

Estudio transversal: Manejo quirúrgico de Cáncer de Mama en el Hospital José Carrasco Arteaga, Enero 2017- Enero 2018

Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo¹, Angélica María Bermejo Alvarez¹, Diego Gabriel Sanmartín Cabrera¹, Stefania Mabel Cueva Urgirles¹, Carol Estefanía Márquez Maldonado¹, Marcia Cumandá Patiño Patiño², Maolly Lucette Schuldt Cruz².

1. Unidad de Cirugía Oncológica, Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador.
2. Jefatura de Unidad Técnica de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, Cuenca – Ecuador.

CORRESPONDENCIA

Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.
Correo Electrónico:
yolandavintimilla@yahoo.com
Dirección: Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino.
Cuenca, Azuay, Ecuador.
Código postal: EC010203.
Teléfono [593]: 099953561.

Fecha de Recepción: 19-08-2019.
Fecha de Aprobación: 31-10-2019.
Fecha de Publicación: 30-11-2019.

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Vintimilla Y, Bermejo A, Sanmartín D, Cueva S, Márquez C, Patiño M et al. Estudio Transversal: Manejo quirúrgico de Cáncer de Mama en el Hospital José Carrasco Arteaga, Enero 2017 – Enero 2018. Rev Med HJCA 2019; 11(3): 194-199. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.3.a0.31>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2019 Vintimilla et al. Licencia RevMed HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International Public License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original y bajo la misma licencia del original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>)



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cáncer de mama ocupa el primer lugar dentro de la patología maligna que afectan a la mujer a nivel mundial, representando el 16% de los cánceres femeninos. El manejo quirúrgico del cáncer de mama ha evolucionado a lo largo de los años, disminuyendo la morbilidad y mejorando la calidad de vida de las pacientes. El objetivo del presente estudio es analizar el abordaje quirúrgico de las pacientes tratadas en la unidad de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal para determinar la prevalencia de las cirugías de cáncer de mama realizadas en la Unidad de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Se incluyeron variables como edad, diagnóstico, tipo histológico, etapa, localización, tipo de cirugía y márgenes. Se analizaron los datos con estadística descriptiva utilizando el paquete estadístico SPSS versión V24.0.

RESULTADOS: Se incluyeron 66 pacientes en el estudio. Los porcentajes de cirugías conservadoras y mastectomías fueron 56.06% versus 43.94% respectivamente. El tipo histológico más frecuente fue el ductal infiltrante (75.74%). Del total de pacientes diagnosticados con cáncer de mama el 46.97% fue en etapa clínica IIB; el cuadrante superior externo estuvo afectado en el 72.7% de pacientes y el lado más frecuentemente con tumor fue el izquierdo en el 50%.

CONCLUSIONES: El cáncer de mama es diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, el tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante, el porcentaje de cirugías conservadoras es mayor a las mastectomías.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER DE MAMA, CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA, MASTECTOMÍA.

ABSTRACT

Cross-Sectional Study: Surgical Management of Patients with Breast Cancer in José Carrasco Arteaga Hospital January 2017 – January 2018.

BACKGROUND: Breast cancer ranks first among cancers that affect women worldwide, representing 16% of female cancers. The surgical approach to breast cancer has undergone changes over the years, reducing morbidity and mortality and improving life quality for these patients. The purpose of this study is to analyze the surgical approach in patients treated in the Oncologic Surgery unit of José Carrasco Arteaga Hospital.

METHODS: Cross-sectional observational study to analyze the prevalence of breast cancer surgeries performed in the Oncologic Surgery Unit of José Carrasco Arteaga Hospital. Variables such as age, diagnosis, histological type, stage, location, type of surgical procedure and surgical margins were included. All the data was analyzed with descriptive statistics using SPSS version 24.0.

RESULTS: 66 patients were included in the study. The percentages of conservative surgeries and mastectomies were 56.06% versus 43.94% respectively. The most frequent histological type was infiltrating ductal carcinoma (75.74%). Of the total of patients diagnosed with breast cancer, 46.97% were in clinical stage IIB; the upper external quadrant was affected in 72.7% of patients and the most frequent location was the left side (50%).

CONCLUSIONS: Breast cancer occurs most frequently in postmenopausal women, the most frequent histological type is infiltrating ductal carcinoma, and the percentage of conservative surgeries is greater than mastectomies.

KEYWORDS: BREAST CANCER, BREAST CONSERVING SURGERY, MASTECTOMY.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama ocupa el primer lugar dentro de los cánceres que afectan a la mujer a nivel mundial, representando el 16% de los cánceres femeninos. La mayoría de defunciones (69 %) por esta causa se registran en países en vías de desarrollo. La incidencia varía en el mundo con tasas estandarizadas de 99.4/100 000 en Norteamérica. Europa Oriental, Suramérica, África Austral y Asia Occidental presentan incidencias moderadas, pero que van en aumento. La incidencia más baja se da en la gran mayoría de países africanos, pero aun en estos se ha visto un incremento en la incidencia. A nivel mundial la tasa de mortalidad se estima en 12.9 por 100 000 mujeres. En el Ecuador también se ha podido observar un incremento en los últimos años, la incidencia es del 32.7%, con una tasa de mortalidad de 10.3%. A pesar de los múltiples programas implementados por los gobiernos aún se sigue luchando con altas cifras [1,2, 3].

En cuanto a su etiología el cáncer de mama es multifactorial ya que contribuyen a su aparición factores genéticos y ambientales. En un porcentaje pequeño de casos, existe una mutación germinal en un gen de predisposición al cáncer de alta penetrancia, el cual es considerado un factor determinante para su aparición [2,4,5].

El cáncer de mama esporádico, aquel que no es causado principalmente por una mutación heredada, representa más del 90% de casos de cáncer de mama a nivel mundial. Se estima que, en promedio, las mujeres que viven hasta los 85 años tendrán una probabilidad de 1 en 9 de desarrollarlo [2].

Dentro de los factores de riesgo establecidos para el cáncer de mama se incluyen factores reproductivos (menarquia temprana, nuliparidad, primer embarazo después de los 30 años, uso de anticonceptivos hormonales, menopausia tardía y terapia de reemplazo hormonal), alta densidad del tejido mamario y antecedentes personales y familiares de cáncer, especialmente cáncer de mama. Otros factores a ser considerados son los nutricionales, actividad física escasa o nula, ausencia de lactancia materna. [2-4]

El tratamiento del cáncer de mama ha evolucionado con los años, orientado siempre a disminuir la morbimortalidad derivada tanto de la enfermedad como del tratamiento de la misma. En lo que ha abordaje quirúrgico se refiere, se han generado una serie de cambios desde 1894, cuando Halsted describió su técnica de la Mastectomía Radical, basándose en la teoría de la diseminación centrífuga de las células neoplásicas hacia la axila y el resto del cuerpo; manteniéndose esta hasta 1960, cuando con las investigaciones de Fischer surgió la hipótesis de la biología tumoral y sus planteamientos acerca de que la diseminación no ocurre en un patrón ordenado, teniendo en cuenta además la interrelación huésped tumor. Lo expuesto por Fischer dio paso a que Veronesi y su grupo de Milán en los años 70 produjeran una revolución en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, determinando que la morbimortalidad del cáncer de mama no depende como tal de la técnica quirúrgica empleada, sino de las características del tumor, su grado histológico, fase, crecimiento, dependencia hormonal, edad de la paciente entre otros; esto dio paso a la cirugía conservadora y cada vez menos mutilante que se ofrece hoy en día a los pacientes, teniendo presentes las características señaladas por el grupo de Milán [4-7].

Considerando que el cáncer de mama es una patología que ocupa los primeros lugares tanto a nivel mundial como en nuestro medio, realizamos este trabajo para conocer cuáles son los diferentes tipos de abordaje quirúrgico en las pacientes

tratadas en la unidad de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal. El universo lo conformaron las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, tratadas en la unidad de cirugía oncológica del Hospital José Carrasco Arteaga durante el período de tiempo de enero de 2017 a enero del 2018. Se excluyeron a pacientes que no recibieron tratamiento en la unidad o que acudieron para manejo paliativo.

La clasificación histopatológica de los cánceres de mama fue determinada según la clasificación de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), e incluyeron: carcinoma in situ (ductal, lobulillar), carcinoma invasor (ductal, lobulillar, mucinoso, medular, anaplásico) y otros tipos de cáncer derivados del tejido conjuntivo (sarcoma, leiomiomasarcoma y tumor phyllodes maligno).

La información fue obtenida de los registros médicos del sistema AS400 utilizado en la Institución. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva. Se utilizaron medidas de tendencia central y análisis multivariante con regresión logística, con un intervalo de confianza del 95%.

Se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 24.0 para la tabulación de datos, elaboración de gráficos y el análisis estadístico.

RESULTADOS

En el estudio se incluyeron 66 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, el 25.8% tuvieron entre 40-49 años, seguido por el 21.2% entre 50-59 años, la media fue de 51.18 + 4,36 años, con una edad mínima de 26 y máxima de 81 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama según grupos de edad.

EDAD*	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE %
<29	5	7.6
30-39	9	13.6
40-49	17	25.8
50-59	14	21.2
60-69	12	18.2
70-79	7	10.6
>80	2	3.0
TOTAL	66	100.0

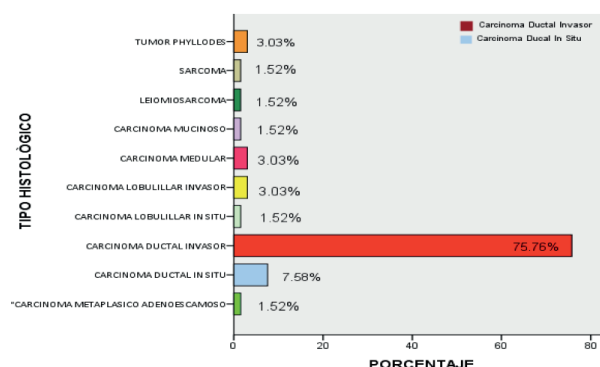
*Media: 51.18+ 4,36 años; mínimo 26 máximo 81 años.

Fuente: Registros médicos del sistema AS- 400.

Elaboración: Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.

El tipo histológico más frecuente entre las pacientes con cáncer de mama fue el tipo ductal infiltrante (75.76%), seguido del tipo ductal in situ (7.58%). El carcinoma lobulillar invasor, carcinoma medular y el tumor phyllodes todos ellos con el mismo porcentaje (3%) respectivamente (Gráfico 1).

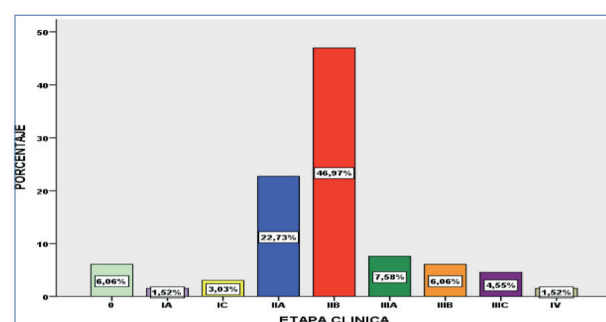
Gráfico 1. Distribución de pacientes con Diagnóstico de Cáncer de mama según Tipo Histológico.



Fuente: Registros médicos del sistema AS- 400.
Elaboración: Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.

La etapa clínica más frecuente fue la IIB con 46.97% seguida por la IIA 22.73% y la IIIA con un 7.58% respectivamente (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de pacientes con Diagnóstico de Cáncer de mama según Etapa Clínica.



Fuente: Registros médicos del sistema AS- 400.
Elaboración: Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.

Al analizar el cuadrante afectado el 72.7% de pacientes tenían afectado el cuadrante superior externo, seguido por el cuadrante inferior externo 13.6% y cuadrante inferior interno 9.1% respectivamente (Tabla 2).

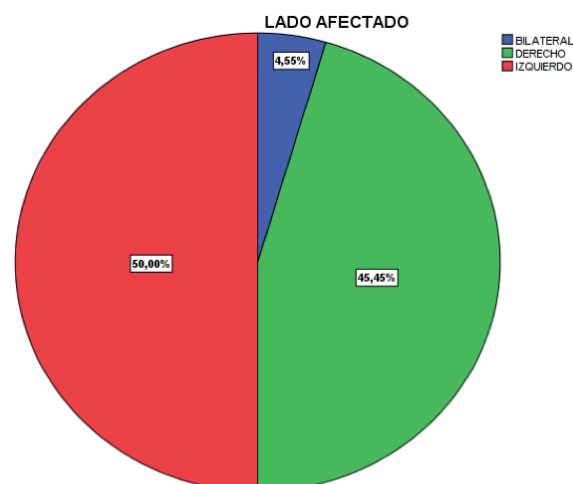
Tabla 2. Distribución de pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama según Cuadrante afectado.

CUADRANTE AFECTADO	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
CUADRANTE INFERIOR EXTERNO	9	13.6
CUADRANTE INFERIOR INTERNO	6	9.1
CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO	48	72.7
CUADRANTE SUPERIOR INTERNO	3	4.5
TOTAL	66	100

Fuente: Registros médicos del sistema AS- 400.
Elaboración: Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.

Al analizar el lado afectado por el Cáncer de mama el lado derecho tuvo el porcentaje más alto 50%, seguido por el izquierdo con el 45.45% y bilateral el 4.55% respectivamente (Gráfico 3).

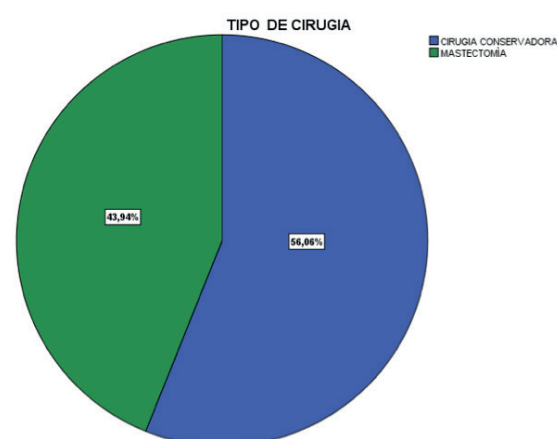
Gráfico 3. Distribución de pacientes con Diagnóstico de Cáncer de mama según lado afectado.



Fuente: Registros médicos del sistema AS- 400.
Elaboración: Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.

De acuerdo al tipo de intervención quirúrgica el 56.06% de pacientes en nuestro estudio se realizó cirugía conservadora y en el 43.94% de casos se optó por mastectomía (Gráfico 4). Se realizó mastectomía radical bilateral por cáncer primario sincrónico de mama en 2 casos (3%), y en 1 solo caso cuadrantectomía central bilateral con disección radical de axila que representa el 1.5%.

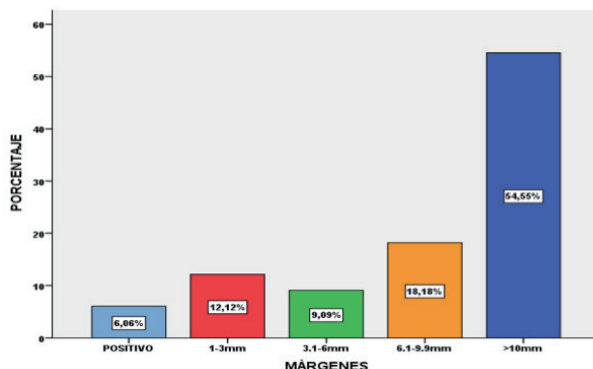
Gráfico 4. Distribución de pacientes con Diagnóstico de Cáncer de mama según Tipo de Cirugía.



Fuente: Registros médicos del sistema AS- 400.
Elaboración: Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.

En cuanto a la amplitud de los márgenes quirúrgicos, de los 37 casos en los que se realizó cirugía conservadora, el 54.55% de pacientes tuvieron un margen superior a 10 mm, seguidos por 18.18% casos con márgenes de 6.1 a 9.9mm, y 12.12% con márgenes de 1 a 3mm (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución de pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama intervenidos con Cirugía conservadora según la amplitud de los márgenes quirúrgicos.



***Media:** 3.03+ 2,64 mm; mínimo 0 máximo 12mm.

Fuente: Registros médicos del sistema AS- 400.

Elaboración: Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.

En la Tabla 3 se agrupó a las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según etapa patológica y grupo de edad. La etapa patológica más frecuente fue la IIB entre pacientes de 40-49 años (12.15%), la etapa IIB (9.08%) entre pacientes de 50-59 años, seguidos por la misma etapa IIB entre pacientes de 60-69 años (10.63%).

Tabla 3. Distribución de pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama según Etapa patológica y grupo de edad.

Grupo de Edad	ETAPA PATOLÓGICA															
	0		IA		IC		IIA		IIB		IIIA		TIS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 29 años	0	0	1	1.52	0	0	1	1.52	3	4.56	0	0	0	0	5	7.6
30-39 años	0	0	0	0	0	0	3	4.53	5	7.55	1	1.51	0	0	9	13.6
40-49 años	2	3.02	0	0	1	1.51	7	10.63	8	12.15	1	1.51	0	0	17	25.8
50-59 años	0	0	0	0	1	1.51	3	4.60	6	9.08	1	1.51	1	1.51	14	21.2
60-69 años	0	0	0	0	0	0	1	1.51	7	10.63	3	4.56	1	1.51	12	18.2
70-79 años	0	0	0	0	0	0	0	0	6	9.08	1	1.51	0	0	7	10.6
>80 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.00	0	0	2	3.00

Fuente: Registros médicos del sistema AS- 400.

Elaboración: Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.

En la Tabla 4 se distribuyó a las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según tipo de cirugía y grupo de edad. El tipo de cirugía más frecuente fue la cirugía conservadora: entre pacientes de 40-49 años (12.12%), 50-59 años (12.12%) e igualmente en el de 60-69 años (10.60%).

Tabla 4 Distribución de pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama según Tipo de cirugía y grupo de edad.

GRUPOS DE EDAD	TIPO DE CIRUGÍA					
	CIRUGÍA CONSERVADORA		MASTECTOMÍA		TOTAL	
	FRECUENCIA (N)	(%)	FRECUENCIA (N)	(%)	FRECUENCIA (N)	(%)
<29 años	4	6.06	1	1.51	5	7.57
30-39 años	4	6.06	5	7.57	9	13.63
40-49 años	12	18.18	5	7.57	17	25.75
50-59 años	8	12.12	6	9.09	14	21.21
60-69 años	7	10.60	5	7.58	12	18.18
70-79 años	2	3.03	5	7.57	7	10.60
>80 años	0	0	2	3.04	2	3.04

Fuente: Registros médicos del sistema AS- 400.

Elaboración: Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo.

DISCUSIÓN

El Cáncer de mama ocupa el primer lugar en las patologías oncológicas femeninas tanto a nivel nacional como internacional. El presente estudio demuestra una incidencia mayor de cáncer de mama en el grupo de edad de 40 a 49 años, seguido por el de 50 a 59 años, 60 a 69 años; disminuyendo a partir de los 70 años. Estos resultados concuerdan con los de la literatura internacional. Lee y colaboradores describen una mayor incidencia de cáncer de mama en mujeres sobre los 40 años [4-12].

El tipo histológico más frecuente reportado en la literatura mundial, autores como Durham y colaboradores reportan al carcinoma ductal infiltrante como el principal con un 73.3%, dato que concuerda con el porcentaje obtenido en el presente estudio (75%) [6,11-13]. En cuanto a estadios, a nivel mundial existe una variación importante al momento del diagnóstico, con predominio de las etapas tempranas en países industrializados que cuentan con programas de concientización a la población, tamizaje con mastografía, que abarca la gran parte de la población blanco, además de contar con recursos económicos altos para la atención integral de los casos positivos, lo expuesto hace que se obtengan diagnósticos tempranos con tratamientos menos agresivos. En estudios como el de Maffuz-Aziza et al., se reporta un 45.2% para etapas localmente avanzadas lo que concuerda con los porcentajes obtenidos en nuestro estudio el cual reporta un 46.97% para etapa IIA, 22.73% para etapa IIA y 7.58% para etapa IIIA manteniéndose por lo tanto los mayores porcentajes para etapas localmente avanzadas [6,12-13].

En relación a la localización del tumor según los cuadrantes de la mama, publicaciones como las de Lee y colaboradores reportan un 40% localizados en el cuadrante superior externo, seguido por el cuadrante central en un 22%, y cuadrante inferior externo 10%; en el presente estudio el mayor porcentaje de pacientes tenían afectado el cuadrante superior externo 72.7%, cuadrante inferior externo en un 13.6% y cuadrante inferior interno en un 9%, concordando con lo reportado por la literatura internacional como el estudio mencionado previamente [6].

En publicaciones internacionales se menciona que el lado afectado más frecuentemente por cáncer de mama es el izquierdo, como se menciona en el estudio de Corradini y colaboradores en el que el lado izquierdo es afectado en un 49.6% concordando con lo que se obtuvo en el presente estudio, en el que el porcentaje de afectación fue 50% en el lado izquierdo [8,14-18].

Se han realizado múltiples estudios en los que se evidencia que la cirugía conservadora ha ido ganando terreno frente a la mastectomía, ya que se ha demostrado que no afecta la supervivencia libre ni global de la enfermedad. Lo descrito se refleja en que el mayor porcentaje de cirugías en cáncer de mama corresponde a la cirugía conservadora, como es el caso del estudio de Kim y colaboradores en el que el porcentaje de cirugías conservadoras reportadas es 66.25% frente a 33.75% de las mastectomías; en nuestro estudio las cirugías conservadoras también superan en porcentaje a las mastectomías 56.06% versus 43.94% [5,9, 16-23].

En las cirugías conservadoras son importantes los márgenes quirúrgicos, existen múltiples publicaciones al respecto realizadas en diferentes años; llegándose actualmente a considerar importante únicamente la negatividad de bordes, sin tomar en cuenta la medida como tal. Existe discusión respecto a si son positivos ampliarlos o administrar radioterapia con dosis ampliada. En nuestro estudio los 37 casos en los que se realizó cirugía conservadora: el 54.55% de pacientes tuvieron un margen mayor a 10 mm, seguidos por 18.18% casos con márgenes de 6.1 a 9.9mm, y 12.12% para márgenes de 1 a 3mm, coincidiendo con algunas de las publicaciones internacionales que reportan una amplia mayoría de casos con márgenes negativos [20-24].

En relación con la edad, la etapa IIB fue la más frecuente entre el grupo 40-49 años (12.15%); igualmente al analizar edad y tipo de cirugía, la más frecuente fue la cirugía conservadora en este mismo grupo de edad (18.18%). Estos datos son congruentes con lo descrito en la literatura internacional, como en el caso de Maffuz-Aziza et al., en el que el porcentaje es 45.2% para este grupo etario y etapa [1-5,12-17,21-25].

Un dato a considerar en nuestro estudio es el tamaño de la muestra, que incluyó 66 pacientes.

CONCLUSIONES

El presente trabajo expone información relevante en relación a las características clínicas, patológicas y quirúrgicas de las pacientes con cáncer de mama tratadas en la unidad de Cirugía Oncológica del Hospital José Carrasco Arteaga. Siendo diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, el tipo histológico más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante, el porcentaje de cirugías conservadoras es mayor a las mastectomías.

RECOMENDACIONES

Para optar por una cirugía conservadora se requiere un diagnóstico temprano de cáncer de mama, por lo que se recomienda el autoexamen de mama mensual en busca de lesiones sospechosas, concomitantemente se debe realizar una ecografía y mamografía de control a mujeres sobre los 40 años anualmente para obtener un diagnóstico precoz, y por lo tanto ampliar el porcentaje de cirugías conservadoras.

ABREVIATURAS

mm: Milímetros, CC: cirugía conservadora, MRM: Mastectomía Radical Modificada. NCCN: National Comprehensive Cancer Network; OMS: Organización Mundial de la Salud; SOLCA: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer; SPSS: Statistical Package for the Social Sciences.

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

FINANCIAMIENTO

Este estudio es autofinanciado.


DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES


Los datos y materiales del presente estudio fueron obtenidos a través del sistema informático de registro clínico AS-400.


CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES


YV: idea de investigación, YV, AB, DS, SC, CM: análisis de información, YV, MP Y MS: redacción del manuscrito. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.




INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Yolanda Elisabeth Vintimilla Pogo. Cirujana Oncóloga. Médica Tratante y Jefe del servicio de Cirugía Oncológica. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7618-7794>

- Angélica María Bermejo Álvarez. Médico general en funciones hospitalarias. Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, IESS. Cuenca, Azuay - Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1533-8050>

- Diego Gabriel Sanmartín Cabrera. Estudiante de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay - Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4056-6047>

- Stefania Mabel Cueva Urgirles. Estudiante de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay - Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7328-6351>

- Carol Estefanía Márquez Maldonado. Médica Universidad de Cuenca. Estudiante de Posgrado de Medicina Interna de la Universidad de Cuenca. Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca, Azuay - Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4364-1169>
- Marcia Cumandà Patiño Patiño. Médico Anatomopatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Anatomía Patológica. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7707-6666>
- Maolly Lucette Schuldt Cruz. Médico Anatomopatólogo. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca – Ecuador.  ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4077-2243>

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no reportan conflictos de interés.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Todos autores dieron su consentimiento para la publicación de este artículo.

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

Los autores cuentan con todas las autorizaciones éticas correspondientes. Al ser un estudio observacional no se requirió consentimiento informado, los datos fueron manejados con confidencialidad y apego a las normas éticas.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Vintimilla Y, Bermejo A, Sanmartín D, Cueva S, Márquez C, Patiño M et al. Estudio Transversal: Manejo quirúrgico de Cáncer de Mama en el Hospital José Carrasco Arteaga, Enero 2017 – Enero 2018. Rev Med HJCA 2019; 11(3): 194-199. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2019.11.3.ao.31>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/27489546/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miller K, Nogueira L, Rowland J, Yabroff R, Alfano C, Jemal A. Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. CA Cancer J Clin. 2019 Sep;69(5):363-385. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21565>
2. Dornelles C, Santos da Silva P, Brinckmann C, Goldim J, Ashton-Prolla P. Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público. Rev. Latino-Am. Enfermagem. ene-feb. 2015;23(1):90-7. DOI: 10.1590/0104-1169.0185.2529www.eerp.usp.br/rlae
3. Coates A, Winer E, Goldhirsch A, Gelber A, Gnant M, Piccart-Gebhart M, Thürlimann B, Senn H. Tailoring therapies—improving the management of early breast cancer: St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2015. Annals of Oncology. 2015 Aug;26(8):1533-46. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv221>
4. Rezaei M, Kraemer S, Kimmig R, Kern P. Breast conservative surgery and local recurrence. Breast. 2015 Nov; 24 (Suppl 2): S100-7. DOI: 10.1016/j.breast.2015.07.024
5. Sun Y, Mingjuan L, Liu H, Chenfang Z. Comparison of breast-conserving surgery with mastectomy in locally advanced breast cancer after good response to neoadjuvant chemotherapy: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. Medicine. October 2017; 96 (43): 8367. DOI: 10.1097/MD.00000000000008367
6. Lee W, Tan V, Choo H, Ong J, Krishnapriya R, Khong S, Tan M, Sim Y, Tan B, Madhukumar et al. Factors influencing patient decision-making between simple mastectomy and surgical alternatives. BJS Open. 2019 Feb; 3(1): 31–37. DOI: 10.1002/bjs5.50105
7. Hartmann-Johnsen O, Kåresen R, Schlichting E, Nygård J. Survival is Better After Breast Conserving Therapy than Mastectomy for Early Stage Breast Cancer: A Registry-Based Follow-up Study of Norwegian Women Primary Operated Between 1998 and 2008. Ann Surg Oncol. 2015 Nov;22(12):3836-45. DOI: 10.1245/s10434-015-4441-3
8. Van Maaren M, Munck L, Bock G, Jobsen J, Van Dalen T, Linn S, Poortmans P, Strobbe L, Siesling S. 10-year survival after breast-conserving surgery plus radiotherapy compared with mastectomy in early breast cancer in the Netherlands: A population-based study. Lancet Oncol. 2016; 17(8):1158–1170. DOI: 10.1016/S1470-2045(16)30067-5
9. Kim K, Park H, Shin K, Kim J, Choi D, Park W, Do Ahn S, Kim S, Kim D, Kim et al. Breast Conservation Therapy Versus Mastectomy in Patients with T1-2N1 Triple-Negative Breast Cancer: Pooled Analysis of KROG 14-18 and 14-23. Cancer Res Treat. 2018 Oct;50(4):1316-1323. DOI: 10.4143/crt.2017.575
10. Zurisadai E, Alcalá A, Mendo A. Uso del modelo Gail para identificar mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de mama. Aten Fam. 2018;25(3):114-117. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.3.65309>
11. Durhan G, Azizova A, Önder Ö, Kösemehmetoğlu K, Karakaya J, Meltem, Demirkazık F, Üner A. Imaging Findings and Clinicopathological Correlation of Breast Cancer in Women under 40 Years Old. Eur J Breast Health. 2019; 15(3): 147-152. DOI: 10.5152/ejbh.2019.4606
12. Maffuz-Aziza A, Labastida-Almendaro S, Fonseca A, Rodríguez-Cuevas S. Características clínicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. Rev. Cirugía y Cirujanos. 2017; 85 (3): 201-207. DOI: 10.1016/j.circir.2016.08.004
13. Rodríguez-Aguilar, R, Marmolejo-Saucedo J, Tavera-Martínez S. Financial risk of increasing the follow-up period of breast cancer treatment currently covered by the Social Protection System in Health in México. BMC. 2018; 16 (9). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12962-018-0094-y>
14. Corradini S, Reitz D, Pazos M, Schönecker S, Braun M, Harbeck et al. Mastectomy or Breast-Conserving Therapy for Early Breast Cancer in Real-Life Clinical Practice: Outcome Comparison of 7565 Cases. Cancers (Basel). 2019 Jan 31;11(2): E160. DOI: 10.3390/cancers11020160
15. Silva E, Tan M. The impact of margin status on Breast conservation rates. Ann Surg Oncol. 2019 Nov;26(12):3931-3938. DOI <https://doi.org/10.1245/s10434-019-07641-z>
16. Onitilo A, Engel J, Stankowski R, Doi S. Survival Comparisons for Breast Conserving Surgery and Mastectomy Revisited: Community Experience and the Role of Radiation Therapy. Clinical Medicine & Research. 2015; 13 (2): 65-73. DOI: doi:10.3121/cmr.2014.1245
17. Gu J, Groot G, Holtlander L, Engler-Stringer R. Understanding women's choice of mastectomy versus breast conserving therapy in early-stage breast cancer. Clin. Med. Insights Oncol. 2017; 11:1–7. DOI: 10.1177/1179554917691266
18. Corradini S, Bauerfeind I, Belka C, Braun M., Combs S.E., Eckel R et al. Trends in use and outcome of postoperative radiotherapy following mastectomy: A population-based study. Radiother. Oncol. 2017;122(1):2–10. doi: 10.1016/j.radonc.2016.08.018
19. Bantema-Joppe E, De Munck L, Visser O, Willemse PH, Langendijk JA, Siesling S, Maduro JH. Early-stage young breast cancer patients: impact of local treatment on survival. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011 Nov 15;81(4):e553-9. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2011.02.060
20. Merrill A, Coopey S, Tang R, McEvoy M, Specht M, Hughes K, Gadd M, Smith B. Implications of New Lumpectomy Margin Guidelines for Breast-Conserving Surgery: Changes in Reexcision Rates and Predicted Rates of Residual Tumor. Ann Surg Oncol. 2016 Mar;23(3):729-34. DOI: 10.1245/s10434-015-4916-2
21. Kummerow KL, Du L, Penson DF, Shyr Y, Hooks MA. Nation wide trends in mastectomy for early-stage breast cancer. Surg. 2015 Jan;150(1):9-16. DOI: 10.1001/jamasurg.2014.2895
22. Escrivà J, Pareja L, Esteban L, Gálvez J, Melià A, Roca et al., Trends in the surgical procedures of women with incident breast cancer in Catalonia, Spain, over a 7-year period (2005-2011). BMC Res Notes. 2014 Sep 1;7:587. DOI: 10.1186/1756-0500-7-587
23. Chen D, Lai L, Duan C, Yan M, Xing M, Chen J, Zhang F. Conservative surgery plus axillary radiotherapy vs. modified radical mastectomy in patients with stage I breast cancer. Clin Breast Cancer. 2014 Feb;14(1): e10-3. DOI: 10.1016/j.clbc.2013.09.007
24. Garcés M, Falla M, Mendoza Z, Cotrina J, Ruiz M. La cirugía oncológicas de la mama: Una técnica quirúrgica que mejora la calidad de vida de las pacientes. Rev. Med Hered. 2016; 27:256-263. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v27i4.2997>
25. Vos E, Gaal, J, Verhoef C, Brouwer K, Deurzen V, Koppert L. Focally positive margins in breast conserving surgery: Predictors, residual disease, and local recurrence. Eur J Surg Oncol. 2017 Oct;43(10):1846-1854. DOI: 10.1016/j.ejso.2017.06.007