identificar los tipos histológico más frecuente de Cáncer de mama.
8. Describir que estadificación preoperatoria en base a la clasificación TNM presentaron las pacientes.
9. Describir los tipos de tratamiento: Quirúrgico, Quimioterapia, Radioterapia, Hormonoterapia.
10. Describir que estadificación Patológica final en base a la clasificación TNM presentaron las pacientes.
11. Describir que tipo de complicaciones debido al tratamiento quirúrgico recibido presentaron las pacientes.
12. Establecer cual ha sido el tiempo de seguimiento de las pacientes después del tratamiento.

V. Cáncer de mama

El cáncer de mama es considerado desde hace mucho tiempo como uno de los diagnósticos más frecuentes de cáncer en la mujer americana así como también una de las principales causas de muerte.

Desde la antigüedad fue estudiado por varios médicos, podría decirse que es uno de los cánceres que hasta hoy en día se ha investigado más por lo tanto se estima que la incidencia se da de 1 en 8 o hasta 10 mujeres y el riesgo de morir por la enfermedad oscila entre el 3.6 % o de 1 en 282 (3), aumentando este de acuerdo a los factores de riesgo que estén presentes, sin embargo debe dejarse claro que han habido adelantos con respecto a su tratamiento.

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA

Se pueden agrupar estos en factores genéticos y familiares, hormonales, dietéticos, antecedentes personales como enfermedad benigna de la mama y factores ambientales aunque aproximadamente un 50% de las pacientes no se logra establecer ningún factor identificable. (3).

FACTORES GENÉTICOS Y FAMILIARES

Se ha hablado mucho sobre la reciente identificación de defectos hereditarios en genes somáticos que son responsables del cáncer de mama. Estos genes se considera que se transmiten de manera autosómica dominante siendo ellos BCRA1, BCRA2 y p53 asociando su presencia a un riesgo sumamente grande de cáncer de mama.

El riesgo de transmitir estos genes genéticamente varía con la edad pues se sabe que un 33% lo hace antes de los 30 años, un 13 % entre los 40 y 49 años y únicamente 1% a los 80 años o más.

El antecedente familiar debe ser muy tomado en cuenta pues este hace sospechar cuando la paciente tiene parientes con cáncer de mama o con cáncer de ovario en algunos casos. (11)

FACTORES HORMONALES

Con respecto a los factores hormonales se menciona que es importante tomar en cuenta antecedente de menarquia temprana (antes de los 12 años), menopausia tardía (mayor de los 55 años), edad del primer parto, nuliparidad.

El uso de terapia de reemplazo hormonal esta grandemente relacionado con el aumento de riesgo de cáncer de mama dependiendo este de la duración de su uso, sin embargo si este cesa el efecto no desaparece de inmediato sino hasta después de 5 años.

(3)

FACTORES DE DIETA

Varios estudios han demostrado que el consumir una dieta rica en fibra, vitamina c y caroteno constituyen un factor protector para el desarrollo del cáncer de mama, sin embargo no es así cuando se consume dieta rica en grasa asociado al consumo de alcohol.

(8, 12.)

ENFERMEDAD BENIGNA DE LA MAMA

De acuerdo a la clasificación de enfermedades benignas de la mama dada por Dupont y Page, se considera que la hiperplasia atípica esta estrechamente relacionada con cáncer de mama (3)

FACTORES AMBIENTALES

Dentro de los factores ambientales que tienen mas relación con cáncer de mama se puede mencionar exposición a temprana edad con radiación ionizante, exposición a campos

electromagnéticos, explosiones nucleares y en mínimo riesgo contacto con pesticidas organoclorados.

RIESGO A PACEDER CANCER DE MAMA

MODELO DE CLAUS

Este modelo estima la probabilidad de que una mujer pueda padecer cáncer de mama basado en parientes de primer y segundo grado con cáncer de mama, considerando también la edad a la que se realiza el diagnóstico, asume que el riesgo transmitido puede ser rasgo autosómico dominante. (2)

MODELO DE GAIL

Este modelo cuantifica el riesgo basándose en 5 predictores

- Edad actual
- Edad de la menarquia
- Numero de biopsias de mama
- Edad del primer nacimiento vivo
- Numero de parientes en primer grado con cáncer de mama.

Este modelo al igual que el de Claus no es apropiado en pacientes con historia familiar fuertemente sugestiva de haber heredado cáncer de mama, así como también cuando se ha identificado el gen BCRA1 y BCRA2. (5)

ANATOMIA

Anatómicamente las mamas se encuentran entre la segunda y sexta costilla en el eje vertical y entre el esternón y la axilar la línea media axilar en el eje horizontal.

La mama esta compuesta de 3 tipos de tejido principalmente siendo conformado por epitelio, estroma fibroso, grasa.

El principal drenaje linfático es el axilar, que esta formado por 3 grupos definidos por su posición con el músculo pectoral menor, siendo el nivel I borde externo del pectoral

menor al borde interno del dorsal ancho, el nivel II pectoral menor y nivel III borde interno pectoral menor..

El riego sanguíneo esta dado principalmente por las arterias mamarias interna y la torácica lateral.

El drenaje linfático de la mama tiene como sitio principal los ganglios axilares centrales, ganglios mamarios internos, ínter pectorales, supraclaviculares e ínter mamarios.

Su inervación esta dada principalmente por los nervios respiratorios de Bell el cual inerva el músculo que lleva el mismo nombre y es importante para la fijación de la escápula a la pared torácica durante la aduccion del hombre y extensión del brazo, luego el nervio dorsal ancho que se encuentra en el borde externo de la axila, y el nervio pectoral mayor. (6)

LESIONES BENIGNAS DE LA MAMA

LESIONES NO PROLIFERATIVAS

- QUISTES MAMARIOS
- CAMBIOS APOCRINOS
- HIPERPLASIA EPITELIAL
- FIBROADENOMAS
- ADENOMAS

LESIONES PROLIFERATIVAS (9)

- HIPERPLASIA FLORIDA
- PAPILOMAS INTRADUCTALES
- ADENOSIS ESCLEROSANTE

- HIPERPLASIA ATÍPICA
 - LOBULAR
 - DUCTAL.

TUMORES MALIGNOS DE LA MAMA

CARCINOMA DUCTAL IN SITU

Este tumor se caracteriza por presentar descarga en el pezón con o sin masa palpable o se puede identificar como hallazgo incidental durante una biopsia. Microscópicamente existe una proliferación de células epiteliales malignas dentro del sistema ductal aunque no existe evidencia de invasión al estroma circundante. Se clasifican en tipo comedon, cribiforme, micro papilar, papilar y sólido. (1).

CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU

Se caracteriza por que microscópicamente es una proliferación sólida de células pequeñas uniformes con núcleo oval y redondo, además es multicentrico en un 60 a 80 % de los casos y frecuentemente es bilateral, la mayor incidencia se observa en mujeres de 44 a 46 años. A diferencia del carcinoma ductal este no produce masa palpable por sí mismo.

Con respecto al diagnóstico casi siempre aparece como dato incidental luego de una biopsia, puesto que este no forma densidad y no se calcifica no hay datos mamógrafos que orienten a su diagnóstico.

CARCINOMA DUCTAL INVASIVO

Este carcinoma constituye del 65 al 80 % de los tumores mamarios malignos, siendo más común en mujeres mayores de 50 años. Este se caracteriza por ser un sólido tumor y su consistencia y apariencia varían dependiendo la composición de la lesión.

CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE

Este carcinoma es caracterizado pues típicamente invade un estroma desmoplásico en forma lineal descrito en la literatura como en fila india además otra lesión descrita como en blanco de tiro. Este tipo de tumor varia desde lesiones microscópicas o sea clínicamente invisibles a procesos que afectan la glándula mamaria caracterizados por ser de consistencia firme.

Presenta patrones de diseminación metastásica distintivos, sin embargo la presencia de receptores para estrógenos y progesterona en las células tumorales favorece el diagnóstico, no obstante su pronóstico no difiere mucho con relación a los adenocarcinomas mamarios. (1)

CARCINOMA MEDULAR

Se caracteriza por células tumorales aberrante y anaplasicas rodeadas por un infiltrado linfocítico y escaso estroma fibroso.

CARCINOMA COLOIDE

Este carcinoma presenta células epiteliales bien diferenciadas rodeadas por una gran acumulación de mucina extracelular y extraluminal, por carecer de datos mamográficos, es importante sospechar de este carcinoma cuando a la evaluación física se palpen masas con densidad circunscrita con bordes lisos.

METODOS DIAGNOSTICOS

- EXAMEN CLINICO DE LAS MAMAS
- MAMOGRAFIA
- RESONANCIA MAGNETICA
- BIOPSIA
 1. ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA
 2. CON AGUJA TRUCUT
 3. ABIERTA

CLASIFICACION TNM DEL CANCER DE MAMA

- TX no es posible evaluar el tumor primario
- T0 no hay evidencia de tumor primario
- Tis carcinoma in situ, carcinoma ductal, lobulillar, Enf. De Paget
- T1 el tumor mide 2 cm. o es menor en su diámetro mayor

T1a 0.5 cm o más pequeño

T1b mayor de 0.5 cm pero no mayor de 1.0cm en su diámetro mayor

T1c mayor de 1.0 cm pero no mayor de 2.0cm en su diámetro mayor

- T2 tumor mayor de 2.0 cm pero no mayor de 5.0cm en su diámetro mayor.
- T3 tumor mayor de 5.0 cm en su diámetro mayor.
- T4 tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o a la piel

T4a extensión a pared torácica

T4b edema (incluyendo piel de naranja) ulceración de la piel sobre la glándula mamaria, nódulos satélites en la piel confinados a la misma glándula mamaria

T4c ambas a y b, por arriba.

T4d carcinoma inflamatorio.

GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES

- Nx no es posible valorar los ganglios linfáticos regionales.
- No se encuentran metástasis a ganglios linfáticos.
- N1 metástasis en 4 ganglios linfáticos ipsilaterales axilares.
- N2 metástasis en 4 o más ganglios linfáticos axilares ipsilaterales.
- N3 metástasis a ganglios linfáticos ipsilaterales internos.

PATOLOGÍA

- PNx no es posible valorar metástasis en ganglios linfáticos regionales.

- PN0 no se encuentra metástasis a ganglios linfáticos
- PN1 metástasis móvil a ganglio axilar ipsilateral.

PN1 a solo micro metástasis

PN1 b metástasis a cualquier ganglio linfático mayor de 2.0 cm.

PN1 b1 metástasis de 1 a 3 ganglios no mayor de 2.0 cm en su diámetro más grande.

PN1 bii metástasis de 4 o más ganglios no mayor de 2.0 cm y menor de 2.0 cm en su diámetro más grande.

PN1 biii extensión del tumor mas allá de la cápsula del ganglio linfático, metástasis menor de 2.0 cm en su mayor dimensión

PN1 biiv metastasis a ganglio linfático mayor de 2.0 cm en su mayor dimensión.

- PN2 metástasis a ganglio linfático axilar ipsilateral
- PN3 metástasis a ganglio linfático interno ipsilateral.

METASTASIS DISTANTES

- Mx no es posible evaluar metástasis distantes
- Mo no hay metástasis distantes
- M1 metástasis distantes.

CLASIFICACION DE LAS ETAPAS

• Etapa 0	Tis	No	M0
• Etapa I	T1	No	M0
Etapa II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Etapa II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Etapa III A	T0	N2	M0
	T1	N2	M0

		T2	N2	M0	
		T3	N2	M0	
		T3	N2	M0	
Etapa III B	T4	Cualquier N			
		Cualquier T	N3	M0	
		Cualquier T	cualquier N	M1	
Etapa IV		cualquier T	cualquier N	M1	(2)

RECEPTORES HORMONALES

La importancia clínica radica en identificar a pacientes con cáncer de mama, que en las lesiones primarias contienen proteínas reguladoras que se asocian con mayor supervivencia libre de enfermedad en comparación con pacientes en las que no se detectan estos receptores estrogénicos, aunque siempre es importante tomar en cuenta el estadio del cáncer y la raza del paciente.

Además la determinación simultánea de receptores para progestágenos y estrogénicos incrementa la certeza de identificar al paciente que responderá mejor a la hormonoterapia. (1)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

MASTECTOMIA RADICAL

Este procedimiento consiste en que se extirpa la mama y los músculos pectorales subyacentes de manera que queda una pared torácica desnuda, además se resecan los ganglios linfáticos regionales que se encuentran sobre la vena axilar hasta el ligamento costo clavicular. (13) (10)

Este procedimiento descrito por Halsted en 1898 fue de elección durante muchos años hasta que se comprendió el comportamiento biológico de la enfermedad.

MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

Desde que fue descrita por Patey en 1948 se convirtió en el procedimiento de elección en cáncer de mama invasivo. Este procedimiento reseca la mama, fascia pectoral, ganglios axilares de los 3 niveles

En comparación a la mastectomía radical este ofrece mejores resultados estéticos, permitiendo así una reconstrucción por medio de cirugía plástica. (13)

CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA

CUADRANTECTOMIA

Este tipo de procedimiento quirúrgico tiene por objeto resecar el cuadrante mamario, incluidas la piel y la aponeurosis pectoral superficial, que aloja el tumor primario. Este tipo de cirugía seguida por radioterapia se ha asociado con excelentes resultados con relación a supervivencia y a incidencia de recurrencias locales. (1)

LUMPECTOMIA

En este tipo de cirugía vale la pena hacer énfasis sobre su técnica puesto que la incisión debe ir encima del tumor, además que no es necesario remover la piel a excepción de cuando el tumor es superficial.

DISECCIÓN AXILAR

La disección axilar es importante pues a través de ella se obtiene información con respecto al compromiso de los ganglios linfáticos para pronóstico del paciente y clasificar por estadios la lesión con el uso de quimioterapia y controlar la enfermedad regional (1)..

En cirugía conservadora hasta resecar los niveles 1 y 2.

MASTECTOMIA SIMPLE EXTENDIDA

Esta consiste en la extirpación de la mama en continuidad con los ganglios linfáticos axilares del nivel 1 y podría estar indicada para el tratamiento del cáncer de mama en estadio avanzado III B y IV como cirugía paliativa, o cuando se administra

radioterapia preoperatorio con campos de tratamiento que incluyan la axila apical o la regio supraclavicular. (1)

TERAPIA DE RADIACIÓN POSOPERATORIA

Este tipo de terapia es utilizado luego de una cirugía conservadora de mama, la misma consta de irradiación tangencial diseñada con un equipo de supervoltaje y técnica isocéntrica con dosis de 45 a 50 GY, para evitar complicaciones como retracción significativa de la mama o fibrosis.

Existen 2 razones principales para su uso:

- Reducir la cadencia de repetición del tumor ya sea local o regional.
- Tratar la enfermedad si esta se hubiera extendido mas allá del margen de la resección
- Quirúrgica.

En pacientes con ganglios negativos la radioterapia disminuye la recurrencia local pero no la metástasis distante, en comparación con pacientes con ganglios positivos disminuye la recurrencia local y la metástasis distante. (6)

También se ha utilizado en pacientes luego de mastectomía radical modificada o en caso de tumores mayores de 4 centímetros y o pacientes con ganglios positivos.

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia ha sido utilizada en pacientes con la intención de poder reducir la radicalidad y extensión de la cirugía y además de tener la posibilidad de volver operables tumores que ya sea por su extensión serían considerados inoperables

Luego de varios estudios se han considerado varios factores que son importantes para decidir si se administra o no quimioterapia adyuvante entre ellos están el tamaño del tumor primario, el estado menstrual, los receptores hormonales del tumor, el grado histológico y el tener metástasis a ganglios axilares.

RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS
V Conferencia Internacional de Consenso St Gallen Suiza 1995

GANGLIOS AXILARES POSITIVOS

Características de las pacientes	tratamiento
Premenopáusicas con receptores estrógeno +	Quimio + tamoxifeno
Premenopáusica con receptores -	Quimioterapia
Posmenopáusica con receptores +	Tamoxifeno + Quimio

HORMONOTERAPIA

Esta terapia ha venido siendo utilizada desde hace 100 años sin embargo no es sino hasta en 1970 cuando aparecieron los antiestrogenos de los cuales el más popular es el tamoxifeno esta droga compete con el estrógeno circulante por los receptores celulares lo que resulta un bloqueo hormonal indirecto.

Si un tumor es positivo para receptores de estrógeno tiene una respuesta del 50 al 65% a la hormonomanipulación sin embargo si los receptores son negativos tiene una posibilidad del solo 5% de responder a esta terapia. El descubrimiento y cuantificación de receptores de estrógeno ha permitido identificar cuales son hormonodependientes y así evaluar a las pacientes que más se beneficien de este.

VI. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

- Estudio de tipo Retrospectivo Descriptivo

AREA DE ESTUDIO

- Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt

UNIVERSO Y MUESTRA

- Se tomo el total de expedientes médicos de pacientes con diagnostico y tratamiento de Cáncer de Mama en el periodo de 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre del año 2001.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se incluyeron en el estudio todos los registros clínicos de pacientes con diagnostico y tratamiento de Cáncer de Mama comprendidos entre el 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre del año 2001.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluyeron del trabajo todas las papeletas con diagnostico y tratamiento de Cáncer de Mama que no llenaron los requisitos necesarios para el adecuado llenado de la boleta de recolección de datos.

VARIABLES

- PERFIL DEL PACIENTE
- ANTECEDENTES RELACIONADOS A FACTORES DE RIESGO
- MANIFESTACIONES CLINICAS
- METODO DIAGNOSTICO
- CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA
- ESTADIFICACION PREOPERATORIA
- TIPO DE TRATAMIENTO
- TRATAMIENTO QUIRURGICO
- ESTADIFICACION PATOLÓGICA EN BASE A TNM
- COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
- TIEMPO DE SEGUIMIENTO

Nombre de la variable	Definición	Definición Operacional	Tipo de Variable	Unidad de Medida
Perfil del Paciente	Datos personales del paciente que tienen como objetivo formarse alguna idea de su posición actual en su ambiente y descubrir cualquier estímulo que podría contribuir a su enfermedad.	Edad Sexo Procedencia Residencia Etnia Ocupación	Razón o Proporción Nominal Nominal Nominal Nominal	Años Masculino-Femenino Departamento Municipio Indígena-Ladino Profesión u oficio
Antecedentes relacionados a Factores de Riesgo	Condición o situación a la cual se expone un huésped, la que facilita la presencia o introducción de un agente capaz de alterar su estado de salud.	Antecedentes encontrados en el interrogatorio según lo descrito en la historia clínica.	Nominal	Familiares: Historia familiar de Ca de mama, ovario y endometrio. Gineco-obstétricos: Gestas, partos, abortos, edad del primer embarazo, menarquia, menopausia Antecedentes de problema mamario Tratamiento Hormonal
Manifestaciones Clínicas	Síntoma y Signo de una enfermedad	Los síntomas y signos encontrados en la historia clínica, que se relacionaron con Cáncer de Mama.	Nominal	Síntomas Masa mamaria Dolor Secreción Ulceración Signos Masa Secreción Ulceración Retracción del pezón Agrandamiento de la mama.
Métodos Diagnósticos	Exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico.	Exámenes complementarios descritos en la historia clínica.	Nominal	Mamografía USG Biopsia incisión Biopsia Escisión Biopsia aspiración aguja fina Biopsia aspiración aguja gruesa

Clasificación Histológica	Clasificación del Cáncer de mama, según el tejido que le da origen.	Informe Histopatológico de muestra del tumor.	Nominal	Ca Ductal Ca Lobular Ca. Medular
Estadificación preoperatorio	Estadificación del Tumor según la clasificación TNM	Se tomo como base para la clasificación los hallazgos clínicos y métodos diagnósticos registrados en la historia clínica.	Nominal	TNM Ver anexo
Tipo de tratamiento	Cuidados y atenciones prestadas al paciente con el objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad.	Tratamiento realizado al paciente según lo referido en la historia clínica, y en el orden en que fueron realizados.	Nominal	Quirúrgico Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia
Tratamiento Quirúrgico	Cirugía realizada al paciente con el propósito de eliminar la mayor cantidad posible del cáncer.	Procedimiento quirúrgico realizado al paciente descrito en el record operatorio de la historia clínica.	Nominal	Mastectomia Radical Mastectomia radical modificada Segmentectomia Segmentectomia con vaciamiento axilar Cuadrantectomia Lumpectomia Disección Ganglionar
Estadificación Patológica	Estadificación del tumor según Patología utilizando el sistema TNM	Se tomo como base para la clasificación, los hallazgos histopatológicos reportados por patología en la historia clínica.	Nominal	TNM Ver anexo
Complicaciones del tratamiento quirúrgico	Procesos patológicos secundarios a la intervención quirúrgica, que pueden ser Inmediatas (primeras 24 hrs.); Mediatas (de 24 hrs a 2 semanas).	Complicaciones post-operatorias encontradas en la historia clínica.	Nominal	Inmediatas: Hematoma Mediatas: Dehiscencia de herida operatoria Lesión Nerviosa Axilar.

Tiempo de Seguimiento	Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta la última consulta	Se tomo como base el tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la última consulta descrita en la historia clínica.	Razón o Proporción	Años Meses
-----------------------	--	---	--------------------	---------------

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

EDAD DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2001.

Edad en Años	Frecuencia	Porcentaje
21 - 30	2	2%
31 - 40	13	15%
41 - 50	39	43%
51 - 60	24	26%
61 - 70	10	11%
71 - 80	3	3%
Total	91	100%

FUENTE: Boleta de Recolección de datos.

CUADRO 2

PROCEDENCIA DE PACIENTES CON CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2001.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Guatemala	44	48%
El Progreso	8	10%
Jutiapa	8	10%
San Marcos	7	8%
Coban	4	4%
Quetzaltenango	4	4%
San Juan Sacatepequez	4	4%
Chimaltenango	4	4%
Jalapa	2	2%
Peten	2	2%
Santa Rosa	2	2%
Quiche	2	2%
Total	91	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 3

OCUPACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2001.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	75	82%
Maestra	9	10%
Secretaria	7	8%
Total	91	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 4

ETNIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2001.

LADINO		INDÍGENA	
No. Casos	%	No. Casos	%
70	77%	21	23%
Total 91			

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 5

**MOTIVO DE CONSULTA INICIAL EN PACIENTES CON
CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL
31 DE DICIEMBRE DEL 2001.**

Motivo de Consulta	Frecuencia
Masa Mamaria	69
Dolor en mama	68
Secreción de pezón	29
Ulceración	12
Hallazgo Mamografico incidental	9

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 6

**LOCALIZACIÓN DEL TUMOR EN PACIENTES CON
CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL
31 DE DICIEMBRE DEL 2001.**

LOCALIZACIÓN	MAMA DERECHA		MAMA IZQUIERDA	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cuadrante superior externo	28	44%	16	64%
Cuadrante Superior interno	25	40%	7	28%
Cuadrante inferior externo	3	5%	1	4%
Cuadrante inferior interno	7	11%	1	4%
Total	63	100%	25	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 7

METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2001.

Metodo	Frecuencia
Biopsia aspiración aguja fina	84
Mamografía	25
Ultrasonido	17
Biopsia incisión	4
Biopsia por aguja gruesa	3
Biopsia excisión	2

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 8

ESTADIFICACION PREOPERATORIA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2001.

Estadio	Frecuencia	Porcentaje
IIA	35	38%
IIB	19	21%
IIIA	10	11%
IIIB	20	22%
IV	7	8%
Total	91	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 9

TRATAMIENTO QUIRURGICO EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2001.

Procedimiento	Frecuencia	Porcentaje
Mastectomia Radical Modificada	89	98%
Lumpectomia con vaciamiento axilar	2	2%
TOTAL	91	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 10

TRATAMIENTO MEDICO EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2001.

Tratamiento	Frecuencia
Radioterapia preoperatoria	11
Quimioterapia preoperatoria	19
Radioterapia postoperatoria	20
Quimioterapia postoperatoria	30
Hormonoterapia postoperatoria	2

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 11

**ESTADIFICACION PATOLOGICA EN PACIENTES CON
CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL
31 DE DICIEMBRE DEL 2001.**

Estadio	Frecuencia	Porcentaje
IIA	37	43%
IIB	10	12%
IIIA	8	9%
IIIB	18	21%
IV	13	15%
Total	86	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO 12

**TIEMPO DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON
CANCER DE MAMA, EN EL DEPARTAMENTO DE
CIRUGÍA DEL HOSPITAL ROOSEVELT DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ENERO DE 1991 AL
31 DE DICIEMBRE DEL 2001.**

Tiempo de Seguimiento	Frecuencia	Porcentaje
6 meses	18	28%
1 año	30	48%
2 años	10	16%
3 años	5	8%
TOTAL	63	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Los cuadros que a continuación se presentan están basados en el estudio realizado sobre Cáncer de Mama en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt durante el periodo comprendido del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre del 2001. Se encontraron 157 números de registro bajo el nombre de Cáncer de Mama, de los cuales se encontraron 115 papeletas y 91 cumplieron criterios de inclusión para el estudio.

La edad más frecuentemente afectada esta entre 41 a 50 años con un 43 %, las pacientes entre 51-60 años representan 26 % y 31-40 años un 15% esto significa que aparentemente después de los 40 años cuando las mamas empiezan su atrofia o sufren cambios hormonales secundarios a la menopausia están en riesgo de ser mas afectadas por el cancer de mama (3). (Cuadro 1)

El mayor porcentaje de pacientes son procedentes y residentes de la capital ya que se presentan con un 48%, seguido por el Departamento del Progreso con un 18% y departamentos restantes como San Marcos, Coban y Quetzaltenango con 7 y 4% respectivamente. Con respecto a la residencia se considero no hacer un cuadro por aparte pues los porcentajes eran similares a la procedencia del paciente. Se considera que el mayor porcentaje sea proveniente de la capital debido a la cercanía de un Hospital de 3er. Nivel en donde se le puede brindar al paciente una atención especializada y tratamiento adecuado, sin embargo una gran mayoría se queda en hospitales departamentales y por lo tanto no se llegan a conocer estos casos. (Cuadro 2)

El mayor numero de pacientes afectadas son amas de casa representado un 82%, seguido por maestras en un 10% y por ultimo secretaria con un 8% todas ellas por supuesto de sexo femenino. Con respecto a la ocupación podemos considerar que un factor importante es el nivel de educación de cada paciente, pues entre mas información tenga con respecto a educación en salud sobre esta enfermedad, hará que las pacientes consulten con mas frecuencia. (Cuadro 3)

Podemos observar que predominan las pacientes de etnia ladina con un 77% y las pacientes de etnia indígena con un 23%, esto va relacionado con el cuadro anterior, pues se vuelve a hacer énfasis sobre la educación en salud, tomando en cuenta que también son las pacientes ladinas las que más consultan, y que las pacientes indígenas tienden a utilizar la medicina alternativa. (Cuadro 4)

Con respecto a los motivos de consulta podemos encontrar que entre los principales están masa mamaria palpable que se observo en 69 de los casos, luego dolor mamario se presento en 68 de los casos, seguida por secreción del pezón con 29 de los casos, ulceración en 9 de las pacientes y por ultimo hallazgo mamario incidental en tan solo 9 pacientes, esto orienta a que en primer lugar la paciente nunca o muy pocas veces se realiza una mamografía como parte de una revisión medica, además a que la paciente consulta ya en estadios avanzados de la enfermedad pues presenta ya sea una masa mamaria independientemente de cual sea el tamaño, acompañada de dolor y en algunos casos de ulceración y secreción. (Cuadro 5)

La localización más frecuente de la masa mamaria en ambas mamas, siendo en la mama derecha el cuadrante superior externo afectado en 28 pacientes, luego cuadrante superior interno en 25 pacientes, cuadrante inferior interno en 7 pacientes y por ultimo cuadrante inferior externo en 3 pacientes, con respecto a mama izquierda que fue menos afectada, presentando 16 pacientes con masa mamaria en cuadrante superior externo, luego 7 en cuadrante superior interno y cuadrantes inferior interno y externo con 1 caso respectivamente, además se presentaron 2 casos en mama derecha que afectaron 4 cuadrantes y 1 caso bilateral. No se mencionan el resto de hallazgos clínicos puesto que no fueron encontrados descritos en la papeleta a excepción de la localización. (Cuadro 6)

El metodo diagnostico mas utilizado en nuestro medio es la BAAF (biopsia aspiración por aguja fina) en 84 de las pacientes, luego mamografía en 25 casos, seguido por ecografía con 17 casos y biopsia incisión, biopsia escisión y Biopsia aguja gruesa con 4, 3 y 2 casos respectivamente. Podemos observar que la mamografía fue utilizada en menor porcentaje en el hospital, ya que las pacientes al consultar una gran mayoría ya contaban con mamografía previa, haciendo uso únicamente de BAAF como método diagnostico confirmatorio. Esto significa que la BAAF es la mas utilizada debido que entre sus ventajas esta que ofrece menos molestias al paciente, es fácil realizarla y se obtiene un diagnostico citológico de inmediato, además de poder planear tratamiento definitivo al paciente, sin embargo otro de los mas utilizados es la mamografía actualmente en otros países a través de la utilización de la mamografía rutinaria se ha podido establecer diagnósticos tempranos de la enfermedad, y por ultimo la ecografía y no por eso menos

importante pues a través de ella se puede distinguir de una lesión sólida de una lesión quística. De acuerdo a lo anterior se considera que para llegar a establecer un buen diagnóstico todos los métodos utilizados deben concordar. (3). (Cuadro 7)

El estadio más frecuentemente encontrado es el IIa con un 38% de los casos, seguido por estadio IIIB con un 22 % y estadio II B con 21%, estadio III a con 11% y por último estadio IV con un 8 %. Según lo refiere la literatura el estadio I y II a representan el 75 % de los cánceres de mama, sin embargo es importante reconocer que en nuestro medio el estadio IIIB tiene también una alta incidencia y eso es consecuencia de que las pacientes consultan en estadios avanzados de la enfermedad. (Cuadro 8)

Con respecto a la clasificación histológica se hace mención que el 100% de los casos encontrados fue Ca DUCTAL.

El procedimiento quirúrgico más utilizado es la Mastectomía Radical Modificada, de igual manera que lo describe la literatura como el método de elección para los estadios I y II los cuales fueron los más frecuentes en nuestras pacientes (13). Además se realizó muy poca cirugía conservadora, posiblemente debido al tamaño del tumor, al poco acceso a la radioterapia y bajo nivel cultural de las pacientes. (Cuadro 9)

Se utilizó quimioterapia postoperatoria en 30 casos, radioterapia postoperatoria en 20 casos, quimioterapia preoperatoria 19 casos, radioterapia preoperatoria en 11 casos y hormonoterapia únicamente en 2 casos, esto a pesar de que un alto porcentaje de los cánceres encontrados fueron estadios avanzados, únicamente la mitad de ellos tuvo acceso a quimioterapia postoperatoria. (Cuadro 10)

La estadificación patológica más frecuente fue el estadio IIA con un 43%, IIIB con un 21%, IV con un 15%, IIB con un 12% y IIIA con 9%, esto significa que de ellos 55% eran operables y 45% avanzados. (Cuadro 11)

Solo 69 % de las pacientes se les dio seguimiento el cual comprende de 6 meses a 3 años. (Cuadro 12)

IX. CONCLUSIONES

1. Epidemiologicamente se pudo observar que el grupo etareo más afectado fue entre 41 y 40 años con un 43%, siendo el sexo femenino el 100% de los casos, la etnia ladina fue la más afectada, ama de casa fue la ocupación más frecuente y la procedencia en su mayor porcentaje del casco urbano de la ciudad capital.
2. clínicamente se observó que el motivo de consulta principal fue masa mamaria y dolor; utilizando como método diagnóstico la BAAF, seguido de mamografía y ultrasonido. El tipo histológico más frecuente fue Cáncer Ductal, encontrando que el 55% de los casos fueron cánceres operables. La estadificación patológica en su mayor porcentaje fue IIA. Infección de herida operatoria, dehiscencia de herida, hematoma y lesión nerviosa axilar fueron las complicaciones más frecuentes del tratamiento. El tiempo de seguimiento fue de 6 meses hasta 3 años.
3. El procedimiento quirúrgico más utilizado fue la Mastectomía Radical Modificada. Si se utilizó la radioterapia y la quimioterapia como método coadyuvante al tratamiento quirúrgico.

X. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar un mejor interrogatorio y examen físico a las pacientes pues las papeletas cuentan con muy poca información con respecto a antecedentes y factores de riesgo como en este caso para Cáncer de Mama.
2. Fomentar en la mujer la realización del auto examen así como también del uso de la mamografía como parte de un chequeo medico frecuente.
3. Crear un programa de detección Temprana en Salud Publica dirigido al grupo de mayor riesgo las cuales son amas de casa del área urbana mayores de 40 años.

XI. RESUMEN

Esta investigación sobre Cáncer de Mama parte de un estudio multicentrico realizado en el Departamento de Cirugía del Hospital Roosevelt, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1991 a 31 de diciembre del 2001, encontrándose para el mismo un total de 91 casos, dentro de los cuales el sexo femenino entre 41 a 51 años fue el más afectado, siendo procedentes en su gran mayoría del casco urbano de la capital, presentado como motivo de consulta más frecuente masa mamaria, utilizándose como método diagnóstico confirmatorio la BAAF, predominando en el 100 % de los casos el Cáncer Ductal, encontrando de ellos que 55 % de los cánceres son operables y 45 % avanzados, recibiendo únicamente la mitad de los cánceres avanzados quimioterapia postoperatoria, siendo el procedimiento quirúrgico más utilizado la Mastectomía Radical Modificada En un 98% y de ellas 29 % presentaron complicaciones, presentando tiempo de seguimiento únicamente 69 % de las pacientes.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Devita Jr. Vincent et al. Cancer Principles E Practice Of Oncology. Cancer of the breast. 5ta. Edicion Phila-Delphia. Lippincott- Raven 1997 1541: 1616.
2. Bland Kirby I. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas de la mama. Interamericana 1993.
3. Fisher, B. Et al Tamoxifen for prevention of breast cancer. J. Natl Cancer Inst. 1998 sep. 16 90 : 18 1371-88.
4. Gail M H et al Projecting individualized probabilities of deve-
Loping breast cancer for white females who are being -
Examined annually. J. Natl. Cancer Inst. 81: 1879-86.
5. Harris Jay R. Et al Diseases of the breast. Philadelphia Lippincott – Raven 1996.
6. Hematooncologia clinica de Norteamérica. Chemoprevention
Of breast cancer in the older patient . febrero 2000 14:1
113: 30 vol 14.
7. Kushi L. H. Et al. Dietary fat and postmenopausal breast
Cancer. J. Nalt. Cancer Inst. 1996 julio 84:14 vol 84.
6. Marshall L. M. Et al Risf of breast cancer associated with
atypical hiperplasia of lobular and ductal types. Cancer
epidemol biomarkers prev. 1997 mayo 6:5 297: 301.
7. Sabiston David Tratado de patologia quirurgica. Mama XVI
Edición , Interamericana 1996 Vol 1 582: 627.
8. Scharg D. Et al Life expectancy gains from cancer pre –
vention strategies from women with breast cancer and
BRCA1 or BRCA 2 mutations. Jama 2000 febrero 2
283: 5 617 –24 Vol 283 .
9. Yuan J. M. Et al Diet and breast cancer. Br. J. Cancer
1995 Junio 71:6 1353 - 8.
10. Zollinger Jr. R. M. Atlas de Cirugia. Mastectomia radical
Y Mastectomia Radical Modificada. VI edición Intera-
Mericana 1990 (pp 412- 423).

XIII. ANEXOS

**ESTUDIO MULTICENTRICO CANCER DE MAMA
Dr. SERGIO RALON - Dr.SERGIO ESTRADA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA HOSPITAL ROOSEVELT
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

PERFIL DEL PACIENTE

NUMERO DE HISTORIA CLINICA _____

EDAD: _____ **Años** **SEXO:** F M **PROCEDENCIA** _____
OCUPACIÓN: _____ **RESIDENCIA** _____

ETNIA: Indígena Ladino

ANTECEDENTES RELACIONADOS A FACTORES DE RIESGO

Ca de Mama **Ca de Endometrio** **Ca de Ovario**
 Si No Si No Si No

GINECO-OBSTETRICOS

Gestas: _____ **Partos:** _____ **Abortos:** _____

Edad al momento del primer embarazo: _____ años.

Menarquia (edad): _____ años. **Menopausia (edad):** _____ años.

Antecedente de Problema Mamario: Maligno Benigno

Tratamiento Hormonal: De Reemplazo Uso de anticonceptivos

MANIFESTACIONES CLINICAS

MOTIVO DE CONSULTA INICIAL

MASA MAMARIA SECRECION ULCERACIÓN
 DOLOR HALLAZGO MAMOGRAFICO INCIDENTAL

OTROS: _____

HALLAZGOS CLINICOS

MASA: Localización _____ _____

TAMAÑO: _____

SECRECION ULCERACIÓN RETRACCIÓN DEL PEZÓN
 AGRANDAMIENTO DE LA MAMA

OTROS: _____

METODOS DIAGNOSTICOS

- MAMOGRAFÍA
- USG
- BIOPSIA INCISIÓN
- BIOPSIA ESCISIÓN
- BIOPSIA ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA
- BIOPSIA ASPIRACIÓN AGUJA GRUESA

CLASIFICACION HISTOLÓGICA

- Ca. DUCTAL
- Ca. LOBULAR
- Ca. MEDULAR

OTROS: _____

ESTADIFICACION PRE-OPERATORIA

T: _____ **N:** _____ **M:** _____ **ESTADIO:** _____

TRATAMIENTO

QUIRÚRGICO

- Mastectomia Radical

CIRUGÍA CANSERVADORA

- Mastectomia Radical modificada
- Cuadrantectomia
- Segmentectomia
- Lumpectomia
- Segmentectomia con vaciamiento axilar

DISECCIÓN GANGLIONAR

- Si
- No

MEDICO

- Radioterapia
- Preoperatoria
- Postoperatoria
- Quimioterapia
- Preoperatoria
- Postoperatoria
- Hormonoterapia
- Preoperatoria
- Postoperatoria

Orden en que se realizo el tratamiento:

1) _____ 2) _____

3) _____

RECEPTORES HORMONARES:

Estrógenos: Positivo Negativo

Progesterona: Positivo Negativo

ESTADIFICACION PATOLÓGICA

T: _____ **N:** _____ **M:** _____ **ESTADIO:** _____

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO

- Hematoma
- Lesion Nerviosa Axilar
- Infección de Herida Operatoria
- Dehiscencia de herida operatoria

TIEMPO DE SEGUIMIENTO: _____

Yeyglin Maldonado