



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN
MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR
AUTOESTIMA. HOSPITAL SOLCA- GUAYAQUIL.**

PERIODO 2018-2019

AUTORES: ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ

JONATHAN SPARCKY PEÑARANDA MATA

TUTOR: DR. ANTONIO JURADO BAMBINO

REVISOR: DR. EDUARDO CHANCAY LOPEZ

GUAYAQUIL, OCTUBRE 2020



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **ANTONIO JURADO BAMBINO**, tutor del trabajo de titulación, certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por, **ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ** con C.I. No. **0923554489** y **SPARCKY JONATHAN PEÑARANDA MATA** con C.I. No. **0940596265** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Médico general. Se informa que el trabajo de titulación: **APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA. HOSPITAL SOLCA- GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019**, ha sido orientado durante todo el período de ejecución en el programa antiplagio (Urkund) quedando el **0%** de coincidencia.

URKUND

Document Information

Analyzed document	TESIS JURADO RODRIGUEZ - PEÑARANDA MATA.docx (D80545852)
Submitted	10/2/2020 5:56:00 PM
Submitted by	Antonio Jurado
Submitter email	antonio.jurado@ug.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	antonio.jurado@ug@analysis.arkund.com

Sources included in the report

<https://secure.arkund.com/view/77059944-516482-222330#/details/fulltext>

Dr. Antonio Jurado Bambino, MSc.
CIRUGIA GENERAL Y LAPAROSCOPIA
LIBRO VI FOLIO 111 DE 1176
NEOSTOMIA Y CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA
LIBRO I FOLIO 11 DE 33 DEL SAL 8948

**DR. ANTONIO JURADO BAMBINO
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN
C.I: 0909892051**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:		APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA. HOSPITAL SOLCA- GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019	
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):		ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ SPARCKY JONATHAN PEÑARANDA MATA	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):		DR. ANTONIO GUILLERMO JURADO BAMBINO	
INSTITUCIÓN:		UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	
UNIDAD/FACULTAD:		CIENCIAS MEDICAS	
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:		MEDICINA	
GRADO OBTENIDO:		MEDICO	
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS:	109
AREAS TEMÁTICAS:		SALUD, CIENCIAS MÉDICAS, CIRUGIA, MASTOLOGIA	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:		cáncer, autoestima, cirugía onco-reconstructiva, mujeres, edad	
RESUMEN/ABSTRACT: El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres a nivel mundial. En el instituto oncológico Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” se diagnosticaron entre el año 2018 y 2019, 1671 casos nuevos de cáncer de mama de los cuales 377 casos que corresponde al 23% son mujeres jóvenes entre 20 a 44 años. Al revisar las historias clínicas en el INTRANET de SOLCA se verifico que de las 377 pacientes solo 162 fueron operadas lo que corresponde a nuestro universo, al realizar nuestra investigación y plantear los criterios de inclusión y exclusión obtuvimos una muestra de 75 pacientes que se sometieron a cirugía onco-reconstructiva. En el actual estudio se presentaron los siguientes resultados, donde el rango de edad en el cual se presentaron mayor número de casos de cáncer de mama y procedimientos quirúrgicos onco-reconstructivos fue entre 40 a 44 años, el tipo histológico de cáncer que mayor se presento fue el carcinoma lobulillar infiltrante, teniendo mayor predominio el cáncer unilateral en la mama izquierda con el 51% que representa a 38 pacientes. Dentro del estudio se constató que la cirugía conservadora con técnicas de oncoplastia fue la más realizada con un 68% que representa a 51 pacientes seguido de la mastectomía con reconstrucción inmediata con el 27% que representa a 20 pacientes.			

Esta problemática mundial altera radicalmente el aspecto corporal y psicológico de la mujer. Los diferentes procedimientos quirúrgicos como la mastectomía cambian drásticamente el aspecto físico de las pacientes debido a la mutilación de uno o ambos senos, como resultado puede verse afectado su autoestima. Aquellas mujeres sometidas a una reconstrucción mamaria tras la mastectomía presentaron menor deterioro de su aspecto físico y autoestima que aquellas que no se sometían a la misma. Por lo tanto, la reconstrucción mamaria y la conservación de la mama mediante técnicas de oncoplastia se considerarían el proceso de restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico de las pacientes mastectomizadas. Se sostiene que la reconstrucción mamaria debe considerarse parte esencial del tratamiento y rehabilitación de las pacientes con cáncer de mama.

Metodología: Este estudio se considera de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. De la población estudiada son las pacientes jóvenes con cáncer de mama y operadas en el Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA Guayaquil PERIODO 2018- 2019

Resultados: De la muestra estudiada de 75 pacientes se obtienen resultados donde el 68% que representa 51 pacientes del total; se sometieron a cirugía conservadora de las cuales 48 pacientes se les realizó cierre oncoplastico y 3 pacientes se les colocó prótesis mamaria, el 32% de la muestra que representa 24 pacientes se sometieron a una mastectomía más reconstrucción de las cuales 20 pacientes se realizaron reconstrucción inmediata y 4 pacientes reconstrucción diferida. Al hacer el estudio sobre resultado estético obtuvimos que el 94% presentó muy buen resultado, el 4% buen resultado, 2% un resultado regular, en cuanto al nivel de autoestima del paciente en el actual estudio se obtuvo los siguientes resultados, el 90% presentó un muy buen autoestima, el 7% un buen autoestima, el 3% un autoestima regular y ningún paciente presentó bajo nivel de autoestima. De esta manera se alcanzó el objetivo del proyecto porque se pudo determinar que las pacientes a las cuales se aplicó una cirugía onco-reconstructiva presentaron una ganancia en su autoestima.

ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0962786887, 0968438560	E-mail: abraham_jurado@hotmail.com , jopema_96@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	
	Teléfono: 042288126	
	E-mail: www.ug.edu.ec	

Guayaquil, _____



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 27/09/2020

SR. DR.
BYRON LOPEZ SILVA
DIRECTOR (A) DE CARRERA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA. HOSPITAL SOLCA- GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019** de los estudiantes **ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ** con C.I. No. **0923554489** y **SPARCKY JONATHAN PEÑARANDA MATA** con C.I. No. **0940596265**, indicando han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que los estudiantes **ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ** y **SPARCKY JONATHAN PEÑARANDA MATA** están aptos para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

Dr. Antonio Jurado Bambino, MSc.
CIRUGÍAS DE TUMORES Y LAPAROSCOPÍA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN CIRUGÍA
ONCOLÓGICA Y CIRUGÍA DE LA RECONSTRUCTIVA
CIRUGÍA Y RECONSTRUCTIVA DE TUMORES DEL CANCER

DR. ANTONIO JURADO BAMBINO
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN
C.I: 0909892051



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

Guayaquil, 16 Octubre del 2020

**Sr. BYRON LOPEZ SILVA
DIRECTOR (A) DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-**

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la **REVISIÓN FINAL** del Trabajo de Titulación **APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA. HOSPITAL SOLCA- GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019** de los estudiantes **ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ** con C.I. No. **0923554489** y **SPARCKY JONATHAN PEÑARANDA MATA** con C.I. No. **0940596265**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

- El título tiene un máximo de 15 palabras.
- La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.
- El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.
- La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.
- Los soportes teóricos son de máximo 5 años.
- La propuesta presentada es pertinente.

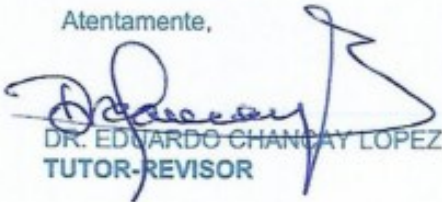
Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

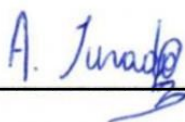
Una vez concluida esta revisión, considero que los estudiantes **ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ** y **JONATHAN SPARCKY PEÑARANDA MATA** están aptos para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,


**DR. EDUARDO CHANCAY LOPEZ
TUTOR-REVISOR**

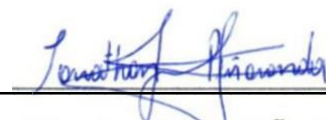
**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO
NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ con C.I. No. 0923554489 y SPARCKY JONATHAN PEÑARANDA MATA con C.I. No. 0940596265 certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA. HOSPITAL SOLCA- GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019”** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente



ABRAHAM JURADO RODRIGUEZ

C.I. No. 0923554489



JONATHAN PEÑARANDA MATA

C.I. No. 0940596265

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.

DEDICATORIA

Al ser superior por permitirme llegar a uno de los momentos más esperados de mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo más; a mis padres por ser las personas que han estado junto a mí en cada etapa de mi vida, siempre brindándome su cariño, amor y apoyo incondicional; a mis amigos que juntos hemos logrado un buen equipo de trabajo y hemos logrado llegar hasta el final del camino; para culminar a mis profesores que dedicaron tiempo y me transmitieron sus experiencias y conocimientos para ser un buen profesional.

Abraham Jurado

A Dios por darme fuerzas y salud durante todos estos años de carrera universitaria, a mis padres por brindarme su cariño, amor y apoyo incondicional para no rendirme y continuar mi sueño, siempre fueron mi motivación para seguir en mis estudios. Una mención especial para mi abuela Luisa Villagómez, por su paciencia y sus sabios consejos a lo largo de este proceso.

Jonathan Peñaranda

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción.....	1
Capítulo I	
1. El problema.....	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Justificación.....	5
1.3 Formulación del problema.....	6
1.4 Preguntas de investigación.....	6
1.5 Objetivo general.....	6
1.6 Objetivos específicos.....	6
1.7 Alcance.....	7
1.8 Hipótesis.....	7
Capítulo II	
2. Marco teórico.....	8
2.1 Definición.....	8
2.2 Epidemiología.....	8
2.3 Cáncer de mama en mujeres jóvenes.....	9
2.4 Factores de riesgo.....	10
2.4.1 Raza y edad.....	10
2.4.2 Historia familiar.....	10
2.4.3 Factores hormonales.....	10
2.4.4 Anticonceptivos orales.....	11
2.4.5 Estilo de vida.....	11
2.5 Cáncer de mama hereditario.....	11
2.6 Forma de presentación del cáncer de mama en mujeres jóvenes.....	12

2.7 Densidad mamaria.....	13
2.8 Diagnóstico del cáncer de mama en mujeres jóvenes.....	14
2.8.1 Examen físico.....	14
2.8.2 Estudio por imágenes para detectar el cáncer de mama.....	14
2.8.3 Biopsia.....	18
2.8.4 Pruebas de expresión genética de cáncer de mama.....	20
2.9 Cirugía reconstructiva de los senos.....	22
2.9.1 Reconstrucción inmediata.....	22
2.9.2 Reconstrucción diferida.....	24
2.9.3 Cirugía de simetrización.....	24
2.9.4 Cirugía de rescate.....	25
2.9.5 Cirugía profiláctica.....	25
2.9.6 Cirugía conservadora.....	25
2.10 Técnicas de reconstrucción de los senos.....	26
2.10.1 Cirugía con implantes.....	27
2.10.2 Procedimiento de colgajos de tejido.....	28
2.10.3 Reconstrucción del pezón y la areola.....	30
2.11 Riesgo de la cirugía reconstructiva.....	31
2.12 Regreso a la normalidad.....	31
Capítulo III	
3. Metodología de la investigación.....	33
3.1 Tipo de estudio.....	33
3.2 Universo y muestra.....	33
3.3 Criterios de inclusión para casos.....	33
3.4 Criterios de exclusión de casos.....	33

3.5 Instrumentos.....	33
3.6 Procedimientos de la recolección de datos.....	34
3.7 Definición de variables.....	34
Capítulo IV	
4. Resultados Y Discusión.....	36
Capítulo V	
5. Conclusiones.....	61
5.1 Recomendaciones.....	62
Bibliografía.....	63
Anexos.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Definición de variables.....	34
Tabla 2. Casos de cáncer de mama por grupo etario.....	36
Tabla 3. Motivo de consulta, signos y síntomas.....	37
Tabla 4. Tiempo de evolución.....	38
Tabla 5. Tamaño de la lesión o tumor.....	39
Tabla 6. Número de lesiones en la mama.....	40
Tabla 7. Localización tumoral.....	41
Tabla 8. Tipos de biopsia para diagnostico.....	42
Tabla 9. Diagnostico Histopatológico encontrado en las pacientes Estudiada..	43
Tabla 10. Tipos de Carcinoma Infiltrante encontrados en el estudio.....	44
Tabla 11. Grado histológico.....	45
Tabla 12. Compromiso de Ganglios Linfáticos en las pacientes.....	46
Tabla 13. Tratamiento Onco-reconstructivo en las pacientes	47
Tabla 14. Tratamiento quirúrgico conservador aplicado	48
Tabla 15. Tipos de mastectomías.....	49
Tabla 16. Pacientes sometidos a Reconstrucción inmediata	50
Tabla 17. Simetrización de la otra mama en reconstrucción inmediata	51
Tabla 18. Reconstrucción inmediata 2 do tiempo.....	52
Tabla 19. Pacientes que recibieron Tratamiento con quimioterapia	53
Tabla 20. Pacientes que recibieron Tratamiento con radioterapia.....	54
Tabla 21. Pacientes sometidas a Reconstrucción diferida	55
Tabla 22. Simetrización de la otra mama en Reconstrucción diferida	56
Tabla 23. Complicaciones.....	57
Tabla 24. Resultado estético (Opinión de cirujano).....	58

Tabla 25. Valoración de la autoestima registrada.....	59
Tabla 26. Evolución luego de la reconstrucción.....	60
Tabla 27. Número de casos nuevos de cáncer de mama en mujeres.....	75
Tabla 28. Casos nuevos de cáncer de mama según grupos de edad.....	75
Tabla 29. Casos nuevos de cáncer de mama según grupos de edad.....	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Casos de cáncer de mama por grupo etario.....	36
Figura 2. Motivo de consulta, signos y síntomas.....	37
Figura 3. Tiempo de evolución.....	38
Figura 4. Tamaño de la lesión o tumor.....	39
Figura 5. Número de lesiones en la mama.....	40
Figura 6. Localización tumoral.....	41
Figura 7. Tipos de biopsia para diagnóstico.....	42
Figura 8. Diagnostico Histopatológico encontrado en las pacientes estudiadas.....	43
Figura 9. Tipos de Carcinoma Infiltrante encontrados en el estudio.....	44
Figura 10. Grado histológico.....	45
Figura 11. Compromiso de Ganglios Linfáticos en las pacientes.....	46
Figura 12. Tratamiento Onco-reconstructivo en las pacientes.....	47
Figura 13. Tratamiento quirúrgico conservador.....	48
Figura 14. Tipos de mastectomías.....	49
Figura 15. Pacientes sometidos a Reconstrucción inmediata	50
Figura 16. Simetrización de la otra mama en reconstrucción inmediata.....	51
Figura 17. Reconstrucción inmediata 2 do tiempo.....	52
Figura 18. Tratamiento con quimioterapia.....	53
Figura 19. Pacientes que recibieron Tratamiento con radioterapia.....	54
Figura 20. Pacientes sometidas a Reconstrucción diferida	55
Figura 21. Simetrización de la otra mama en Reconstrucción diferida	56
Figura 22. Complicaciones de la Cirugía Onco-reconstructiva	57
Figura 23. Resultado estético (Opinión de cirujano).....	58

Figura 24. Valoración de la autoestima registrada.....	59
Figura 25. Evolución luego de la reconstrucción.....	60
Figura 26. Casos nuevos de cáncer de mama según grupos de edad.....	76
Figura 27. Casos de mama.....	76

“APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA. HOSPITAL SOLCA- GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019”

Autor: Abraham Joshua Jurado Rodríguez

Sparcky Jonathan Peñaranda Mata

Tutor: Dr. Antonio Guillermo Jurado Bambino.

Resumen

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres a nivel mundial. En el instituto oncológico Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” se diagnosticaron entre el año 2018 y 2019, 1671 casos nuevos de cáncer de mama de los cuales 377 casos que corresponde al 23% son mujeres jóvenes entre 20 a 44 años.

Al revisar las historias clínicas en el INTRANET de SOLCA se verifico que de las 377 pacientes solo 162 fueron operadas lo que corresponde a nuestro universo, al realizar nuestra investigación y plantear los criterios de inclusión y exclusión obtuvimos una muestra de 75 pacientes que se sometieron a cirugía onco-reconstructiva. En el actual estudio se presentaron los siguientes resultados, donde el rango de edad en el cual se presentaron mayor número de casos de cáncer de mama y procedimientos quirúrgicos onco-reconstructivos fue entre 40 a 44 años, el tipo histológico de cáncer que mayor se presento fue el carcinoma lobulillar infiltrante, teniendo mayor predominio el cáncer unilateral en la mama izquierda con el 51% que representa a 38 pacientes.

Dentro del estudio se constató que la cirugía conservadora con técnicas de oncoplastia fue la más realizada con un 68% que representa a 51 pacientes seguido de la mastectomía con reconstrucción inmediata con el 27% que representa a 20 pacientes.

Esta problemática mundial altera radicalmente el aspecto corporal y psicológico de la mujer. Los diferentes procedimientos quirúrgicos como la mastectomía cambian drásticamente el aspecto físico de las pacientes debido a la mutilación de uno o ambos senos, como resultado puede verse afectado su autoestima. Aquellas mujeres sometidas a una reconstrucción mamaria tras la mastectomía presentaron menor deterioro de su aspecto físico y autoestima que aquellas que no se sometían a la misma. Por lo tanto, la reconstrucción mamaria y la conservación de la mama mediante

técnicas de oncoplastia se considerarían el proceso de restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico de las pacientes mastectomizadas. Se sostiene que la reconstrucción mamaria debe considerarse parte esencial del tratamiento y rehabilitación de las pacientes con cáncer de mama.

Metodología: Este estudio se considera de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. La población estudiada son las pacientes jóvenes con cáncer de mama y operadas en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil PERIODO 2018- 2019

Resultados: De la muestra estudiada de 75 pacientes se obtienen resultados donde el 68% que representa 51 pacientes del total; se sometieron a cirugía conservadora de las cuales 48 pacientes se les realizó cierre oncoplastico y 3 pacientes se les colocó prótesis mamaria, el 32% de la muestra que representa 24 pacientes se sometieron a una mastectomía más reconstrucción de las cuales 20 pacientes se realizaron reconstrucción inmediata y 4 pacientes reconstrucción diferida. Al hacer el estudio sobre resultado estético obtuvimos que el 94% presentó muy buen resultado, el 4% buen resultado, 2% un resultado regular, en cuanto al nivel de autoestima del paciente en el actual estudio se obtuvo los siguientes resultados, el 90% presentó una muy buena autoestima, el 7% una buena autoestima, el 3% una autoestima regular y ningún paciente tiene bajo nivel autoestima. De esta manera se alcanzó el objetivo del proyecto porque se pudo determinar que las pacientes a las cuales se aplicó una cirugía onco-reconstructiva presentaron una ganancia en su autoestima.

Conclusión: Se concluye que de las pacientes estudiadas a las cuales se les aplicó una cirugía onco-reconstructiva presentaron ganancia en su autoestima y que este tipo de cirugía no interfiere en la sobrevivencia de la paciente.

Palabras Clave: cáncer, autoestima, cirugía onco-reconstructiva, mujeres, edad

“APPLICATION OF ONCORECONSTRUCTIVE SURGERY IN YOUNG WOMEN WITH BREAST CANCER TO GAIN SELF-ESTEEM. HOSPITAL SOLCA- GUAYAQUIL PERIOD 2018-2019”

Author: Abraham Joshua Jurado Rodríguez

Sparcky Jonathan Peñaranda Mata

Advisor: Dr. Antonio Guillermo Jurado Bambino.

Breast cancer is the most common tumor in women worldwide. At the National Cancer Institute "Dr. Juan Tanca Marengo" cancer institute, 1671 new cases of breast cancer were diagnosed between 2018 and 2019, of which 377 cases corresponding to 23% are young women between 20 and 44 years old.

Reviewing the medical records on SOLCA INTRANET found that of the 377 patients only 162 patients were operated on in our universe, by conducting our research and raising the criteria of inclusion and exclusion we obtained a sample of 75 patients who underwent onco-reconstructive surgery. The current study presented the following results, where the age range in which the highest number of breast cancer cases and onco-reconstructive surgical procedures were present was between 40 and 44 years, the histological type of cancer that most common was infiltrating lobular carcinoma, with unilateral cancer in the left breast having greater predominance with 51% representing 38 patients.

The study found that conservative surgery with onchoplasty techniques was the most performed with 68% representing 51 patients followed by immediate reconstruction mastectomy with 27% representing 20 patients.

This global problem radically alters the bodily and psychological aspect of women. Different surgical procedures such as mastectomy drastically change the physical appearance of patients due to the mutilation of one or both breasts, as a result their self-esteem may be affected. Women undergoing breast reconstruction after mastectomy had less deterioration in their physical appearance and self-esteem than those who did not have breast reconstruction. Therefore, breast reconstruction and breast conservation using onchoplasty techniques would be considered the process of restitution of the body image and

psychological well-being of mastectomized patients. It is argued that breast reconstruction should be considered an essential part of the treatment and rehabilitation of breast cancer patients.

Methodology: This study is considered descriptive, retrospective and crosscutting. The population studied are young patients with breast cancer and operated at the National Cancer Institute "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA Guayaquil PERIODO 2018- 2019.

Results: Results are obtained from the sample studied from 75 patients where 68% of 51 patients out of the total underwent conservative surgery of which 48 patients had oncoplastic closures and 3 patients were given breast prostheses, 32% of the sample representing 24 patients underwent a more reconstruction mastectomy of which 20 patients had immediate reconstruction and 4 patients deferred reconstruction. In doing the study on aesthetic results we obtained that 94% had very good results, 4% good result, 2% a regular result, in terms of the level of self-esteem of the patient in the current study the following results was obtained, 90% had a very good self-esteem, 7% a good self-esteem, 3% a regular self-esteem and no patient has low self-esteem. In this way the objective of the project was achieved because it could be determined that the patients to whom onco-reconstructive surgery was applied had a gain in their self-esteem..

Conclusion: It is concluded that of the patients studied to whom onco-reconstructive surgery was applied they showed gain in their self-esteem and that this type of surgery does not interfere with the patient's survival.

Keywords: cancer, self-esteem, onco-reconstructive surgery, women, age

INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres, aproximadamente hay 1,2 millones de casos diagnosticados cada año en el mundo. Teniendo una tendencia a producir unas 500.000 muertes anuales a nivel mundial, siendo la primera o segunda causa de muerte por cáncer en mujeres dependiendo de los países (solo por detrás del carcinoma de pulmón en muchos países desarrollados); debido a su tendencia en países menos desarrollados. Globalmente, el cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres (22,7% del total de cánceres femeninos). (9)

Al cáncer de mama se la define como una enfermedad sistémica, multifactorial, polimorfa identificada por la proliferación maligna, rápida, desordenada y no controlada de células con genes mutados que pertenece a diferentes tejidos de la glándula mamaria, específicamente a las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos de la mama. (9)

Existen diferentes factores de riesgos que aumentan las posibilidades de padecer el cáncer de mama, entre los más importantes esta los antecedentes familiares por línea materna (mama, hija, hermana o abuela) que haya padecido la enfermedad, uso prolongado de anticonceptivos orales, menarquía con menopausia tardía y la presencia de alteraciones genéticas, estas últimas siendo de mayor prevalencia en mujeres jóvenes.

Las edades juegan un rol importante en el cáncer de mama, mujeres menores de 40 años poseedoras de un tumor maligno en la mama se relaciona no solo con una menor supervivencia si no también con peores resultados clínicos y estéticos, esto debido a su prevalencia por la edad con los fenotipos más agresivos del tumor. Aquella mujer menor de 40 años tiene más probabilidad de fallecer de un cáncer en estadio I o II que mujeres mayores de 40 años.

Es donde el diagnóstico precoz tiene un papel fundamental para conseguir un buen pronóstico de la enfermedad, sobre todo en mujeres jóvenes. Un examen orientado por el especialista y las ya mencionadas mamografías son técnicas que mejoran la supervivencia en mujeres jóvenes con cáncer de mama mas no su incidencia. Los avances en el tratamiento, ha permitido mejorar los

resultados y aumentar la autoestima en mujeres que padecen esta terrible enfermedad. Sin dejar de mencionar que en muchos países de menor desarrollo el acceso a estas intervenciones sigue siendo limitado.

Las mujeres que padecen esta enfermedad y pasan por una mastectomía siendo el tratamiento quirúrgico más utilizado en los últimos años por su eficacia funcional mas no estético, debido a que es necesario retirar su glándula mamaria las pacientes sufren traumas psicológicos al tener una parte de su cuerpo mutilada, produciendo baja autoestima, e inseguridad. Por eso la importancia de que la paciente pueda optar por realizarse una reconstrucción mamaria para de esta forma elevar su autoestima, ya que esta cirugía además ayudara a la paciente a integrarse de nuevo a su vida social, laboral y sexual.

De acuerdo a la investigación realizada con una metodología descriptiva, retrospectiva y transversal en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil del Periodo 2018- 2019 nos indica que 162 pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico de las cuales solo 75 pacientes se les realizo una cirugía onco-reconstructiva, se pudo determinar que fue la cirugía conservadora con técnicas de oncoplasticas el tipo de cirugía más utilizado representando el 68% de las pacientes estudiadas y el 32% faltante la mastectomía más reconstrucción inmediata o diferida.

Se infiere que al analizar el resultado estético de la cirugía onco-reconstructiva arrojo que el 94% presentó muy buen resultado, el 4% buen resultado, 2% un resultado regular, en cuanto al nivel de autoestima de las pacientes en el actual estudio se obtuvo los siguientes resultados, el 90% presentó una muy buena autoestima, el 7% una buena autoestima, el 3% una autoestima regular. De esta manera se alcanzó el objetivo del proyecto porque se pudo determinar que las pacientes a las cuales se aplicó una cirugía onco-reconstructiva presentaron una ganancia en su autoestima.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigación sobre la aplicación de la cirugía onco-reconstructiva en pacientes jóvenes con cáncer de mama trata de establecer un patrón de importancia para el diagnóstico precoz y la mejora de la autoestima, debido a que en los últimos años uno de los más grandes problemas de salud pública que afronta la comunidad científica ecuatoriana son las enfermedades oncológicas, que se encuentran actualmente en un aumento progresivo de diagnóstico. Es importante además tener en consideración las diferentes curvas epidemiológicas de incidencia, mortalidad y supervivencia de esta enfermedad.

Tal es el caso que en el año 2018 se diagnosticaron aproximadamente 2.088.849 casos nuevos de cáncer de mama en el mundo y en la actualidad, es el tumor más frecuente en la población femenina y, aunque las tasas de cáncer de mama son más altas en países desarrollados, están aumentando en casi todas las regiones del mundo. (1)

La gravedad de esta patología se refleja en que se diagnostica a más mujeres con cáncer de mama que ningún otro cáncer, además del cáncer de piel. Se estima que este año se diagnosticará cáncer de mama invasivo a 268,600 mujeres en los Estados Unidos y se diagnosticará cáncer de mama in situ a 62,930 mujeres. (2)

Se estima que en el año 2020 se producirán 42,260 muertes (41,760 mujeres) producto del cáncer de mama.

El cáncer de mama en edades de 20 a 44 años tiene una incidencia de 416.677 a nivel mundial con una tasa de mortalidad de 81.400 mujeres y el riesgo absoluto de aumentar la cifra de aquí a 5 años hasta de 990.000 mujeres en el mundo. (1)

En el Ecuador, la incidencia de Cáncer de mama según estadísticas de 2018 hubo 28.058 casos nuevos de cáncer, en promedio existen 165 casos de cáncer en todas sus variedades por cada 100.000 mujeres.

En las mujeres ecuatorianas los cánceres más comunes según su incidencia son: mama 2787 (18,2%), cuello uterino 1612 (10,6%), tiroides 1374 (9%),

estómago 1225 (8%) y colon rectal 1123 (7,4%). (5)

Se estima que el cáncer de mama fue la causa de muerte de 626.679 personas en todo el mundo en 2018; y la causa más frecuente de muerte por cáncer en 11 regiones del mundo.

Constituye, igualmente, la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres (154% del total de fallecimientos por cáncer en la población femenina). Si consideramos los dos sexos, solo es superado en mortalidad por los cánceres de pulmón, estómago, colon rectal e hígado. (1)

Además, en España el cáncer de mama supone la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres con 6.579 fallecimientos estimados en 2018. Esto representa cerca del 17% de todos los fallecimientos por cáncer del sexo femenino en este país, y el 3,3 % del total de muertes entre las mujeres. (4)

En el Ecuador, el cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en las mujeres ocupando el lugar número 11 de la lista de causas generales de muerte femenina en el 2017. Donde de las 3.430 defunciones reportadas por esta causa entre el 2012 y 2017, el 99,3% de las personas que murieron por esta enfermedad fueron mujeres que corresponde a una tasa de mortalidad de 3,99 defunciones por cada 100.000 habitantes. (5)

Esta problemática mundial altera radicalmente el aspecto corporal de la mujer, debido a que al afrontar un diagnóstico de cáncer de mama cursa una etapa de temor y depresión reflejada en el sentimiento de no poseer control sobre sus cuerpos y que su feminidad está en riesgo. Al tener que afrontar un tratamiento quirúrgico, estos temores son amplificados. Toda mujer ve a sus pechos como un símbolo de maternidad y sexualidad. Los diferentes procedimientos quirúrgicos como la mastectomía cambian drásticamente el aspecto físico de la mujer debido a la mutilación de uno o ambos senos, produciendo la disminución de su autoestima. La ansiedad y la depresión son, generalmente, considerados como la comorbilidad psicopatológica más importante en el cáncer de mama, más de un tercio de las pacientes podrían experimentar desórdenes psicopatológicos. La morbilidad psicológica se ve influenciada por múltiples antecedentes y factores concomitantes los cuales afectan a la función psíquica y la calidad de vida. (6)

1.2 JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es el más común en mujeres de todo el mundo, representa el 16% del total de casos por neoplasias. Además, cada año se detectan 1.38 millones de nuevos casos y se registran 458 mil muertes. En nuestro país, hasta junio de 2018 se realizaron 1.287 nuevas atenciones con diagnóstico de cáncer de mama, de las cuales 1.254, corresponden a mujeres representando el 97,6% de los casos presentados por esta patología datos obtenidos Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias. (5)

Se considera que el 7% de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican antes de los 40 años. De todos los tipos de cáncer diagnosticados en mujeres, más del 40% corresponde al cáncer de mama a la edad de 40 años, un 20% a los 30 y aproximadamente un 2% a los 20 años. La incidencia del cáncer de mama sigue una tendencia exponencial hasta los 40 años, manteniéndose después más lineal con la edad. (7)

En comparación con los otros tipos de cáncer, el diagnóstico de cáncer de mama es el que más afecta negativamente en la autoimagen de quienes lo padecen; por lo tanto, es de tomar en cuenta que el tipo de tratamiento que se lleve a cabo tendrá implicaciones, ya que cada intervención o tratamiento conlleva afectaciones tanto físicas y sentimentales; por ejemplo, en el caso de la quimioterapia donde se observa la caída del cabello, despigmentación de las uñas, variaciones en el peso, pérdida del seno, entre otras. Por otra parte, está la reconstrucción mamaria que por lo general es bien recibida por la paciente ya que puede contribuir a la mejora de su autoestima.

En el caso de la mastectomía ha sido señalada como aquella que produce un mayor deterioro en el nivel de funcionamiento sexual de las pacientes, esta ejerce un efecto muy negativo sobre la imagen corporal, la sexualidad, el deseo y la relación con el propio cuerpo, todo lo cual repercute negativamente sobre la vida social y su satisfacción, incluso después del primer año pos mastectomía.

Aquellas mujeres sometidas a una reconstrucción mamaria tras la mastectomía presentaron menor deterioro de su aspecto físico y autoestima que aquellas que no se sometían a la misma. Por lo tanto, la reconstrucción mamaria

se consideraría el proceso de restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico de las pacientes mastectomizadas. Se sostiene que la reconstrucción mamaria debe considerarse parte esencial del tratamiento y rehabilitación de las pacientes con cáncer de mama. La reconstrucción inmediata evita que la mujer se enfrente directamente con la pérdida de la mama, logrando así un menor impacto psicológico y reduciendo los efectos psicológicos negativos producidos por la mastectomía. (8)

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el índice de la cirugía oncoreconstructiva y su impacto sobre la autoestima en mujeres jóvenes con cáncer de mama?

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ✓ ¿En qué rango de edad se realizó mayor número de cirugías oncoreconstructiva?
- ✓ ¿Cuáles son las indicaciones para poder realizar una cirugía oncoreconstructiva mamaria?
- ✓ ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes que se pueden presentar al realizar una cirugía oncoreconstructiva?
- ✓ ¿Cuál es la estadística real de cáncer de mama en mujeres jóvenes?
- ✓ ¿Cuáles son los métodos de diagnósticos más adecuados para mujeres jóvenes con cáncer de mama?

1.5 OBJETIVO GENERAL

Determinar la aplicación de la cirugía oncoreconstructiva en mujeres jóvenes con cáncer de mama para ganar autoestima.

1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Reconocer cuando está indicada la cirugía onco-reconstructiva en cáncer de mama en mujeres jóvenes.
- ✓ Informar sobre las diferentes técnicas onco-reconstructivas que se pueden aplicar en las pacientes jóvenes con cáncer de mama
- ✓ Demostrar la eficacia de la cirugía onco-reconstructiva en el tratamiento de cáncer de mama en mujeres jóvenes.

1.7 ALCANCE

La investigación se encuentra delimitada a realizarse en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil PERIODO 2018- 2019

1.8 HIPÓTESIS

La aplicación de la cirugía onco-reconstructiva en mujeres jóvenes con cáncer de mama aumentará su autoestima.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DEFINICIÓN

El cáncer se define como una palabra muy amplia ya que esta engloba más de 200 tipos de enfermedades. Cada uno de estos tipos llega a tener características completamente distintas al resto de los cánceres, por sus causas, su evolución y su tratamiento específicos. (3)

Según la Asociación Española contra el cáncer, este es mencionado como el tumor maligno que se da origen en el tejido de la glándula mamaria, y da a lugar cuando las células provienen del tejido glandular de la mama con la capacidad de entrar en los tejidos sanos de alrededor y tiene el alcance a órganos alejados hasta implantarse en ellos. (3)

Con los años el término carcinoma se refiere a la neoplasia maligna más frecuente de la mama, incluyendo al cáncer de mama como la neoplasia maligna no cutánea más común en mujeres. La repercusión del cáncer de mama comenzó a aumentar en mujeres mayores, acrecentando la inquietud de que existía un factor medioambiental no identificado, por tanto, existe una gran predisposición a mejorar la forma de vida de las mujeres afectadas por el cáncer de mama.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres, son más de 1,2 millones de casos diagnosticados cada año en el mundo. Este cáncer produce unas 500.000 muertes anuales en todo el mundo, siendo la primera o segunda causa de muerte por cáncer en mujeres dependiendo de los países (está por detrás del carcinoma de pulmón en muchos países desarrollados). Globalmente, el cáncer de mama es el tumor más frecuente entre las mujeres (22,7% del total de cánceres femeninos). (9)

Este tipo de cáncer también ocupa la quinta causa de muerte por cáncer (552.000 muertes) y aunque es la causa de muerte más frecuente por cáncer en los países menos desarrollados, comenzó a ocupar el segundo lugar en muerte por cáncer en las regiones más desarrolladas después del cáncer de pulmón. (7)

Los distintos factores en relación con el cáncer de mama han llevado a este tipo de cáncer consolidarse como un problema prioritario de salud pública en América Latina. Para el año 2020 se estima que en el mundo habrá cerca de dos millones de casos nuevos, de los cuales 76% se originaran en países de ingresos medios y bajos, y de estos, adjudicándole un 20% en América Latina, donde año a año se diagnostican 114 900 casos nuevos y mueren a causa de la enfermedad 37 000 mujeres. (9)

La tasa de supervivencia en mujeres jóvenes es tan reducida en países menos desarrollados por la falta de asesoramiento de detección precoz, que conlleva a una alta proporción de mujeres con un estadio avanzado de la enfermedad y a una carencia de medios adecuados para el diagnóstico y tratamiento.

2.3 CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES

La determinación de “mujer joven” en el contorno de la oncología mamaria varia, concluyendo en que la definición “joven” se da para las mujeres de edades entre 35 a menores de 44 años.

Se considera que el 7% de las mujeres con cáncer de mama se diagnostican antes de los 40 años. De todos los tipos de cáncer diagnosticados en mujeres, más del 40% corresponde al cáncer de mama a la edad de 40 años, un 20% a los 30 y aproximadamente un 2% a los 20 años. La incidencia del cáncer de mama sigue una tendencia exponencial hasta los 40 años, manteniéndose después más lineal con la edad. (7)

La valoración de la enfermedad en mujeres jóvenes va ligada con un porcentaje de menor supervivencia y fatales resultados clínicos, donde preponderan fenotipos más agresivos del tumor.

Debido a diferentes factores mencionados anteriormente se mantiene la tendencia en que las mujeres menores de 40 años es más probable que mueran de un cáncer en estadio I o II que mujeres mayores de 40 años (un 44 a un 9% respectivamente) y prevalece también una menor supervivencia. Debido a lo mencionado se debe categorizar al cáncer de mama en este subgrupo de la población como una entidad diferente de la enfermedad. (7)

En el departamento de Gestión de la Información y Producción estadística de SOLCA-GUAYAQUIL entre el año 2018 y 2019 se diagnosticaron 1671 casos

de cáncer de mama de los cuales 377 fueron mujeres entre 20 y 44 años que representan el 23 % del total de los casos.

2.4 FACTORES DE RIESGO

2.4.1 Raza y edad

La incidencia del cáncer de mama tiene una gran relación según la raza. Teniendo una gran prevalencia en mujeres blancas y afroamericanas que en asiáticas o hispanoamericanas. En países desarrollados como los Estados Unidos el cáncer de mama es más frecuente en mujeres blancas que negras. Sin embargo, las féminas afroamericanas por debajo de los 35 años presentan el doble de repercusión de cáncer de mama invasivo y tres veces más mortalidad que las mujeres blancas. (7)

El gran riesgo de padecer cáncer de mama va aumentando gradualmente a la edad de la mujer, teniendo como mayor prevalencia a las mujeres mayores de 50 años. Sin embargo, el cáncer de mama y ovario (en menor grado) tienden a ocurrir en una edad más temprana sobre todo en aquellas con una susceptibilidad genética que pasa en mujeres con casos esporádicos. (10)

2.4.2 Historia familiar

De diferentes estudios en mujeres con cáncer de mama, el 5 al 10% de ellas tienen una madre o hermana con cáncer de mama, y aproximadamente el doble tiene un familiar de primer grado (FDR) o un familiar de segundo grado con cáncer de mama. El riesgo aumenta con el número de parientes afectados, la edad en el momento del diagnóstico, la aparición de cánceres de mama bilaterales o múltiples ipsilaterales en un miembro de la familia y el número de parientes varones afectados. (10)

2.4.3 Factores hormonales

Se ha evidenciado que una menarquia precoz va a estar asociada a un aumento del riesgo de padecer cáncer de mama. También se refleja que el retraso de la menarquia en dos o más años reduce el riesgo de padecer cáncer de mama en un 10%. Estos resultados son acordes con los obtenidos en pacientes que ya han pasado su menopausia.

Factores como tener el primer embarazo a una edad temprana o un mayor número de embarazos se asocia a un menor riesgo en comparación con

aquellas mujeres nulíparas o que presentan embarazos a edades más tardías.
(7)

2.4.4 Anticonceptivos Orales

En el caso de los anticonceptivos orales (AO) tienen el alcance de producir un ligero incremento en el riesgo de cáncer de mama entre las usuarias a largo plazo, pero esto parece ser un efecto a corto plazo. Distintos metaanálisis muestran el riesgo de cáncer de mama asociado con el uso de anticonceptivos orales con poca variación en relación con los antecedentes familiares de cáncer de mama. (10)

2.4.5 Estilo de vida

Aproximadamente un 10% por cada 10 g de ingesta diaria de alcohol (entre una bebida o menos) es el balance de aumento al riesgo de padecer cáncer de mama en la población femenina. Estudios previos de portadores de variantes patógenas *BRCA1* / *BRCA2* no encontraron un mayor riesgo asociado con el consumo de alcohol.

El agregar actividad física en el día a día se ha asociado con una reducción del riesgo de cáncer de mama en la mayoría de los estudios epidemiológicos
10

La obesidad tiene una relación más compleja presentando una modulación por el estado menopáusico. La ganancia de peso y la obesidad aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas; debido probablemente a los niveles superiores de estrógenos a nivel endógeno ya que el tejido adiposo es una fuente importante de estrógenos tras la menopausia cuando los ovarios dejan de producir la hormona.

Por otra parte, la obesidad en las mujeres premenopáusicas se ha asociado a un descenso en el riesgo de padecer cáncer de mama por razones aún desconocidas. (7)

2.5 CÁNCER DE MAMA HEREDITARIO

Uno de los factores más importante para desarrollar cáncer de mama es la historia familiar, diferentes estudios genéticos muestran que alrededor del 27% del cáncer de mama se debe a factores hereditarios, sin embargo, solo entre un 5-10% de los casos de cáncer de mama tiene un fuerte componente hereditario.
(7)

Las mutaciones BRCA-1 representan cerca del 5%. El gen BRCA-1 se encuentra en el cromosoma 17q21; es un gen supresor de tumores que parece intervenir en la corrección de las mutaciones asociadas a la transcripción del DNA. La mutación del BRCA-2 en el cromosoma 11 está presente en 2 a 3% de los casos de cáncer mamario. Esta mutación se asocia a un mayor riesgo de cáncer mamario tanto en varones como en mujeres.

Cambios en otros genes: otras mutaciones genéticas podrían también conducir a cánceres de seno hereditarios. Estas mutaciones genéticas se presentan con mucha menos frecuencia y por lo general no aumentan el riesgo de cáncer de seno. (11)

- ✓ **ATM:** Heredar una copia mutada de este gen ha sido asociado a una alta tasa de cáncer de seno en algunas familias.
- ✓ **TP53:** Las mutaciones hereditarias de este gen causan el síndrome de Li-Fraumeni. Las personas con este síndrome tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de seno.
- ✓ **CHEK2:** La mutación de este gen puede aumentar el riesgo de cáncer de seno alrededor del doble.
- ✓ **PTEN:** Los defectos en este gen también pueden causar un síndrome diferente llamado síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba que no se cree que esté asociado con el riesgo de cáncer de seno.
- ✓ **CDH1:** Las mujeres con mutaciones en este gen también tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de seno lobulillar invasivo.
- ✓ **STK11:** los defectos en este gen pueden causar el síndrome Peutz-Jeghers tienen un mayor riesgo de muchos tipos de cáncer, incluyendo cáncer de seno.
- ✓ **PALB2:** Los defectos (mutaciones) en este gen pueden llevar a un mayor riesgo de cáncer de seno.

2.6 FORMA DE PRESENTACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES

El cáncer de mama presenta distintas etapas iniciales que se presenta de manera subclínica en gran parte de los casos, va a ser únicamente detectable por estudios de imagen (mamografía, ecografía y resonancia magnética), en muy poca proporción por clínica (tumores palpables); también prevalece otra

forma de presentación común la que es como un tumor no doloroso que hasta en 30% se asocia a adenopatías axilares. (12)

Hay varias maneras en las que la presentación de cáncer de mama puede diferir en las mujeres menores de 40 años en comparación con su presentación en las mujeres mayores. La mayoría las mujeres jóvenes con cáncer de mama se presentan con síntomas (93 % en un estudio de Australia). Las mujeres mayores, por el contrario, tienen más probabilidad de presentar cáncer de mama detectado por un examen de cribado que un cáncer sintomático esto debido al cribado que se ha establecido en esa población. (12)

El estadio es fundamental para decidir el tratamiento. Cuanto menos avanzado es el estadio, mejor es el pronóstico. La estadificación se realiza generalmente dos veces: después del examen clínico y radiológico, y después de la cirugía. Si se ha realizado una operación quirúrgica, la estadificación también puede verse influida por la exploración en laboratorio del tumor y de los ganglios linfáticos extirpados.

2.7 DENSIDAD MAMARIA

La densidad mamaria se refiere a la apariencia de la mama. La densidad mamaria refleja cantidades variables de grasa (oscuro áreas en las mamografías), tejido estromal y epitelial (áreas blancas en las mamografías) en el pecho.

El Colegio Americano de Radiología (ACR) especifica que la densidad mamaria se clasifica en cuatro tipos dependiendo de la cantidad de tejido mamario presente: ACR A predominante adiposo (tejido mamario 25 %, siendo el resto grasa), ACR B: fibroglandular (presenta entre el 25 y 50 % de tejido mamario), ACR C heterogéneamente denso (entre el 50 y 75 % de tejido mamario) y ACR D extremadamente denso (contiene más del 75 % de tejido mamario). El tejido adiposo se considera un factor determinante para la detección de lesiones. Puesto que el tejido mamario es más denso que la grasa, los rayos X no pasan con facilidad a través de él dando lugar a las zonas más blancas y opacas fáciles de confundir con las lesiones. Por tanto, el nivel de dificultad para la detección es menor en los tejidos predominantemente adiposos y mayor en los extremadamente densos.

Un cierto número de factores puede afectar la densidad de los senos, tales como la edad, menopausia, el uso de ciertos medicamentos como la Terapia Hormonal de la Menopausia, el embarazo y la genética.

La frecuencia de mamas densas disminuye con aumento de la edad, con un 62 % de las mujeres en los 30 años que tienen más de 50 % de mama densa en comparación con el 27 % de las mujeres en a los 60 años. Varios estudios muestran disminución de la sensibilidad mamográfica en las mujeres más jóvenes. (9)

2.8 DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES

2.8.1 Examen físico

Se le examinarán minuciosamente los senos para localizar la presencia de cualquier protuberancia o área sospechosa y para palpar su textura, tamaño y relación con la piel y los músculos del tórax. Se identificarán todos los cambios en los pezones o en la piel de los senos. Es posible que se palpen los ganglios linfáticos axilares o los que se encuentran sobre la clavícula, ya que el agrandamiento o la firmeza de estos ganglios linfáticos puede indicar la propagación del cáncer de seno. Su médico también realizará un examen físico completo para saber cuál es su estado general de salud y si existe evidencia de que el cáncer se ha propagado.

Si los síntomas y/o los resultados del examen físico sugieren la presencia de cáncer de seno, probablemente se realizarán más pruebas. Éstas pudieran incluir estudios por imágenes, análisis de muestras de secreción del pezón, o realizar biopsias de las áreas sospechosas.

2.8.2 Estudio por imágenes para detectar el cáncer de mama

✓ Mamografía

Una mamografía es una radiografía de los senos. Las mamografías son usadas para detectar la enfermedad en las glándulas mamarias en las mujeres que no presentan señales ni síntomas de un problema en los senos. Un mamograma de diagnóstico puede mostrar:

✓ Que la anomalía no es motivo de ninguna preocupación. En estos casos, la mujer puede volver a hacerse mamogramas rutinarios cada año.

✓ Una lesión (área de tejido anormal) tiene una alta probabilidad de ser benigna (no cancerosa). En estos casos, es común pedirle a la paciente que regrese más pronto de lo usual para su próximo mamograma, generalmente en 4 a 6 meses.

✓ Que la lesión es motivo de más sospecha y que es necesario realizar una biopsia para determinar si es cancerosa.

El sistema BI-RADS (siglas del inglés Breast Imaging Reporting and Database System) fue desarrollado por el colegio americano de Radiología como una herramienta de evaluación de calidad estandarizada para la categorización de los hallazgos imagenológicos y sus reportes son universalmente reconocido.

Los hallazgos mamográficos se clasifican en: BI-RADS 0: No concluyente por lectura incompleta, BI-RADS 1: Mama normal (calcificaciones dérmicas, calcificaciones vasculares, microquistes liponecróticos. ganglios linfáticos axilares con cambios grasos), BI-RADS 2: Benigna (Nódulos, microcalcificaciones), BI-RADS 3: Hallazgos probablemente benignos (nódulo solitario, microcalcificaciones amorfas agrupadas, densidad asimétrica focal, asimetría ductal), BI-RADS 3: Hallazgos probablemente benignos, BI-RADS 4: Anomalías sospechosas, BI-RADS 5: Altamente sugerente de malignidad, BI-RADS 6- Malignidad confirmada histológicamente, pero antes de iniciarse un tratamiento definitivo.

La sensibilidad de la Mamografía es del rango de 63% a 98% y se ha reportado ser tan bajo como 30% - 48% en mamas densas, lo cual confirma que no todos los cánceres son detectados en la mamografía. Un cáncer no visible en la mamografía corresponde a un cáncer detectado por otros métodos imagenológicos y que al momento de la mamografía no produce alteraciones significativas. Los factores que afectan la sensibilidad de la mamografía se incluyen a los factores de las pacientes (uso de terapia de reemplazo hormonal, densidades mamarias en la mamografía), factores técnicos (calidad de la

mamografía, el número de vistas mamográficas) y factores profesionales (experiencia del Radiólogo y su pericia para reconocer un examen anormal y la elección de la evaluación siguiente de una mamografía anormal). (9)

✓ **Mamografía con contraste**

La mamografía espectral con realce de medio de contraste y sustracción (CESM) es un método relativamente nuevo y alternativo a la resonancia magnética (RM), cuyos objetivos son evaluar la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), así como el aumento de la permeabilidad de los tejidos tumorales que son metabólicamente activos y demandan gran cantidad de nutrientes. (9)

La CESM tiene la ventaja de ser de fácil acceso, rápida de realizar y de informar. Tiene una sensibilidad similar a la MR, con una buena correlación del tamaño tumoral con la histología y ayuda a determinar si existe multifocalidad del tumor. Entre sus desventajas se puede resaltar el uso de radiación ionizante con una tasa de falsos negativos del 4 al 8 % dado por neoplasias in situ de bajo grado con poca vascularización. También tiene la imposibilidad de evaluar adecuadamente la axila y la reja costal. Entre las contraindicaciones se encuentra la insuficiencia renal, reacciones alérgicas conocidas al yodo y el embarazo. Su uso en prótesis mamaria es limitado, por lo que se prefiere la utilización de la resonancia magnética de mama en estos casos. (9)

✓ **Imagen por Resonancia Magnética**

La MRI puede usarse con la mamografía con el fin de detectar si en las mujeres hay un alto riesgo de cáncer de seno, o puede usarse para examinar mejor las áreas sospechosas que se encuentran mediante una mamografía. Además, la MRI a veces se usa en las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de seno para determinar mejor el tamaño real del cáncer y para buscar cualquier otro cáncer en el seno.

La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) recomienda que todas las mujeres en alto riesgo (mujeres con un riesgo permanente de cáncer de mama mayor que 20 %) se realicen anualmente una IRM de mama y una mamografía. Para la mayoría de las mujeres, estos controles combinados deben comenzar a la

edad de 30 años y continuar mientras la mujer goce de buena salud. De acuerdo con las pautas de la ACS, entre las mujeres con alto riesgo se cuentan:

- ✓ Quienes poseen una mutación en el gen *BRCA1* o *BRCA2* confirmada.
- ✓ Quienes tienen un pariente en primer grado (madre, padre, hermano, hermana o hijo) con mutación en el gen *BRCA1* o *BRCA2* y no se han realizado un análisis genético.
- ✓ Quienes descubren que tienen un riesgo permanente de cáncer de mama del 20-25 % o mayor, de acuerdo con las herramientas de evaluación de riesgo basadas principalmente en los antecedentes familiares.
- ✓ Quienes se hayan sometido a terapia de radiación en el tórax por otro tipo de cáncer, como la enfermedad de Hodgkin, entre los 10 y 30 años.
- ✓ Quienes tengan diagnóstico de enfermedad genética como el síndrome de Li-Fraumeni, el síndrome de Cowden o el síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba o algún pariente en primer grado que haya sido diagnosticado con uno de estos síndromes. (12)

✓ **Ecografía**

La ecografía conocida también como sonografía o ultrasonido utiliza ondas sonoras para delinear cierta parte del cuerpo. En este examen, se procederá a colocar un pequeño aparato en la piel que luce como un micrófono llamado transductor (se lubrica primero con gel para ecografía). El transductor emite ondas sonoras y detecta los ecos a medida que rebotan de los tejidos del cuerpo. Una computadora convertirá los ecos en una imagen en blanco y negro que aparecerá en una pantalla. La ecografía permite conocer el contenido así el médico se dará cuenta si es sólido (fibroadenoma) o líquido (quiste).

La ecografía de la mama tiene muchas ventajas: la primera y más evidente es la ausencia de radiaciones, por lo que se pueden realizar controles con cierta periodicidad sin el riesgo de provocar una lesión a las pacientes, sobre todo a las embarazadas; las mediciones tumorales son más precisas que las realizadas por mamografía puesto que pueden detectarse tumores menores de 1 cm con el uso de transductores de alta frecuencia (10 MHz), lo cual permite monitorear

mejor la respuesta de la terapia adyuvante en aquellas pacientes a las cuales no se les ha realizado tratamiento quirúrgico; es un proceder muy útil en el seguimiento de pacientes operadas para detectar metástasis locales y regionales en partes blandas; permite localizar exactamente el tumor y medir su profundidad con exactitud para la realización de citologías aspirativas con aguja fina (CAAF) lo que disminuye así el número de muestras no útiles o de falsos negativos; finalmente, puede hacerse una valoración ecográfica de los ganglios regionales, dato indispensable para el estadiaje clínico de las pacientes previo al tratamiento quirúrgico.(9)

✓ **Tomosíntesis o Mamografía 3D**

Por el momento este método diagnóstico no cuenta con las pruebas suficientes como para considerarlo rutinario en el screanning de cáncer de mama, aunque fue aprobado en el 2011 por la Food and Drugs Administration (FDA), ya que estudios realizados no demuestran una mayor precisión diagnóstica para los médicos radiólogos; sin embargo, como dato adicional esta técnica presenta una radiación menor de 3 miligrays en relación con la mamografía convencional. (12)

2.8.3 Biopsia

Si existe algún hallazgo en los estudios de imagen que no sea concluyente se recomienda la realización de una biopsia para investigar de mejor manera el tejido mamario, lo cual nos permitirá tomar una decisión terapéutica adecuada dependiendo de cada caso. Existen dos tipos de técnica para la toma de muestra que son la biopsia con aguja percutánea, dentro de la cual se considera la biopsia por aspiración con aguja fina y la biopsia por aspiración con aguja gruesa, y la biopsia quirúrgica que está reservada para el 5 al 10% de las pacientes que no se puede realizar biopsia con aguja percutánea como son toma de muestra en lugares de difícil acceso (lesiones cercanas a la pared torácica) o implantes mamarios. (12)(13)

✓ **Biopsia por tru-cut**

La técnica de tru-cut o por punción, que permite obtener varias muestras de tejido para su estudio, requiere anestesia local y una diminuta incisión. Con las muestras obtenidas se podrá determinar si el tumor es maligno y que tipo de tumos es. Se suele utilizar en aquellos tumores que son fáciles de palpar y dan sospechas de ser cancerígenos.

✓ **Biopsia excisional e incisional**

En la biopsia excisional el cirujano extraerá la masa o el área anormal totalmente, así como los márgenes alrededor del tejido del seno que parecen normales. La biopsia incisional se llevará a cabo si la masa es demasiado grande como para ser extirpada con facilidad, se extirpará solo una parte de la masa.

✓ **Biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF)**

Técnica en la cual se extrae tejido mamario sospechoso mediante una aguja que es más fina que la utilizada para toma de muestras de sangre, conectada a una jeringuilla, para posteriormente ser analizada bajo el lente de un microscopio. Si el nódulo es palpable se lo realiza directamente, caso contrario se lo hace con la ayuda de un ecógrafo. Este método diagnóstico es sencillo de realizar, pero conlleva varias desventajas como son la posibilidad de dejar escapar un cáncer si no se toma la muestra en células tumorales, y si se determina un cáncer que no se sepa el grado de invasión que tenga el mismo además de no tener muestra suficiente para realizar otros estudios necesarios como lo es la inmunohistoquímica.

✓ **Biopsia del ganglio centinela**

Una biopsia de ganglio linfático centinela es un procedimiento en el que se identifica, se extirpa y se examina el ganglio linfático centinela que es el primer ganglio afectado si hay diseminación del tumor, esta biopsia sirve para determinar si hay células cancerosas presentes.

Un resultado negativo de dicha biopsia sugiere que el cáncer no ha adquirido la capacidad para diseminarse a los ganglios linfáticos cercanos o a otros

órganos. Por el otro lado, un resultado positivo de la biopsia indica que el cáncer está presente en el ganglio linfático centinela y que podría encontrarse en otros ganglios linfáticos cercanos y, posiblemente, en otros órganos. Este estudio ayudara para que el cirujano decida si realiza o no la linfadenectomia axilar y evitando las complicaciones de la misma como linfedema, seroma, parestesia y limitación funcional en el miembro afecto.

✓ **Inmunohistoquímica para cáncer**

La Inmunohistoquímica es una técnica mediante la cual se detecta la presencia de un péptido o proteína en una célula o tejido, utilizando un anticuerpo (monoclonal ó policlonal, IgG o IgM) específico contra él. La técnica está basada en la reacción antígeno–anticuerpo y por ello el anticuerpo primario que se utilice debe haber sido generado en una especie diferente a la que se está estudiando.

La Inmunohistoquímica (IHQ) es un componente imprescindible de la evaluación patológica de muchos especímenes y proporciona cada vez más la información clave que ayuda a determinar el tratamiento para los pacientes. Se ha identificado la sensibilidad de la IHQ en la clasificación de tumores con el 76% y la especificidad de un 100%. (12)

2.8.4 Pruebas de expresión genética del cáncer de mama

Las pruebas de expresión genética son una forma de medicina personalizada, una forma de aprender más sobre su cáncer y adaptar su tratamiento. Estas pruebas se realizan en células de cáncer de mama después de una cirugía o una biopsia para observar los patrones de varios genes diferentes. Los patrones encontrados pueden ayudar a predecir si es probable que ciertos cánceres de mama en etapa temprana reaparezcan después del tratamiento inicial. Los médicos también pueden utilizar la información de algunas de estas pruebas para saber qué mujeres probablemente se beneficiarán de la quimioterapia después de la cirugía de mama. En la actualidad se consta de las siguientes pruebas. (14)

✓ **Oncotype DX**

La prueba Oncotype DX se usa para tumores con receptores de hormonas positivos en estadio I, II o IIIa que no se han diseminado a más de 3 ganglios linfáticos y son HER2 negativos. También se puede utilizar para DCIS (carcinoma ductal in situ o cáncer de mama en estadio 0).

Esta prueba analiza un conjunto de 21 genes en células cancerosas de muestras de biopsia de tumor o cirugía para obtener una "puntuación de recurrencia", que es un número entre 0 y 100. La puntuación refleja el riesgo de que el cáncer de mama regrese (recurra) en durante los próximos 10 años y la probabilidad de que se beneficie de recibir quimioterapia después de la cirugía.

Una puntuación baja (0-25) significa un bajo riesgo de recurrencia. La mayoría de las mujeres con puntuaciones de recurrencia bajas no se benefician de la quimioterapia y tienen buenos resultados cuando se tratan con terapia hormonal.

Una puntuación alta (26-100) significa un mayor riesgo de recurrencia. Es más probable que las mujeres con puntuaciones altas de recurrencia se beneficien de la adición de quimioterapia a la terapia hormonal para ayudar a reducir la probabilidad de que el cáncer regrese.

Para las mujeres de 50 años o menos que tienen una puntuación de recurrencia baja de 16 a 25, puede haber un beneficio pequeño o moderado de la adición de quimioterapia. Habla con tu médico sobre tus opciones. (14)

✓ **MammaPrint**

La prueba MammaPrint se puede utilizar para ayudar a determinar la probabilidad de que los cánceres de mama reaparezcan en una parte distante del cuerpo después del tratamiento. Se puede usar para cualquier tipo de cáncer de mama invasivo que mida 5 cm (aproximadamente 2 pulgadas) o menos y se haya diseminado a no más de 3 ganglios linfáticos. Esta prueba se puede realizar independientemente de la hormona del cáncer y el estado de HER2.

La prueba analiza 70 genes diferentes para determinar si el cáncer tiene un riesgo bajo o alto de regresar (recurrir) en los próximos 10 años. Los resultados de la prueba regresan como "bajo riesgo" o "alto riesgo". Esta prueba también

se está estudiando como una forma de determinar si ciertas mujeres podrían beneficiarse de la quimioterapia. (14)

✓ **Prosigna**

La prueba Prosigna se puede utilizar para predecir el riesgo de recurrencia en los próximos 10 años en mujeres que han pasado por la menopausia y cuyos cánceres de mama invasivos son receptores de hormonas positivos. Se puede usar para evaluar cánceres en etapa I o II que no se han diseminado a los ganglios linfáticos, o cánceres en etapa II con no más de 3 ganglios linfáticos positivos. La prueba analiza 50 genes y clasifica los resultados como de riesgo bajo, intermedio o alto. (14)

2.9 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE LOS SENOS

Es una cirugía que reconstruye los senos de las mujeres los cuales han sido extirpados total o parcialmente. La cirugía reconstruye los senos de tal manera que se obtenga la misma forma y tamaño de sus senos originales. También se puede reconstruir el pezón y la areola.

La reconstrucción mamaria debe plantearse a todas las pacientes que requieran tratamiento quirúrgico de cáncer de mama que conlleve deformidad estética importante, después de una mastectomía simple o radical; cirugía conservadora, y simetrización. La técnica será indicada por el cirujano oncólogo reconstructivo.

La mayor parte de las mujeres a las cuales se les ha realizado una mastectomía pueden optar por realizarse esta cirugía. Al momento de querer realizar una reconstrucción mamaria los factores que intervendrán para la elección de la técnica adecuada son los siguientes:

- ✓ Estadio de la enfermedad.
- ✓ Tratamientos quirúrgicos adyuvantes que pueda requerir.
- ✓ Factores individuales como edad, constitución (general y concretamente de Mama) y patologías de la paciente.

2.9.1 Reconstrucción inmediata

Se realiza, o se inicia, al mismo tiempo que se hace la mastectomía. Esto significa que tendrá un mejor resultado. La reconstrucción inmediata significa

que la paciente no se le tendrá que realizar varias cirugías y evitara confrontar el hecho de ver su mama mutilada por completo. (16)

Indicaciones

- ✓ Edad: menor de 60 años
- ✓ Estadio de la enfermedad:
- ✓ Pacientes que requieran mastectomía
- ✓ Con BSGC (Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela) negativa
- ✓ Que no necesiten tratamiento radioterápico adyuvante
- ✓ Con índice de masa corporal menor de 35
- ✓ Sin patologías asociadas de riesgo
- ✓ Sin hábitos que contraindiquen la cirugía de elección: Tabaco, Alcohol y otras dependencias.

En los pacientes en los que se optó por prótesis y expansor se puede vincular como complicación con contracturas capsulares. Si el paciente llega a requerir radioterapia después de la reconstrucción este riesgo aumenta. Es preferible que se realice con la prótesis mamaria y no con el expansor, aunque esa decisión dependerá del acuerdo entre el cirujano reconstructivo y el radioterapeuta.

La obesidad extrema se vincula a una mayor posibilidad de dificultades postoperatorias, y los resultados estéticos no sean los deseados. Debido a esto no es recomendable la reconstrucción inmediata en estos pacientes.

Técnicas que pueden realizarse

- ✓ Prótesis
- ✓ Expansores y prótesis.
- ✓ Colgajo de dorsal ancho con o sin prótesis.
- ✓ Colgajo TRAM pediculado.
- ✓ Colgajos libres (con microcirugía): TRAM libre y colgajo DIEP. Colgajo Gracilis.

La técnica reconstructiva que será la indicada depende de diversos factores individuales como son la edad, constitución mamaria, patologías asociadas y de gran importancia la voluntad del paciente.

Después del primer tiempo de la reconstrucción se planificará el segundo tiempo que será en conjunto con la paciente y familiares pudiendo optar por las siguientes alternativas:

- ✓ Recambio por prótesis definitiva.
- ✓ Cirugía de simetrización de la mama contralateral, que dependiendo de la voluntad del paciente se puede realizar en el mismo tiempo quirúrgico.
- ✓ Reconstrucción del pezón: se realiza como cirugía ambulatoria con anestesia local.
- ✓ Micropigmentación de areola: Da coloración al complejo telo areolar, evitando la necesidad de injertos cutáneos. Se realiza con anestesia tópica o local en régimen ambulatorio.

2.9.2 Reconstrucción diferida

Esta técnica quirúrgica se ofrece a toda paciente que ha pasado por una mastectomía y no se ha sometido a una reconstrucción. Por lo tanto, se le realizara la reconstrucción después de terminar los tratamientos adyuvantes necesarios.

Para realizar la reconstrucción mamaria no existen contraindicaciones relacionadas con el estadio de la enfermedad para no realizar la cirugía. En la actualidad para realizar la reconstrucción mamaria no ha sido desaconsejado esperar un tiempo determinado tras el tratamiento primario. Una vez que la paciente haya terminado con el tratamiento de la quimioterapia y radioterapia se puede dar paso a la reconstrucción.

Las técnicas por utilizarse en la reconstrucción diferida son similares a la inmediata y la elección de dicha técnica dependerá de múltiples factores ya mencionados anteriormente. El haber estado sometida a radioterapia puede limitar el uso de prótesis y expansores debido a la retracción del tejido que puede producirse. (16)

2.9.3 Cirugía de simetrización

En ciertas ocasiones es necesario para complementar la reconstrucción de los senos realizar una cirugía de la mama colateral para obtener resultados más aceptables. Puede ser que se requiera una mamoplastia de reducción, aumento o mastopexia.

2.9.4 Cirugía de rescate

Cuando se da el caso de tumores agresivos y avanzados localmente o se dan complicaciones en la terapia se puede optar por técnicas de cobertura de colgajos pediculados o libres con microcirugía.

2.9.5 Cirugía profiláctica

Esta cirugía siempre está en contradicción debido al alto riesgo genético al llevarla a cabo. Esta cirugía se realiza para extraer un órgano o glándula sin signos de cáncer para así poder prevenir el mismo.

2.9.6 Cirugía conservadora

Consiste en la resección completa de tumor con un margen oncológico de tejido sano, que se realiza de una manera estética aceptable, y que en pacientes adecuadamente seleccionados es equivalente a la mastectomía en términos de recurrencia y supervivencia. Este tipo de procedimiento está indicado en pacientes con tumores menores de 3 cm, siempre y cuando la relación mama-tumor sea respetada. Por ende, deben tenerse en cuenta 3 puntos el tamaño tumoral, el volumen mamario y la localización del tumor. La evaluación quirúrgica de los ganglios axilares forma parte rutinaria de la cirugía conservadora y esto puede realizarse mediante una disección radical de axila o la técnica de ganglio centinela.

Se puede contar con diferentes técnicas oncoplasticas para mejorar el resultado estético de la cirugía conservadora, es posible hallar técnicas de reparación con movilización de colgajos intraglandulares, con colgajos de vecindad, y técnicas derivadas de la cirugía plástica para la reducción mamaria y el tratamiento de la ptosis hoy aplicadas a la cirugía oncológica; asimismo, se dispone de las más modernas técnicas de lipotransferencia. Estas técnicas serán indicadas de acuerdo a la localización tumoral.

Ubicación central

- ✓ En mamas pequeñas o medianas: Técnica de resección del complejoaréolapezón (CAP) y reconstrucción con colgajo cutáneo-glandular de avance ínferolateral (Técnica de Andrea Grisotti)

- ✓ En mamas grandes y/o ptósicas: Resección del CAP y reconstrucción con técnicas de mastoplastia “T” invertida con o sin confección de neo-aréola con colgajo cutáneo-glandular
- ✓ En situaciones especiales: Resección losángica del CAP y cierre simple con jareta en bolsa de tabaco

Hora 12

- ✓ En mamas pequeñas: Técnica de Round-Block (Louis Benelli)
- ✓ En mamas medianas o grandes: Mastoplastia con diseño de “T” invertida y conservación del cap con pedículo inferior o técnica de Round-Block

Lateral - Medial

- ✓ En mamas medianas o grandes: Mastoplastia con diseño de “T” invertida con técnica bipedunculada de Mc Kisson para garantizar la buena vascularización del CAP y reconstrucción del defecto de volumen con colgajos glandulares desepidermizados diseñados y rotados de acuerdo con el defecto a corregir

Hora 6

- ✓ En mamas medianas y grandes: Mastoplastia con diseño de “T” invertida con conservación del CAP a pedículo superior y reparación del volumen con colgajos glandulares laterales

Cuadrante Superoexterno

- ✓ Round Block, Mastoplastias a pedículo inferior, Mc Kisson, etc. En situaciones especiales está indicado el uso de colgajos miocutáneos.

2.10 TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN DE LOS SENOS

Se puede realizar diferentes tipos de cirugía para la reconstrucción de sus glándulas mamarias. El nuevo seno podrá realizarse con el uso de implantes, con su propio colgajo de tejido o combinando dichas técnicas. Un colgajo de tejido es una sección de su propia piel, grasa, y en algunos casos músculos que se pasa de su abdomen, espalda, u otro lugar del cuerpo al área de los senos.

(18)

2.10.1 Cirugía con implantes

El implante de mama es una prótesis usada en cirugía estética para aumentar el tamaño de las mamas o realizar una reconstrucción de los senos.

Tipos de implantes

Los implantes usados con mayor frecuencia son los implantes con solución salina. Nos referimos a una capsula de silicona llena de agua salada (solución salina esterilizada). Los implantes de gel de silicona son otra opción al momento de hacer la cirugía reconstructiva de los senos. Algunos de los tipos más recientes usan un gel más espeso, llamado gel cohesivo. A los implantes con el gel más espeso que son fabricados con un gel de silicona con alto grado de cohesión, son implantes de forma estable, esto significa que mantienen su forma incluso si la cubierta se abre o rompe. (18)

Procedimiento con los implantes

El implante podrá ser colocado en el espacio donde se extrajo el tejido mamario, aunque con frecuencia se requiere una ayuda adicional. Este procedimiento es más fácil que la operación inmediata si la piel y los tejidos de la pared torácica están bien ajustados y planos. Un expansor tisular será implantado, el cual es similar a un globo, se colocará debajo de la piel y del musculo del tórax. Este expansor tendrá una válvula diminuta que ira debajo de la piel, el cirujano inyectará solución salina cada cierto tiempo según indique el cirujano para llenar el expansor por un periodo de alrededor de 4 o 6 meses. Después que la piel que se encuentra sobre el área de la glándula mamaria se haya estirado lo suficiente, se procederá a una segunda cirugía donde se removerá el expansor y se colocara el implante permanente. (18)

Consideraciones acerca de los implantes mamarios

Se debe tener en cuentas estos factores si la paciente está considerando tener implantes mamarios para reconstruir el seno o hacer que el otro seno tenga la similar apariencia que el seno restaurado.

- ✓ Los implantes mamarios no duran para toda la vida en un tiempo determinado puede que la paciente necesite de otras cirugías para remover o reemplazar su implante.

- ✓ Se puede enfrentar a ciertas dificultades con los implantes mamarios tales como una infección o contracción capsular.
- ✓ Será necesario que la paciente cada varios años se realice una imagen por resonancia magnética (M.R.I) para asegurarse de que los implantes mamarios no se hayan roto o tengan algún daño.
- ✓ Los implantes mamarios pueden afectar la capacidad de dar de lactar a un bebe ya que reduce la cantidad de leche o puede provocar que el cuerpo deje de producir leche para él bebe.
- ✓ Si la persona ya tiene implantes al realizarse una mamografía será más difícil detectar cáncer de mama.

2.10.2 Procedimiento de colgajos de tejido

Este tipo de procedimiento usa tejido del abdomen, la espalda, los muslos o glúteos para la reconstrucción del seno. Los dos tipos más usados en los procedimientos de colgajo de tejido son el colgajo TRAM o colgajo con el musculo abdominal recto transverso, el cual usa el tejido del área inferior del abdomen, y el colgajo de latissimus dorsi, el cual usa tejido de la parte superior de la espalda.

Este tipo de operaciones dejan dos sitios quirúrgicos y cicatrices; uno en el lugar donde se extrajo el colgajo y la otra en el área de la mama reconstruida. Las cicatrices empiezan a desaparecer con el tiempo claro está que nunca desaparecen por completo.

Para estas cirugías se necesitan vasos sanguíneos sanos para el suministro sanguíneo del tejido, por este motivo los procedimientos de colgajo no son recomendados a las mujeres que fuman, que tienen diabetes o enfermedad vascular.

Los procedimientos con colgajos actúan como el resto de tejido del cuerpo, por ejemplo, se pueden agrandar o encoger a medida que la persona gane o pierda peso. La paciente no debe preocuparse por una ruptura del tejido.

Tipos de colgajos

- ✓ Colgajo TRAM (colgajo con musculo abdominal recto transverso)

El procedimiento de colgajo TRAM usa tejido y musculo del abdomen (la pared abdominal inferior). El tejido de esta área suele ser suficiente para formar el nuevo seno de manera que puede que no se necesite implante. En este procedimiento la piel, la grasa, los vasos sanguíneos, y al menos un musculo abdominal se pasa del abdomen al pecho. El colgajo TRAM puede reducir la fortaleza en el abdomen de los pacientes y no podría ser posible en mujeres que se les haya extirpado con anterioridad tejido del abdomen en cirugías previas. Hay dos tipos de colgajo TRAM:

- ✓ Colgajo pediculado

Este colgajo permanece adherido a su suministro de sangre original y se pasa por debajo de la piel hacia el área del seno.

- ✓ Colgajo libre

En este colgajo el cirujano corta de su localización original el colgajo de la piel, la grasa, los vasos sanguíneos y el musculo para obtener el implante libre y luego conecta los vasos sanguíneos en el tórax. Este tipo de cirugía se la denomina microcirugía porque es necesario el uso de un microscopio para conectar los vasos sanguíneos diminutos y esta cirugía toma más tiempo que el colgajo pediculado.

- ✓ Colgajo de latissimus dorsi

En el colgajo de latissimus dorsi (colgajo con musculo dorsal ancho) se pasa musculo y piel de la parte superior de la espalda. El colgajo está compuesto de piel, grasa, músculos y vasos sanguíneos. Este colgajo se pasa por debajo de la piel hasta la parte delantera del pecho. (20)

- ✓ Colgajo DIEP (perforante de arteria epigástrica inferior profunda)

El colgajo DIEP usa grasa y piel de una misma área como en el colgajo TRAM, pero no usa el musculo para crear la forma del seno. Esto resulta en menos piel y grasa en la parte inferior del abdomen Este procedimiento usa un colgajo libre esto significa que el tejido es cortado completamente del abdomen y luego se traslada al área del pecho. En este procedimiento se necesita un microscopio por lo que es una microcirugía para poder conectar los diminutos

vasos sanguíneos. Esta cirugía toma mucho más tiempo que el colgajo pediculado TRAM pero tiene mayores ventajas, deja menos debilidad muscular y causa menos hernias.

✓ Colgajo libre de los glúteos

El colgajo libre de los glúteos es un tipo de cirugía más reciente que utiliza el tejido de los glúteos, incluyendo el musculo de los glúteos, para crear la forma de los senos. Esta cirugía podría ser una opción para las mujeres que no pueden o no desean usar las áreas del estómago. Este procedimiento tiene mucha similitud con el colgajo libre TRAM. Se extrae la piel, grasa, los vasos sanguíneos, y el musculo glúteo y se traslada al área del pecho. Este procedimiento también es una microcirugía por lo que se utiliza un microscopio.

✓ Colgajo grácil superior transversal o del muslo interior

Consiste en una cirugía que usa musculo y tejido adiposo que se encuentra a lo largo del pliegue inferior de los glúteos hasta el muslo interior. A este procedimiento se lo denomina colgajo grácil superior transversal o colgajo TUG.

En esta cirugía se procede a extraer la piel, muslo y los vasos sanguíneos se trasladan al pecho, es una microcirugía por lo tanto será necesaria la implementación de un microscopio para conectar los diminutos vasos sanguíneos al nuevo suministro sanguíneo. Las mujeres que posean muslos delgados no tienen mucho tejido en los muslos, por lo cual no son candidatas para esta clase de cirugía

2.10.3 Reconstrucción del pezón y la areola

La reconstrucción del pezón y de la areola depende de la paciente si quiere o no realizársela. Esta reconstrucción es opcional y es la fase final de la reconstrucción del seno. Esta es otra cirugía para poder asemejar el seno reconstruido al seno original. Se puede realizar sin hospitalización después de haber administrado anestesia local. Esta reconstrucción se suele hacer después de que el seno reconstruido haya sanado aproximadamente a los 3 o 4 meses después de la cirugía reconstructiva.

La reconstrucción del pezón y la areola igualara la posición, el tamaño, la forma, la textura, el color y la proyección del pezón natural. El tejido que se utiliza

para reconstruir el pezón y la areola también procede del cuerpo de la paciente. Por ejemplo, puede proceder del seno recientemente creado, del otro pezón, de las orejas, los párpados, la ingle, la parte superior del muslo interior o los glúteos.

Existe la posibilidad de usar un tatuaje para igualar el color del pezón y la areola del otro seno. Ciertas mujeres optan por tener el tatuaje solo sin reconstrucción del pezón y areola. Si el cirujano es adiestrado pueda utilizar los pigmentos en tonos que haga lucir al tatuaje tridimensional. (22)

2.11 RIESGOS DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

- ✓ Sangrado.
- ✓ Acumulación de líquido en el seno o en el lugar del injerto, con inflamación y dolor.
- ✓ Crecimiento del tejido cicatrizado.
- ✓ Infección.
- ✓ Muerte del tejido (necrosis) de todo o parte del colgajo, piel o grasa.
- ✓ Problemas en la región donante, inmediata o posteriormente.
- ✓ Pérdida o cambios en la sensibilidad del seno y del pezón.
- ✓ Cansancio extremo (fatiga).
- ✓ Necesidad de someterse a más cirugía para corregir problemas que surgen.
- ✓ Cambios en el brazo del mismo lado del seno reconstruido.
- ✓ Problemas con los medicamentos (anestesia).
- ✓ Riesgos de contracción capsular

2.12 REGRESO A LA NORMALIDAD

La paciente podrá regresar a sus actividades normales dentro de 6 a 8 semanas. Si se usó implantes sin colgajos puede ser que su periodo de recuperación sea más corto.

Aspectos que se deben tener en cuenta

- ✓ La reconstrucción mamaria no restaura la sensación normal de su seno, pero posiblemente recupere un porcentaje de la sensibilidad con el pasar del tiempo.
- ✓ Suele tomar alrededor de 8 semanas para que los hematomas y la inflamación desaparezcan por completo.

- ✓ Es posible que tarde 1 o 2 años para que los tejidos sanen completamente y las cicatrices comiencen a desaparecer.
- ✓ La paciente deberá preguntar cuándo podrá usar nuevamente los sostenes regulares. Aunque el cirujano le recomendara usar sostenes especiales que no causen presión sobre las cicatrices.
- ✓ Como regla general, debe evitar levantar objetos por encima de la cabeza, así como practicar deportes y no deberá tener actividad sexual entre unas 4 o 6 semanas después de la reconstrucción.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Con el propósito de determinar el índice de cirugía onco-reconstructiva en mujeres jóvenes con cáncer de mama y su impacto sobre la autoestima la metodología fue de descriptivo, retrospectivo y transversal

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

• UNIVERSO

Se ha considerado como universo de estudio 162 pacientes que se sometieron a cirugía en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil PERIODO 2018- 2019.

• MUESTRA

Se tomó una muestra de 75 pacientes que se realizaron cirugía onco-reconstructiva en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil PERIODO 2018- 2019 y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA CASOS

- ✓ Edad: Pacientes ≤ 44 años
- ✓ Diagnóstico: Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama
- ✓ Pacientes que se realizaron cirugía onco-reconstructiva

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE CASOS

- ✓ Edad: Pacientes >44 años
- ✓ Diagnóstico: Pacientes con patologías benignas de la mama
- ✓ Pacientes que no recibieron tratamiento quirúrgico.
- ✓ Pacientes que se realizaron procedimientos quirúrgicos sin reconstrucción mamaria.

3.5 INSTRUMENTOS

Se estableció un protocolo de recolección de datos clínicos, lo cual se realizó en las siguientes fases:

- ✓ Diseño de protocolo en recolección de datos.
- ✓ Validación de datos recolectados.

- ✓ Formulación de base de datos en Excel.

3.6 PROCEDIMIENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo la investigación se procedió a analizar 377 historias clínicas de pacientes ≤ 44 años con diagnóstico de cáncer de mama que se obtuvieron en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA Guayaquil del PERIODO 2018- 2019, considerando que 162 pacientes se sometieron a tratamiento quirúrgico a partir de ella se estableció el universo de la presente investigación de las cuales se determinó la muestra, 75 pacientes que se sometieron a cirugía onco-reconstructiva cumpliendo además los criterios de inclusión y exclusión en los que se basa el presente proyecto de investigación.

✓ EDAD

Se procede a revisar todas las historias clínicas registradas de las pacientes operadas según la muestra, para verificar que las edades correspondan al rango establecido en el estudio.

✓ PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Se procede a revisar todas las historias clínicas registradas de las pacientes operadas, para determinar el tipo de cirugías a las que fueron sometidas las pacientes.

✓ AUTOESTIMA

Se procede a obtener información por medio de la hoja de recopilación de datos, para evidenciar el impacto sobre la autoestima de las pacientes.

3.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Tabla 1. Definición de variables

Definición Conceptual	Dimensiones	Indicador	Instrumentos
CÁNCER DE MAMA Es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control.	El cáncer de mama en mujeres ≤ 44 años.	Número de casos de cáncer de mama en mujeres de consultas oncológicas en la institución.	• Historia clínica • Hoja de recopilación de datos

EDAD Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento	Tiempo de vida	20 a 24 25 a 29 30 a 34 35 a 39 40 a 44	• Historia clínica • Hoja de recopilación de datos • récord operatorio
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Define los tipos e índices de cirugía que se realiza para Tratar esta neoplasia	• Procedimientos quirúrgico-oncológicos • Procedimientos quirúrgicos onco-reconstructivos	Cirugía conservadora, Mastectomía radical modificada clásica, Mastectomía con patrón de reducción, Mastectomía con conservación de areola y pezón, Mastectomía de reducción de riesgo, Mastectomía ahorradora de piel, Mastectomía de rescate, Mastectomía simple, Reconstrucción inmediata, Reconstrucción diferida	• Historia clínica • Hoja de recopilación de datos • récord operatorio
AUTOESTIMA Es el valor que el individuo atribuye a su persona y a sus capacidades.	Pensamientos, sentimientos y experiencias	Muy bueno, bueno, regular y malo	• Hoja de recopilación de datos.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Habiendo obtenido la aprobación por parte del Departamento de Docencia del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo – Guayaquil. Se procedió a recabar información mediante nuestra hoja de recopilación de datos, indagando en las historias clínicas de las pacientes en el sistema INTRANET del Instituto.

Se realizó un estudio con una muestra de 75 pacientes que se sometieron a una cirugía oncoreconstructiva en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo– Guayaquil durante el periodo 2018- 2019, dicho número de pacientes cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. En la presente investigación se obtuvieron los siguientes resultados.

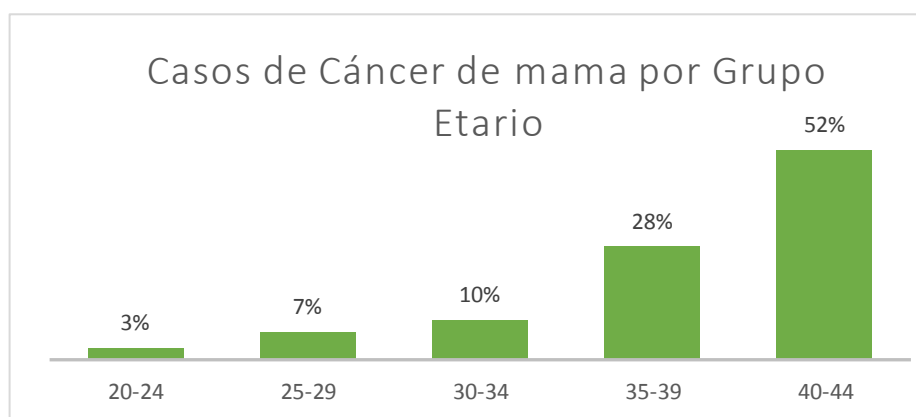
Tabla 2. Casos de cáncer de mama por grupo etario.

CASOS DE CÁNCER DE MAMA POR GRUPO ETARIO		
RANGO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-24	2	3%
25-29	5	7%
30-34	8	10%
35-39	21	28%
40-44	39	52%
TOTAL	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 1. Casos de cáncer de mama por grupo etario



Los resultados muestran que de las pacientes estudiadas el mayor número de casos de cáncer de mama fue entre 40-44 años con el 52% que representa a 39 pacientes, seguido del 28% que representa a 21 pacientes entre 35 a 39 años, un 10% que representa a 8 pacientes entre 30-34 años, el 7% que representa a 5 pacientes entre 25-29 años, y el menor número de casos con un 3% que representa a 2 pacientes entre 20- 24 años.

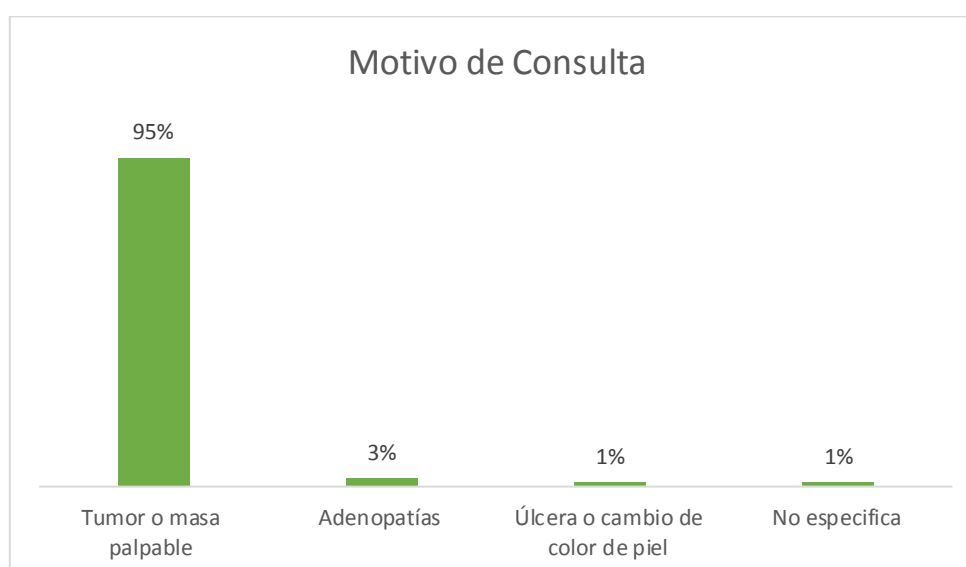
Tabla 3. Motivo de consulta, signos y síntomas

MOTIVO DE CONSULTA		
	Frecuencia	Porcentaje
Tumor o masa palpable	71	95%
Adenopatías	2	3%
Úlcera o cambio de color de piel	1	1%
No especifica	1	1%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"

Figura 2. Motivo de consulta, signos y síntomas



En el gráfico se puede observar que el mayor signo que se presenta en las pacientes con el 95% que corresponde a 71 pacientes es la presencia de un

tumor o masa palpable, seguido por adenopatías con un 3% que corresponde a 2 pacientes, y úlceras o cambio de color de piel con un 1% que corresponde a 1 paciente. El 1% de las pacientes entrevistadas (1 paciente) no especifica signos o síntomas en el estudio.

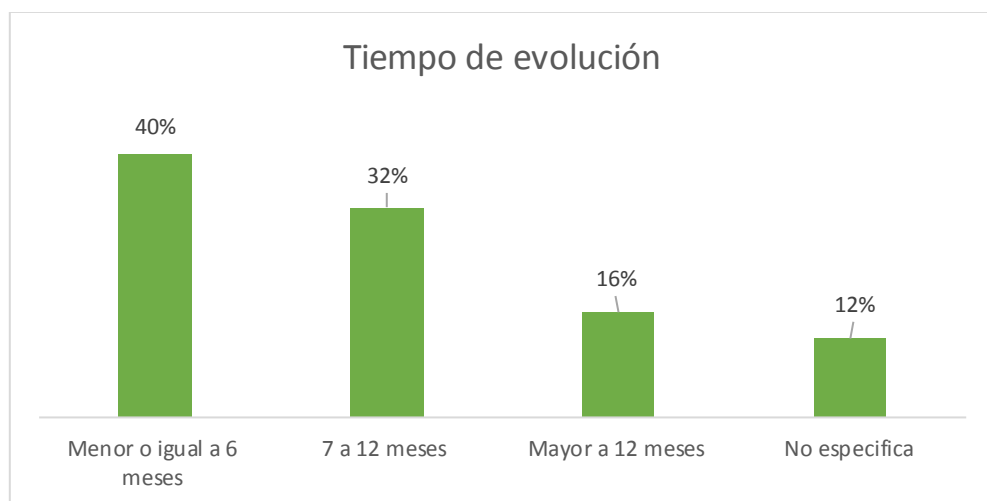
Tabla 4. Tiempo de evolución.

Tiempo de evolución		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual a 6 meses	30	40%
7 a 12 meses	24	32%
Mayor a 12 meses	12	16%
No especifica	9	12%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 3. Tiempo de evolución



Las pacientes refieren que el tiempo de evolución de sus signos y síntomas se dieron en un 40% que corresponde a 30 pacientes en un periodo menor o igual a 6 meses, 32% que corresponde a 24 pacientes en un periodo entre 7 a 12 meses, 16% que corresponde a 12 pacientes mayor a 12 meses y el 12 % que corresponde a 9 pacientes que no especifica el tiempo de evolución.

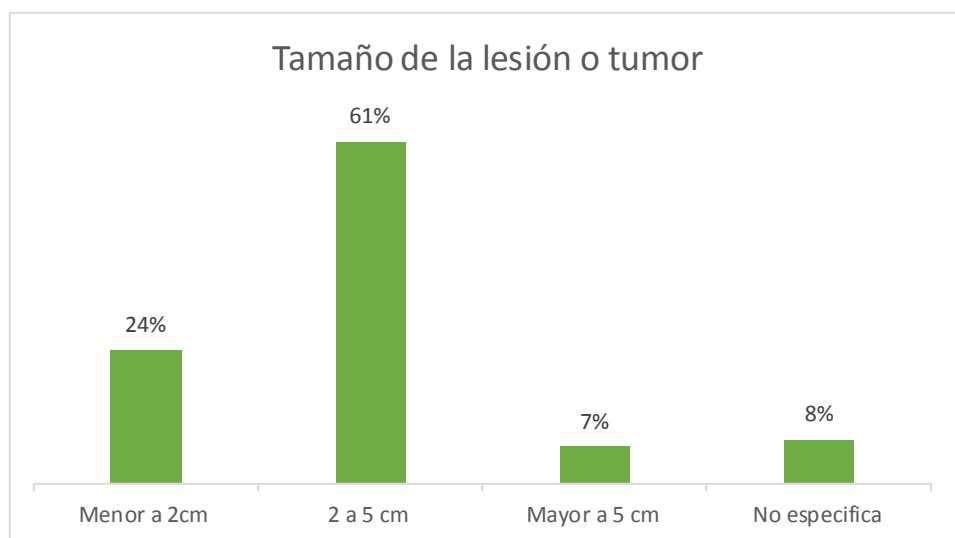
Tabla 5. Tamaño de la lesión o tumor

Tamaño de la lesión o tumor		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor a 2cm	18	24%
2 a 5cm	46	61%
Mayor a 5 cm	5	7%
No especifica	6	8%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 4. Tamaño de la lesión o tumor



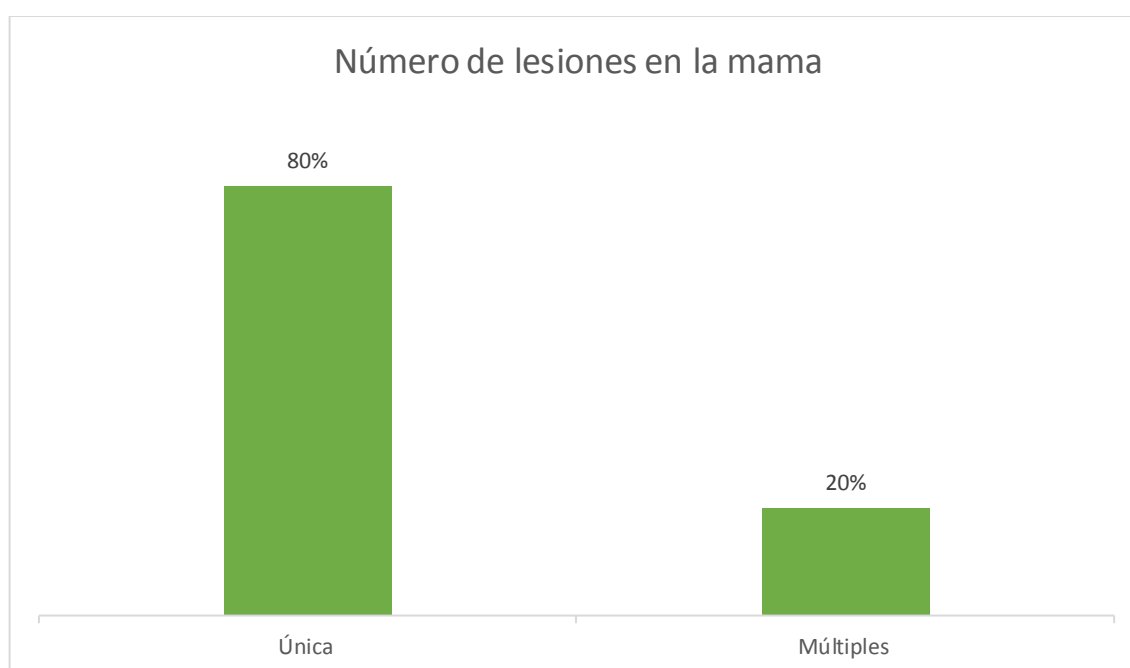
Según pruebas de imágenes, se refiere que sus lesiones son en un 61% que corresponde a 46 pacientes entre 2 a 5 cm, 24% que corresponde a 18 pacientes menor o igual a 2 cm, 7% que corresponde a 5 pacientes mayor a 5 cm y el 8% que corresponde a 6 pacientes que no especifica en sus historias clínicas el tamaño de la lesión o tumor.

Tabla 6. Número de lesiones en la mama

Número de lesiones en la mama		
	Frecuencia	Porcentaje
Única	60	80%
Múltiples	15	20%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 5. Número de lesiones en la mama



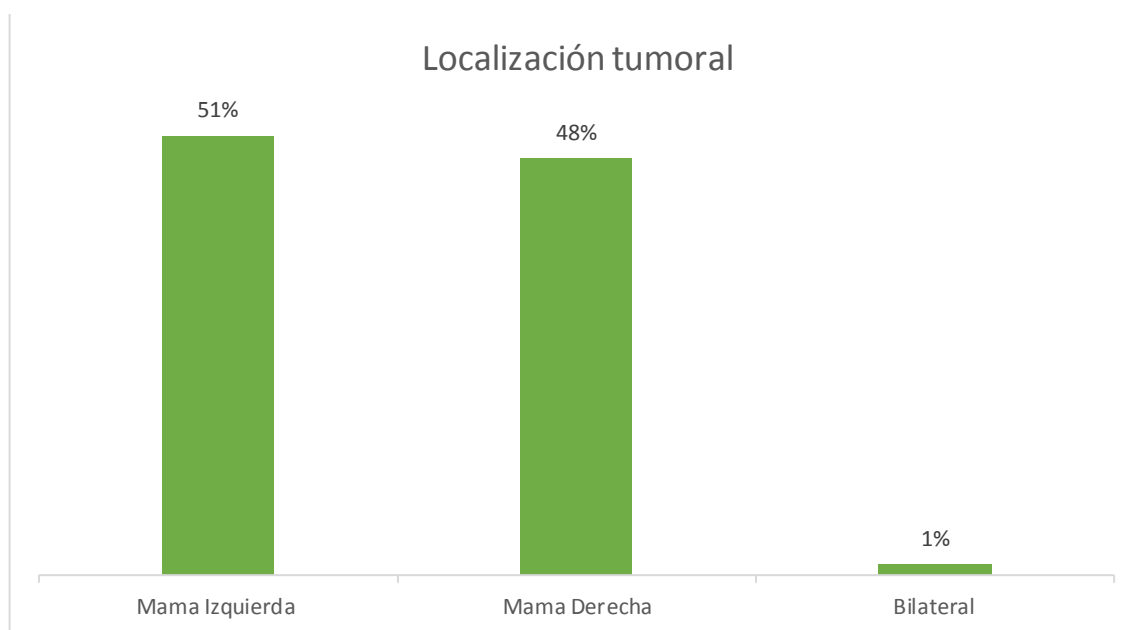
Se puede observar en las historias clínicas de las pacientes que predomina con un 80% las lesiones únicas en la mama que corresponde a 60 pacientes y el 20% de las lesiones que corresponde a 15 pacientes se presentan con característica de ser múltiples.

Tabla 7. Localización tumoral

Localización tumoral		
	Frecuencia	Porcentaje
Mama derecha	36	48%
Mama izquierda	38	51%
Bilateral	1	1%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 6. Localización tumoral



La localización predominante de la lesión o la masa tumoral es de 51% que representa a 38 pacientes con localización tumoral en la mama izquierda, 48% que corresponde a 36 pacientes con localización tumoral en la mama derecha y 1% que corresponde a una paciente que presenta la lesión de manera bilateral, todos los datos según la estadística presentada en las historias clínicas de las 75 pacientes a estudiar.

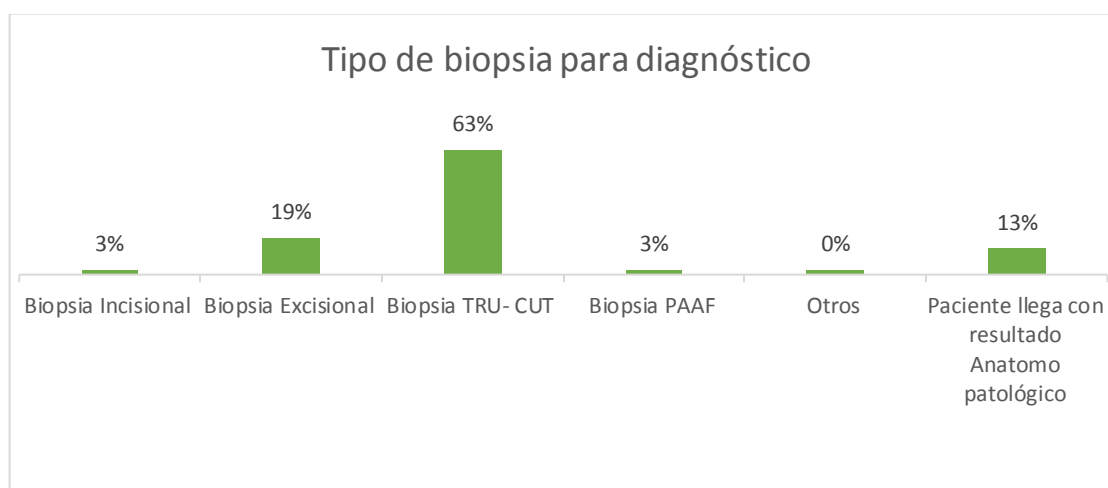
Tabla 8. Tipos de biopsia para diagnóstico

Tipos de biopsia para diagnóstico		
	Frecuencia	Porcentaje
Biopsia Incisional	2	3%
Biopsia Excisional	14	19%
Biopsia TRU- CUT	47	63%
Biopsia PAAF	2	3%
Paciente llega con resultado Anatómo patológico	10	13%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"

Figura 7. Tipos de biopsia para diagnóstico



La biopsia más utilizada en los pacientes para lograr llegar a un diagnóstico es la biopsia TRU- CUT, esta biopsia se realizó a 47 pacientes de las 75 entrevistadas, lo cual corresponde al 63%, 14 pacientes que corresponden a 19% fueron diagnosticadas por biopsia excisional, 2 pacientes que corresponde 3% por biopsia incisional, 2 pacientes que corresponde al 3% por medio de una biopsia PAAF, 10 pacientes que corresponde al 13% llegan a consulta con resultados anatomopatológicos realizados en otro centro hospitalario.

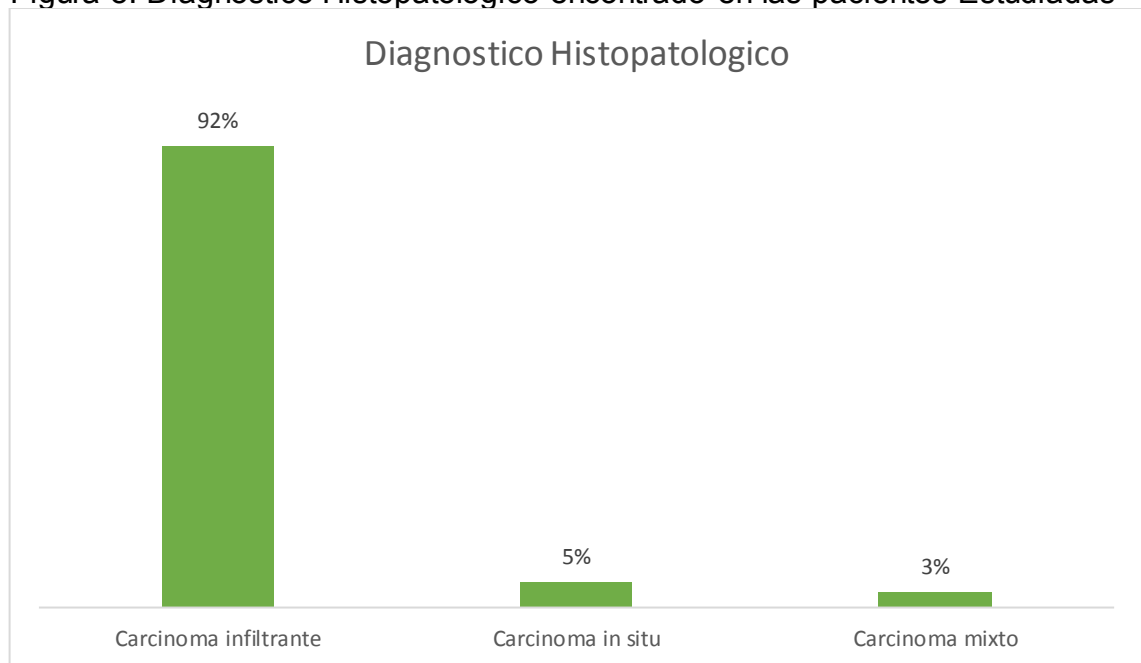
Tabla 9. Diagnostico Histopatológico encontrado en las pacientes Estudiadas

Diagnostico Histopatologico		
	Frecuencia	Porcentaje
Carcinoma in situ	4	5%
Carcinoma infiltrante	69	92%
Carcinoma mixto	2	3%
TOTAL	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo

Figura 8. Diagnostico Histopatológico encontrado en las pacientes Estudiadas



En cuanto al tipo histológico el carcinoma infiltrante fue el de mayor número de casos siendo el 92% que representa a 69 pacientes, el carcinoma in situ el 5% que representa 4 pacientes, siendo este carcinoma in situ intraductal y el 3 % carcinoma mixto que representa a 2 pacientes presentado estos infiltrante más ductal.

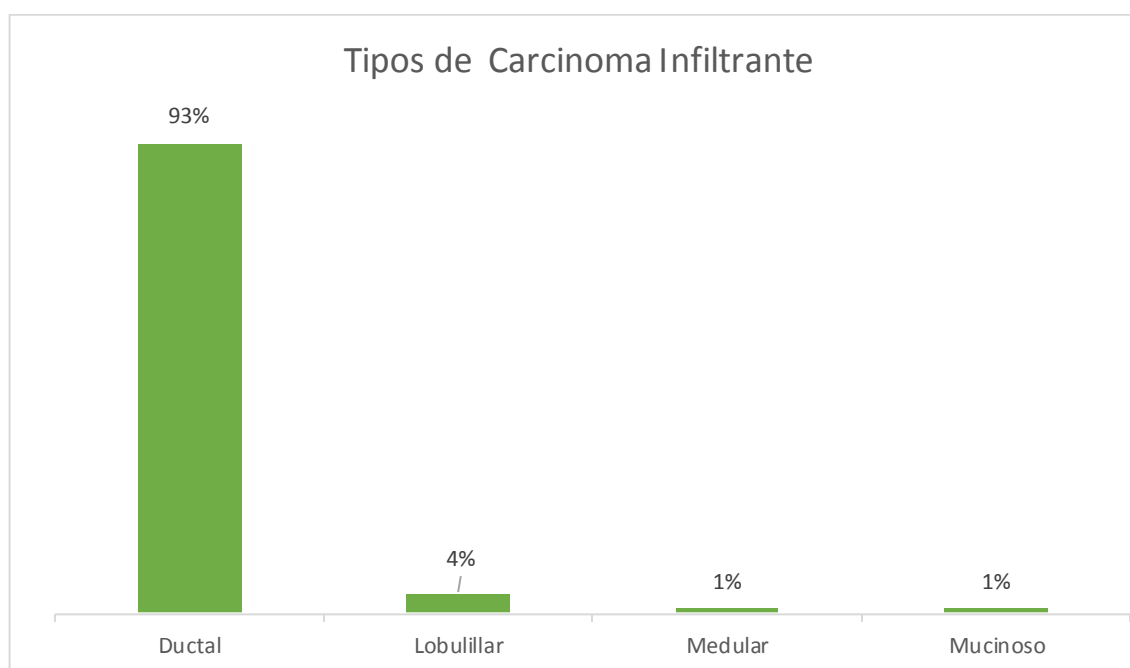
Tabla 10. Tipos de Carcinoma Infiltrante encontrados en el estudio

TIPOS DE CARCINOMA INFILTRANTE		
	Frecuencia	Porcentaje
Ductal	64	93%
Lobulillar	3	4%
Medular	1	1%
Mucinoso	1	1%
Total carcinoma infiltrante	69	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"

Figura 9. Tipos de Carcinoma Infiltrante encontrados en el estudio



Se determinó que, de un total de 51 pacientes con carcinoma infiltrante, 93% (64 pacientes) presenta de tipo ductal, 4% (3 pacientes) de tipo lobulillar, 1% (1 paciente) de tipo medular y 1% (1 paciente) de tipo mucinoso. No se hallaron en el estudio los tipos papilar, inflamatorio y tubular.

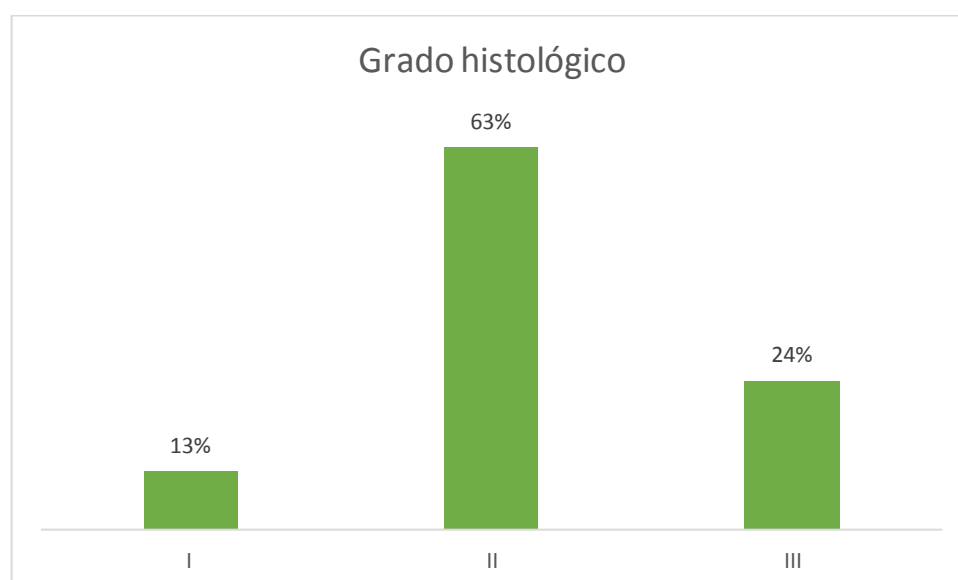
Tabla 11. Grado histológico

Grado Histológico		
	Frecuencia	Porcentaje
I	10	13%
II	47	63%
III	18	24%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 10. Grado histológico



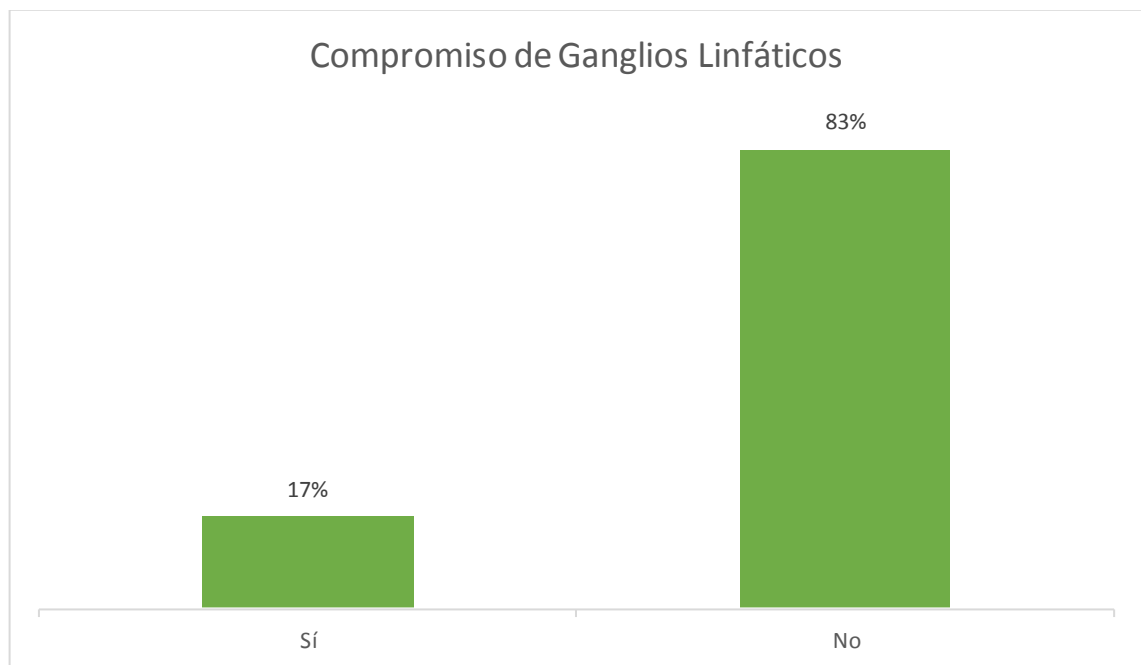
Entre las 75 pacientes diagnosticadas con diferentes tipos de Cáncer de mama, 47 pacientes (63%) presentan grado histológico II, 18 pacientes (24%) presentan la enfermedad en grado histológico III y 7 pacientes (13%) presentan la enfermedad en grado histológico I.

Tabla 12. Compromiso de ganglios Linfáticos en las pacientes.

Compromiso de Ganglios Linfaticos		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	17%
No	62	83%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 11. Compromiso de ganglios Linfáticos de las pacientes



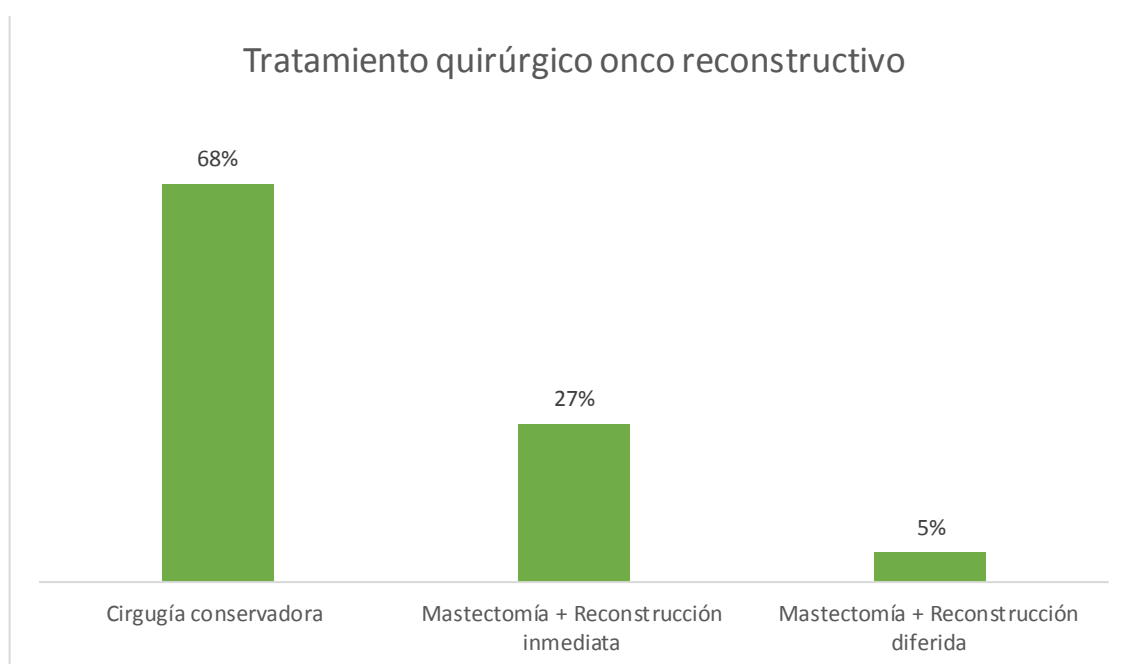
Al realizar el estudio anatomopatológico de los ganglios linfáticos, 13 pacientes presentaron compromiso de ganglios (17%), 62 pacientes no presentaron compromiso ganglionar, lo cual representa al 83% de las participantes.

Tabla 13. Tratamiento Onco-reconstructivo en las pacientes

Tratamiento Onco-reconstructivo		
	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía conservadora	51	68%
Mastectomía + Reconstrucción inmediata	20	27%
Mastectomía + Reconstrucción diferida	4	5%
TOTAL	75	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 12. Tratamiento quirúrgico onco reconstructivo



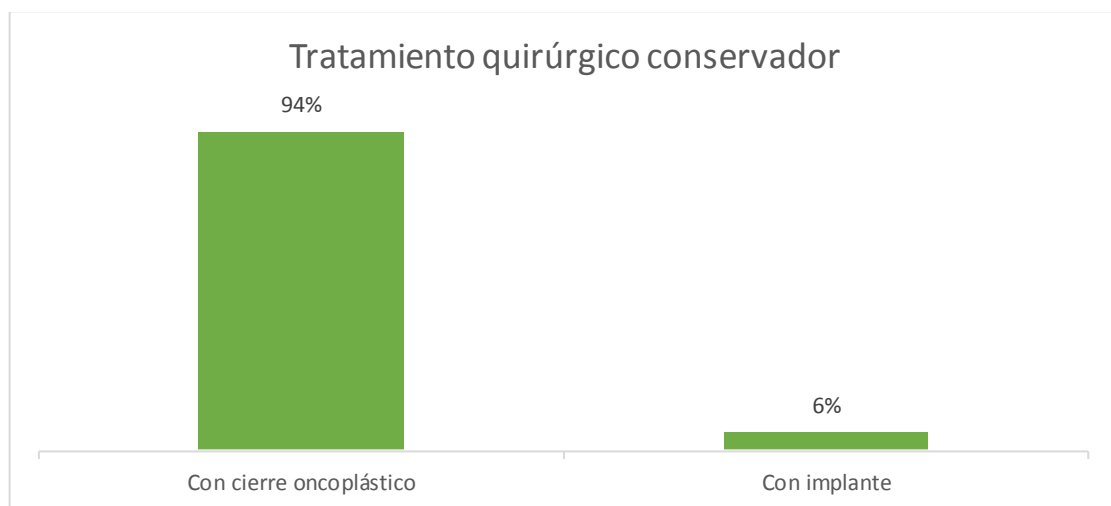
Entre las 75 participantes del estudio, 68% presenta en la historia clínica cirugía conservadora, lo cual representa a 51 pacientes. Se registra así mismo 27% de pacientes que han sido intervenidas por mastectomía + reconstrucción inmediata lo cual representa a 24 participantes del estudio, y un 5 % mastectomía + reconstrucción diferida que representa a 4 pacientes.

Tabla 14. Tratamiento quirúrgico conservador

Tratamiento quirúrgico conservador		
	Frecuencia	Porcentaje
Con cierre oncoplastico	48	94%
Con implante	3	6%
Total	51	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 13. Tratamiento quirúrgico conservador



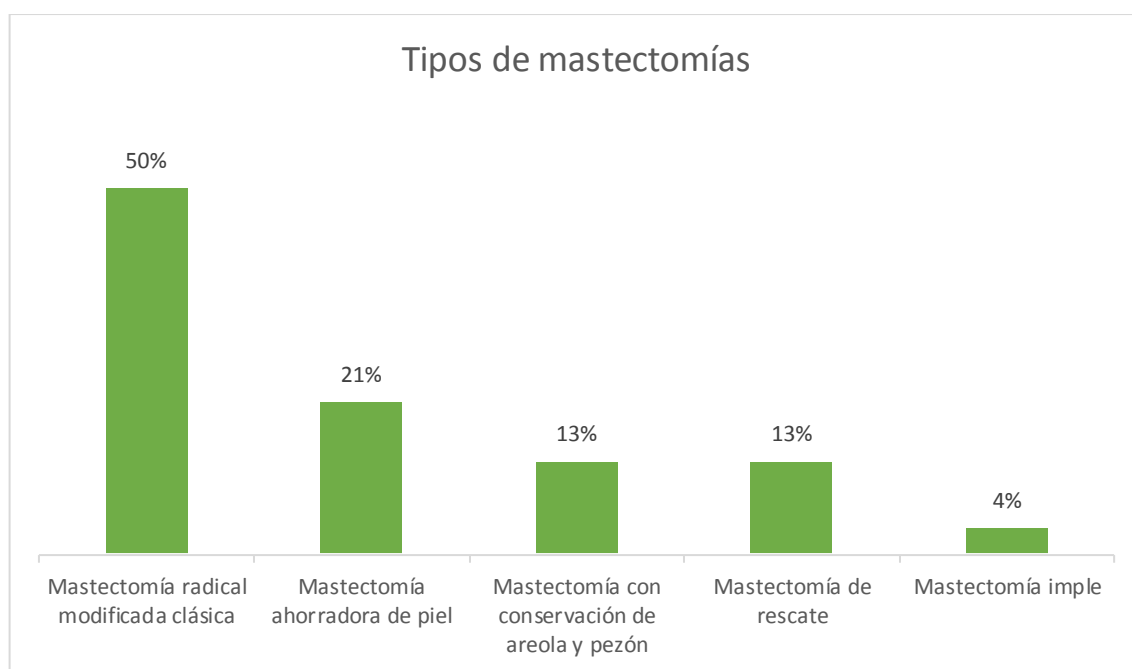
Entre las 75 pacientes dentro del estudio, 51 pacientes fueron intervenidas por cirugía conservadora, a las cuales se le realizó diferentes procedimientos de acuerdo a la necesidad, entre los procedimientos que se pudieron realizar están: 48 cirugías conservadoras con cierre oncoplastico (94% de elección en tratamiento quirúrgico conservador) y 3 cirugías conservadoras con implante mamario (6%). De las 51 pacientes con tratamiento conservador solo al 47% que representa 24 pacientes se les realizó biopsia de ganglio centinela y al 71% que representa a 36 pacientes se les realizó linfadenectomía axilar.

Tabla 15. Tipos de Mastectomías

Tipos de Mastectomías		
	Frecuencia	Porcentaje
Mastectomía radical modificada clásica	12	50%
Mastectomía con conservación de areola y pezón	3	13%
Mastectomía ahorradora de piel	5	21%
Mastectomía imple	1	4%
Mastectomía de rescate	3	13%
TOTAL	24	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 14. Tipos de Mastectomías



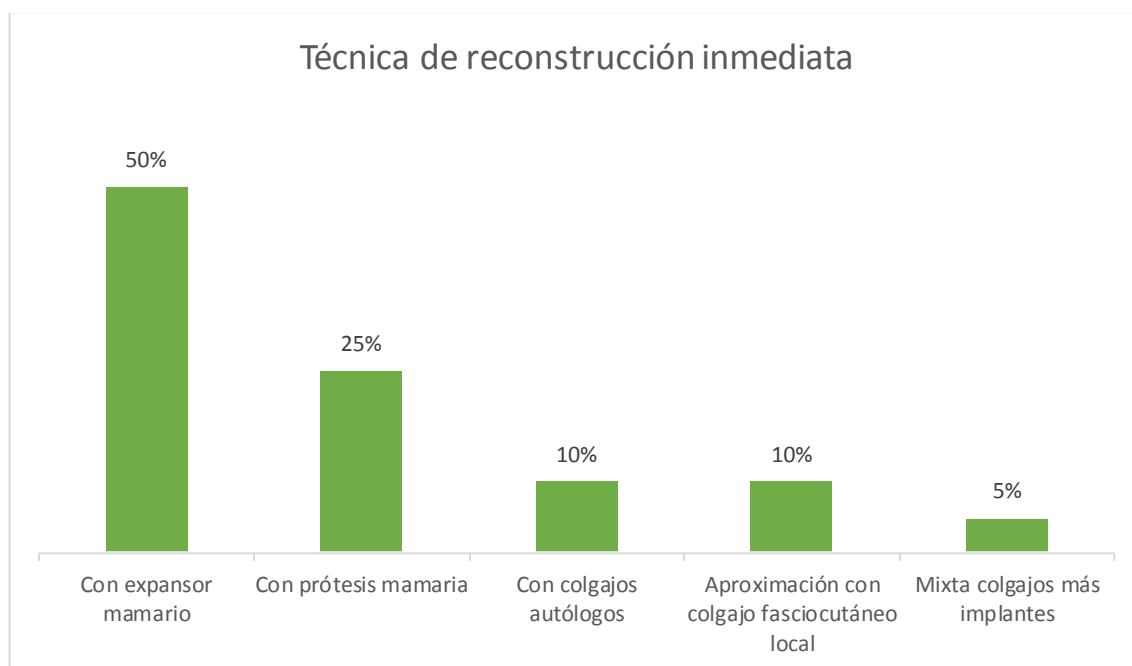
Se realizaron 24 mastectomías y reconstrucción inmediata 1er tiempo, de las cuales 3 fueron mastectomías de rescate (13%), 1 mastectomía simple (4%), 5 mastectomía ahorradora de piel (21%), 3 mastectomías con conservación de areola y pezón (13%) y 12 mastectomía radical modificada clásica (50%). A todas estas pacientes se les realizó de linfadenectomía axilar.

Tabla 16. Pacientes sometidos a Reconstrucción inmediata

Técnica de reconstrucción inmediata		
	Frecuencia	Porcentaje
Con expansor mamario	10	50%
Con colgajos autólogos	2	10%
Con prótesis mamaria	5	25%
Mixta colgajos más implantes	1	5%
Aproximación con colgajo fasciocutáneo local	2	10%
TOTAL	20	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 15. Pacientes sometidos a Reconstrucción inmediata



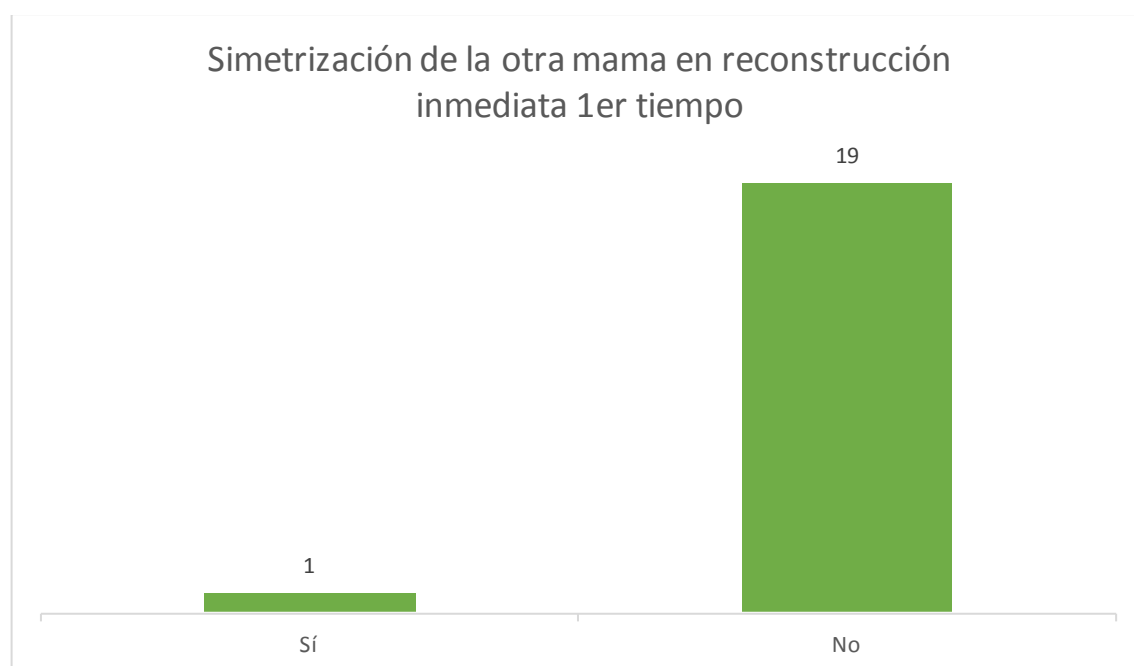
Se realizaron 20 reconstrucciones inmediatas, de las cuales 10 de ellas fueron técnicas con expansor mamario (50%), 5 con prótesis mamaria (25%), 2 con aproximación de colgajo fasciocutáneo local (10%), 2 con colgajos autólogos (10%) y 1 técnica mixta (colgajos + implantes) que representa al 5% del total de reconstrucciones inmediatas realizadas.

Tabla 17. Simetrización de la otra mama en reconstrucción inmediata 1er tiempo

¿Se realizó simetrización de la otra mama en reconstrucción inmediata 1er tiempo?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	1	1%
No	19	99%
Total	20	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"

Figura 16. Simetrización de la otra mama en reconstrucción inmediata 1er tiempo



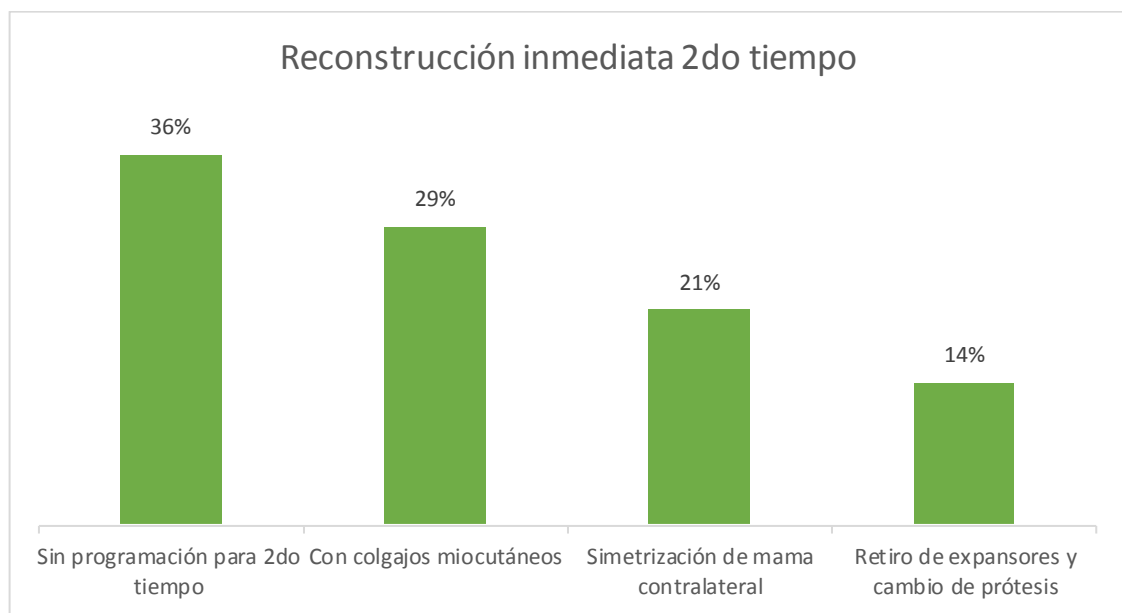
Dentro de las 20 pacientes a las cuales se les realizó reconstrucción inmediata 1er tiempo. 1 de ellas (1 %) se le realizó simetrización de la otra mama, al 99% que representa 19 pacientes no se le realizó simetrización de la mama contralateral inmediata en 1er tiempo.

Tabla 18. Reconstrucción inmediata 2do tiempo

Reconstrucción inmediata 2do tiempo		
	Frecuencia	Porcentaje
Retiro de expansores y cambio de prótesis	2	14%
Con colgajos miocutáneos	4	29%
Simetrización de mama contralateral	3	21%
Sin programación para 2do tiempo	5	36%
Total	14	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 17. Reconstrucción inmediata 2do tiempo



De las 14 pacientes a las cuales se les realizó reconstrucción inmediata 2do tiempo, 2 pacientes tuvieron retiro de expansores y cambio de prótesis (14%), 4 pacientes obtuvieron la reconstrucción con colgajos miocutáneos (29%), 3 pacientes obtuvieron simetrización de mama contralateral (21%), 5 pacientes no tuvieron programación para segundo tiempo.

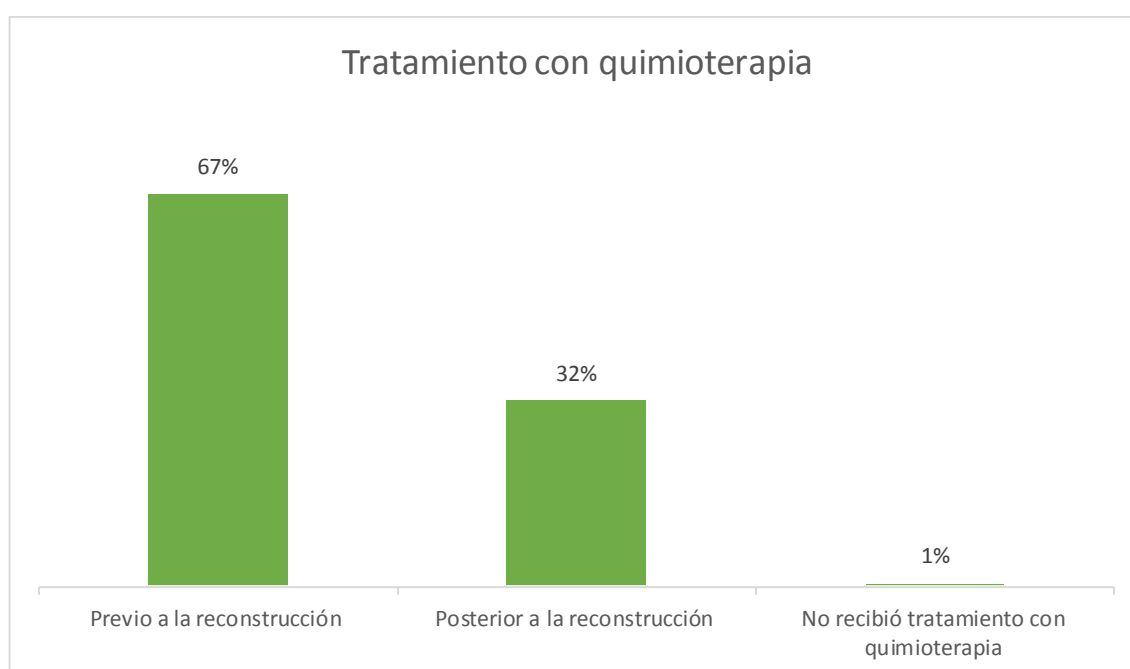
Tabla 19. Pacientes que recibieron Tratamiento con quimioterapia

Tratamiento con quimioterapia		
	Frecuencia	Porcentaje
Previo a la reconstrucción (Neoadyuvancia)	50	67%
Posterior a reconstrucción (Adyuvancia)	24	32%
No recibió Quimioterapia	1	1%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"

Figura 18. Tratamiento con quimioterapia



Entre las 75 pacientes que conforman el estudio, 50 de ellas han seguido tratamiento quimioterapia previo a la reconstrucción (67%), 24 posterior a la reconstrucción (32%) y 1 paciente no recibió tratamiento con quimioterapia (1%).

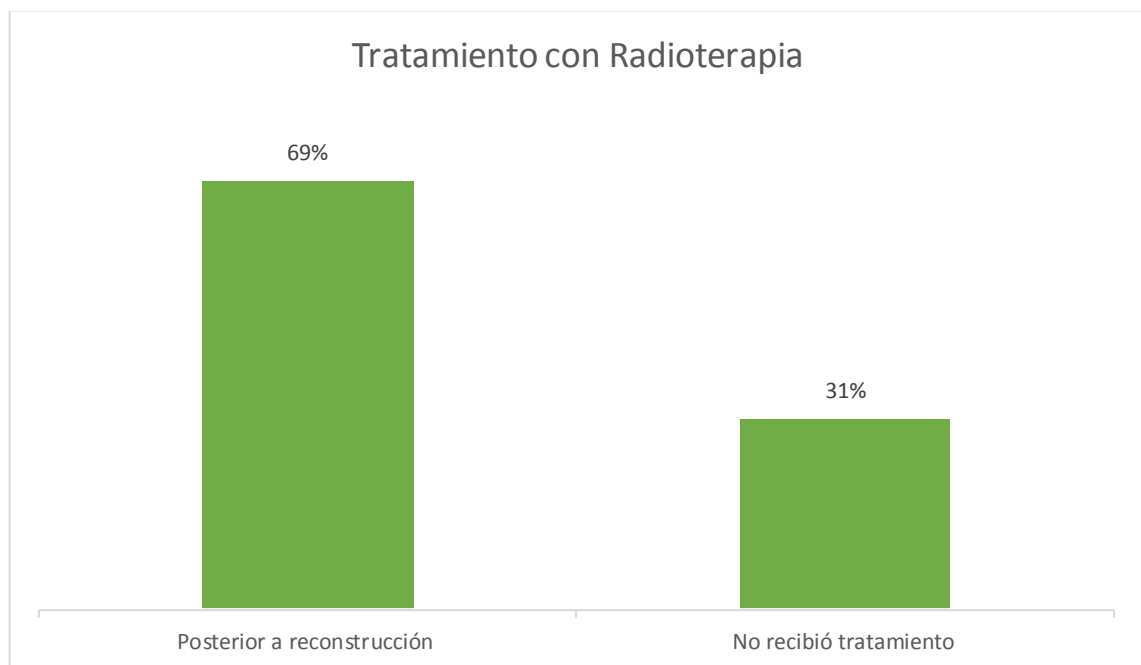
Tabla 20. Pacientes que recibieron Tratamiento con radioterapia

Tratamiento de radioterapia		
	Frecuencia	Porcentaje
Posterior a la reconstrucción	52	69%
No recibió radioterapia	23	31%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 19. Pacientes que recibieron Tratamiento con radioterapia



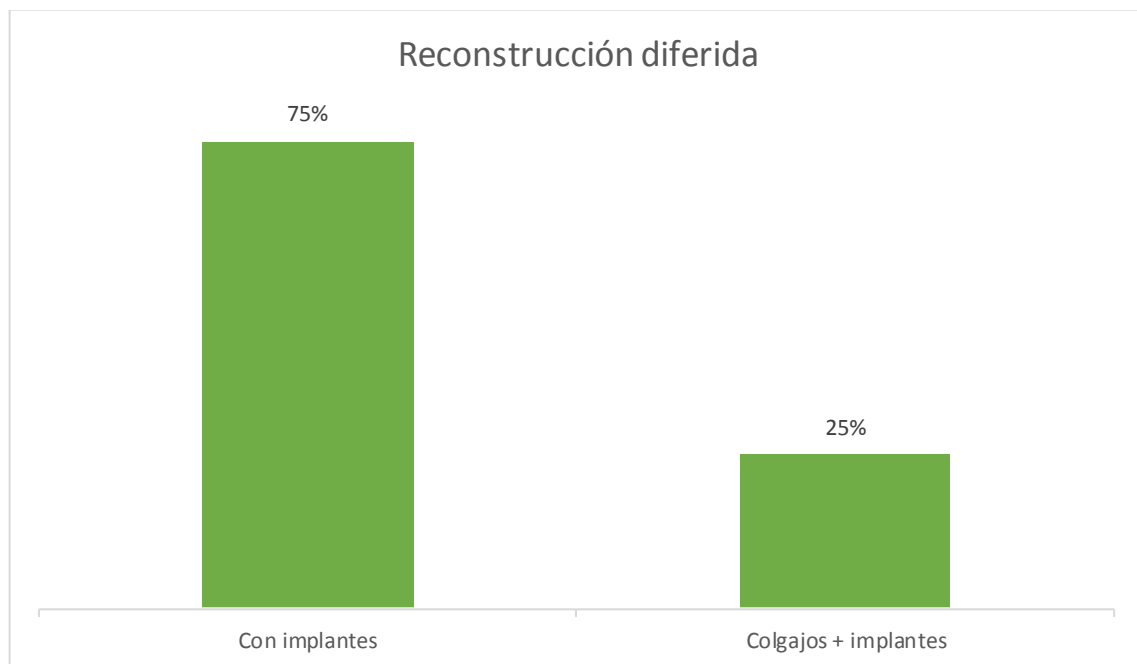
Entre las 75 pacientes que conforman el estudio, 52 de ellas han tenido tratamiento con radioterapia posterior a reconstrucción (69%), 23 no recibieron radioterapia (31%) y ninguna paciente recibió radioterapia previa a reconstrucción.

Tabla 21. Pacientes sometidos a Reconstrucción diferida

Reconstrucción diferida		
	Frecuencia	Porcentaje
Colgajos + implantes	1	25%
Con implantes	3	75%
Total	4	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 20. Pacientes sometidos a Reconstrucción diferida



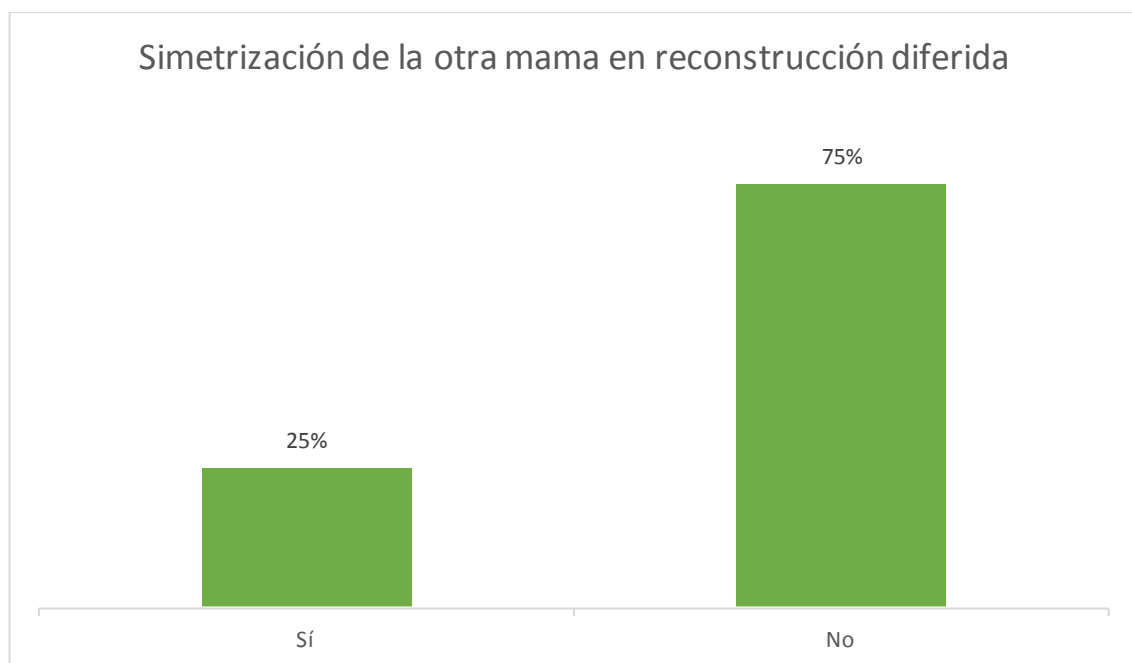
Entre las 4 pacientes que se realizaron reconstrucción diferida, 1 fue con colgajos + implantes que representa al 25%, 3 pacientes con implantes mamarios que representa al 75%.

Tabla 22. Simetrización de la otra mama

Se realizó simetrización de la otra mama		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	25%
No	3	75%
Total	4	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 21. Simetrización de la otra mama en reconstrucción diferida



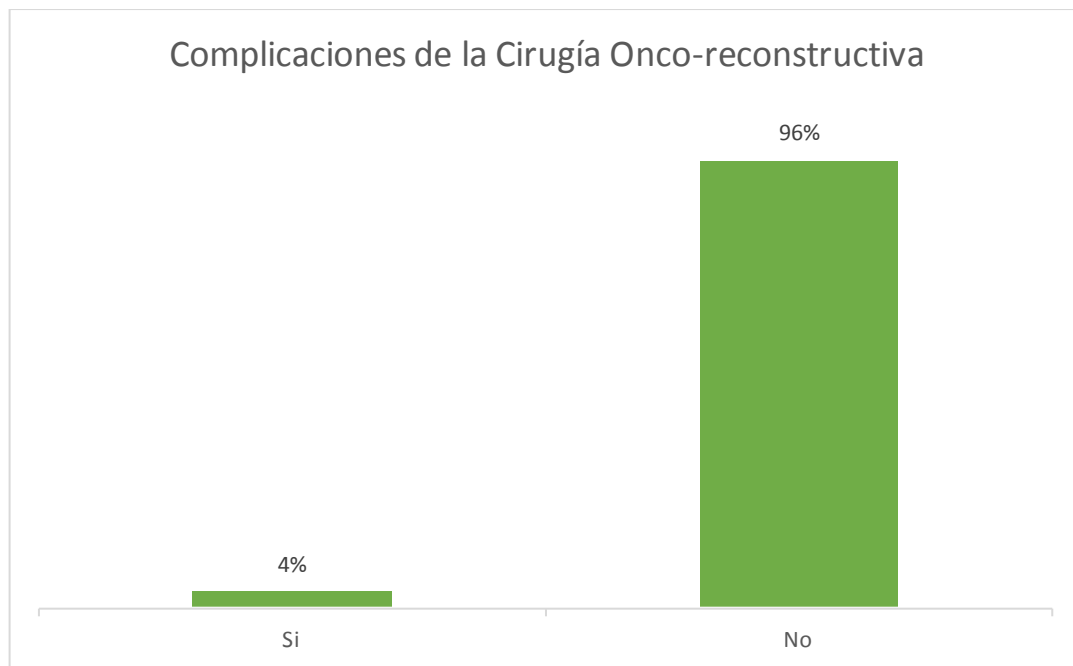
De las 4 pacientes que se realizaron reconstrucción diferida (25%), 1 paciente se realizó simetrización de la otra mama, 3 pacientes no se realizaron simetrización de otra mama (75%).

Tabla 23. Complicaciones

Complicaciones		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	4%
No	72	96%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 22. Complicaciones de la Cirugía Onco-reconstructiva



Dentro de las 75 participantes del estudio, 3 tuvieron complicaciones que representan el (4%) las complicaciones presentadas fueron, 2 pacientes con granulomas y 1 con retracción capsular, las otras 72 pacientes no presentaron complicaciones que representa al (96%).

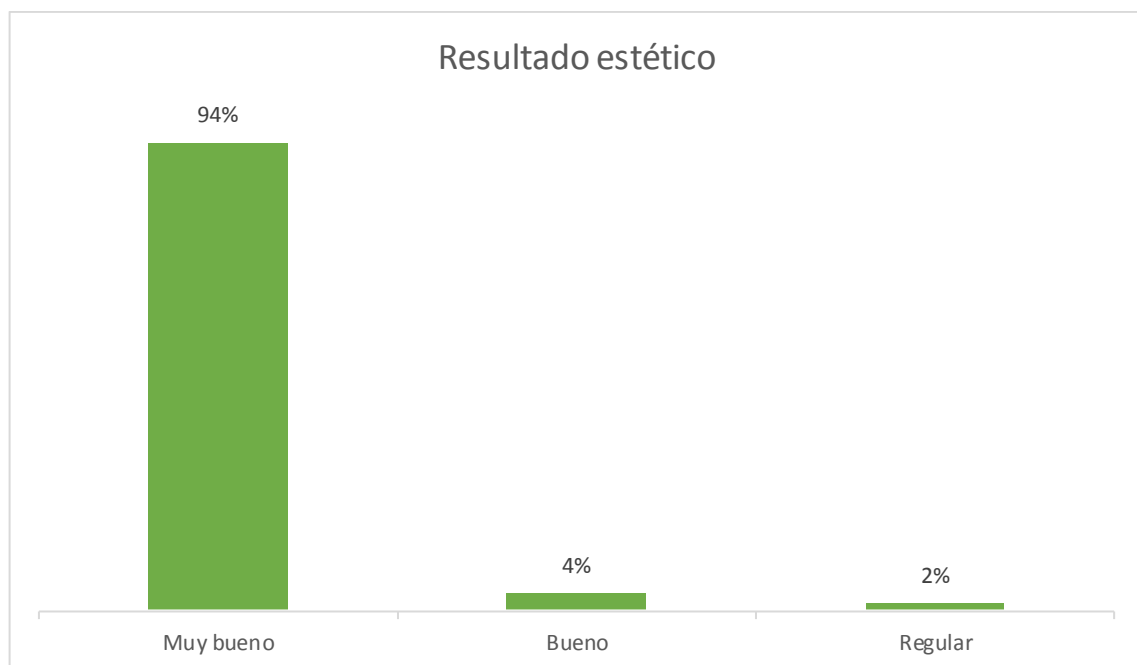
Tabla 24. Resultado estético (Opinión de cirujano)

Resultado Estético (opinión de cirujano)		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy bueno	70	94%
Bueno	3	4%
Regular	2	2%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 23. Resultado estético (opinión de cirujano)



Luego de la reconstrucción el cirujano ha dado su opinión sobre el resultado estético en las 75 pacientes estudiadas, sus respuestas fueron; 70 pacientes con resultado muy bueno (94%), 3 con un resultado bueno (4%), 2 paciente con resultado regular (2%).

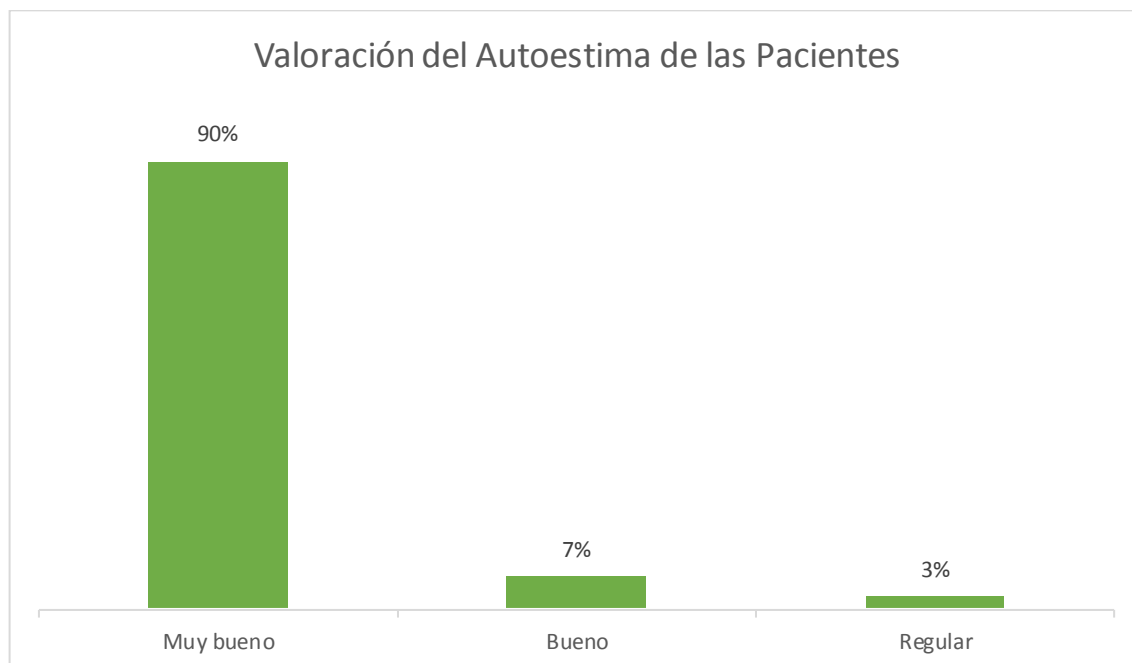
Tabla 25. Valoración de la autoestima registrada

Valoración de la Autoestima Registrada		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy bueno	67	90%
Bueno	5	7%
Regular	3	3%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores

Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 24. Valoración de la Autoestima Registrada



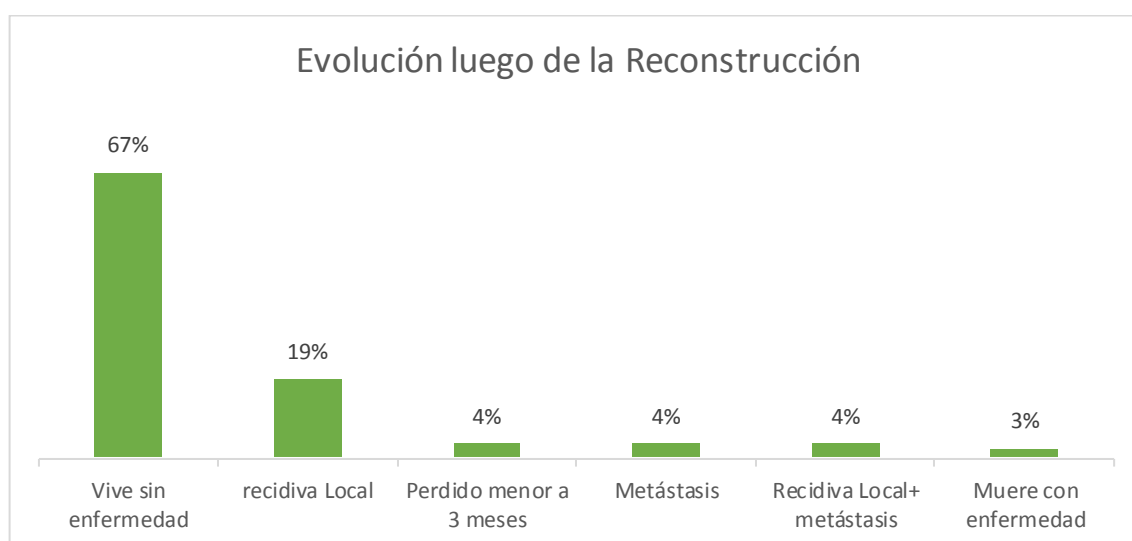
Posterior a la aplicación de la cirugía oncoreconstructiva, se consultó a las pacientes el registro de su autoestima, los resultados fueron: 67 pacientes reflejan que la valoración de la autoestima registrada fue muy buena (90%), 5 lo califican como bueno (7%), 3 pacientes como regular (3%).

Tabla 26. Evolución luego de la reconstrucción

Evolución luego de la reconstrucción		
	Frecuencia	Porcentaje
Vive sin enfermedad	50	67%
Perdido menor a 3 meses	3	4%
Muere con enfermedad	2	3%
Recidiva Local	14	19%
Metástasis	3	4%
Recidiva Local+ metástasis	3	4%
Total	75	100%

Elaborado por: Autores
Fuente: Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”

Figura 25. Evolución luego de reconstrucción



En la evolución posterior a la reconstrucción se ha registrado que 50 pacientes viven sin enfermedad (67%), ningún paciente muere por otras causas (0%), 3 pacientes no volvieron a consulta por lo que no existen registros en el estudio (4%), 2 pacientes mueren con enfermedad (3%), ningún paciente presenta carcinoma en la otra mama (0%), 14 pacientes presentan recidiva local (19%), 3 pacientes reportan metástasis (4%) y 3 pacientes reportan recidiva local + metástasis (4%).

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

En este trabajo de investigación se concluye:

- ✓ Que las pacientes tuvieron como motivo de consulta en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”- Guayaquil un tumor o masa palpable y el tiempo de evolución de la lesión que se registró con mayor frecuencia fue < a 6 meses.
- ✓ Se demuestra que 51% de las pacientes estudiadas el tumor se localizó en la mama izquierda, el mayor porcentaje presento una lesión única y el tamaño tumoral más frecuente fue entre 2 a 5 cm.
- ✓ Además, se determinó que el tipo de biopsia más utilizado para el diagnóstico fue la biopsia por TRU-CUT. En el 90 % de la muestra que representa a 67 pacientes se detectó que el tipo histológico del tumor fue el carcinoma infiltrante de entre los cuales la variedad que predomina es el carcinoma ductal infiltrante en 62 pacientes.
- ✓ Refiriéndonos específicamente al tratamiento onco-reconstructivo más predominante, se puede determinar que fue la cirugía conservadora con cierre oncoplastico representando el 68% de las pacientes estudiadas y el 32% faltante la mastectomía más reconstrucción inmediata o diferida.
- ✓ En el estudio se logró demostrar que el tipo de mastectomía más utilizado fue la mastectomía radical modificad clásica y la técnica de reconstrucción inmediata que más se llevó a cabo es la reconstrucción con expansor mamario además se recalca que la técnica de reconstrucción diferida que más se empleo fue la reconstrucción con prótesis mamaria. Es importante destacar que el 96% de las pacientes estudiadas no presentaron complicaciones.
- ✓ En la presente investigación al analizar el resultado estético de la cirugía onco-reconstructiva arrojo que el 94% presentó muy buen resultado, el 4% buen resultado, 2% un resultado regular, en cuanto al nivel de autoestima de las pacientes en el actual estudio se obtuvo los siguientes resultados, el 90% presentó una muy buena autoestima, el 7% una buena autoestima, el 3% una autoestima regular. De esta manera se alcanzó el

objetivo del proyecto porque se pudo determinar que las pacientes a las cuales se aplicó una cirugía onco-reconstructiva presentaron una ganancia en su autoestima.

- ✓ Se evidencia mediante revisión bibliográfica que la mastectomía ha sido señalada como aquella que produce un mayor deterioro en el nivel de autoestima, funcionamiento sexual de las pacientes y esta ejerce un efecto muy negativo sobre la imagen corporal. Aquellas mujeres sometidas a una reconstrucción mamaria tras la mastectomía presentaron menor deterioro de su aspecto físico y autoestima que aquellas que no se sometían a la misma. Por lo tanto, la reconstrucción mamaria se consideraría el proceso de restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico de las pacientes mastectomizadas.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Todo paciente con factores hereditarios debe realizarse las pruebas genómicas para determinar si va a beneficiarse de los tratamientos oncológicos además de pruebas para detectar mutaciones en los genes BRCA 1 Y 2
- ✓ Se recomienda campañas de detección precoz dirigida a mujeres jóvenes. También que toda paciente antes de los 40 años debe realizarse una ecografía mamaria o si presenta factores de riesgo puede realizarse la mamografía antes de los 40 años y las pacientes >40 años ecografía mamaria en conjunto con la mamografía.
- ✓ Mejorar los departamentos de estadística de los hospitales para mantener un mejor registro de tumores y de la realidad de casos de cáncer de mama en mujeres jóvenes en nuestro país
- ✓ Se recomienda a los cirujanos a incentivar la cirugía onco-reconstructiva ya que esta no interfiere en la sobrevida del paciente, sin embargo, le otorga una mejor calidad de vida y autoestima
- ✓ Se recomienda siempre respetar el criterio oncológico sobre el estético.

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Cancer Observatory. [en línea]. International. incidencia, mortalidad y supervivencia.2018. [Fecha de acceso 15 de septiembre del 2020]. URL disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
2. American cancer society [en línea]. USA. Estimaciones para el año en curso sobre el cáncer de seno; 2020. [Fecha de acceso 15 de septiembre del 2020]. URL disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-tan-comun-es-el-cancer-de-seno.html>
3. Asociación Española contra el cáncer [en línea]. España. Incidencia, pronóstico del cáncer de mama: mortalidad y esperanza de vida, 2018. [Fecha de acceso 15 de septiembre del 2020]. URL disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama#:~:text=Actualmente%2C%20seg%C3%BAn%20datos%20del%20Observatorio,1%20de%20cada%208%20mujeres>
4. GEICAM. [en línea]. España. Incidencia y mortalidad del cáncer de mama.2019. [Fecha de acceso 15 de septiembre del 2020]. URL disponible en: <https://www.geicam.org/cancer-de-mama/el-cancer-de-mama-se-puede-prevenir/incidencia-del-cancer-de-mama>
5. Ministerio de salud pública. [en línea]. Ecuador. Incidencia de cáncer de mama. 2018. [Fecha de acceso 15 de septiembre del 2020]. URL disponible en: <https://www.salud.gob.ec/cifras-de-ecuador-cancer-de-mama/>
6. Raquel Rey Villar, Salvador Pita Fernández. Calidad de vida, ansiedad antes y después del tratamiento en mujeres con cáncer de mama. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2958
7. Pascual Rodríguez. Caracterización del cáncer de mama en mujeres jóvenes. Universidad de salamanca. España. 2017. PAG 20-62
8. Andrea Cecilia Gargantinik, Leandro Martín Casari. Imagen Corporal y su Influencia en la Calidad de Vida en mujeres con mastectomía. 7 de marzo del 2019. Ediciones complutenses. Pag 1-18.

9. Mariafé Córdova Torres. Eficacia de mamografía y ecografía para el diagnóstico de cáncer de mama en la mujer. Universidad privada Antenor Orrego. Trujillo – Perú 2017. Pag 1-50.
10. Instituto Nacional de Cáncer. [en línea]. EE. UU. Factores de riesgo de cancer.2015 [Fecha de acceso 15 de septiembre del 2020]. URL disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
11. Breast Cáncer. [en línea]. EE.UU. Genética. 2018. [Fecha de acceso 15 de septiembre del 2020]. URL disponible en: <https://www.breastcancer.org/es/riesgo/factores/genetica>
12. Dr. Carlos Alberto López Sosa, Dra. María Fernanda Pazmiño miranda. Caracterización de los resultados de pruebas de inmunohistoquímica en mujeres pre menopáusicas y post menopáusicas con diagnóstico de cáncer de mama. Pontificia universidad católica del ecuador. Quito, Abril 2016.
13. Silvina Malvasio, Andrea Schiavone. Características clínico-patológicas y evolución del cáncer de mama en mujeres uruguayas jóvenes. Rev Méd Urug 2017; 33(2):94-101
14. American cancer society [en linea]. USA. Pruebas de expresión genética del cáncer de seno; 2019. [fecha de acceso 15 de septiembre del 2020]. URL disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/breast-cancer-gene-expression.html>
15. E. Martínez Gómez, A. Cano Cuetos. Cáncer de mama en mujeres muy jóvenes, nuestra experiencia. Clin Invest Gin Obst. 2016; 43(1):17---23.
16. Yulexi Hechavarría Jiménez, Juan Ramón Ramírez. Oncoplastic Surgery for Breast Cancer. CCM 2015; 19 (4).
17. Isabel Gascón Ferrer, Carmen Casamayor Franco. Cirugía conservadora en el cáncer de mama. Rev Senol Patol Mamar. 2017; 30(2):61---67.
18. Ana Calvache González, Beatriz Vidal Herrador. Cirugía oncológica de la mama y reconstrucción inmediata con prótesis directa. Rev Senol Patol Mamar. 2017; 30(2):68---74

19. Marta Allué Cabañuz, María Dolores Arribas del Amo. Mastectomía bilateral con reconstrucción inmediata como tratamiento y profilaxis del cáncer de mama. Rev Senol Patol Mamar. 2019; 32(2):41---47
20. Jorge-Luis MARCOS-QUISPE. Autologous breast reconstruction with latissimus dorsi flap and microfat grafting. Cir. plást. iberolatinoam.-Vol. 43 - Nº 3. Julio - Agosto - Septiembre 2017 / Pag. 293-303.
21. Marta Allué Cabañuz, Jorge Chóliz Ezquerro. Mastectomía ahorradora de piel y pezón en carcinoma ductal in situ. Rev Senol Patol Mamar. 2020;33(2):39---44
22. Marina Alarcón Iranzo, Elvira Buch Villa. Mastectomía ahorradora de piel y complejo areola-pezón con reconstrucción inmediata. Rev Senol Patol Mamar. 2018; 31(3):94---101.

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL ESPECIE UNIVERSITARIA

OFICIO N°:001

GUAYAQUIL 30/06/2020

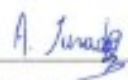
Dra. Carlota Palma Estrada.
Directora de la carrera de Medicina.
Universidad de Guayaquil

Yo **PEÑARANDA MATA SPARCKY JONATHAN** con CI# 0940596265 y **JURADO RODRIGUEZ ABRAHAM JOSHUA** con CI# 0923554489 estudiantes del internado rotativo de medicina segunda cohorte septiembre 2019 promoción 136 perteneciente al hospital **DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR** me dirijo a usted muy respetuosamente para solicitarle sea revisada mi propuesta para tema de tesis:

TEMA: "APLICACION DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA EN SOLCA-GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019"

Por la atención prestada a la misma de usted quedo muy agradecido.


SPARCKY JONATHAN PEÑARANDA MATA
CI# 0940596265
CORREO: jopema_96@hotmail.com
jonathan.penarandam@ug.edu.ec
CELULAR: 0968438560


ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ
CI# 0923554489
CORREO: abraham.jurado@hotmail.com;
abraham.jurador@ug.edu.ec
CELULAR: 096 278 6887

ANEXO 2



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 29 de Septiembre del 2020

SR. DR.
BYRON LOPEZ SILVA
DIRECTOR (A) DE CARRERA
FACULTAD
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Acuerdo del Plan de Tutoría

Nosotros, **DR. ANTONIO GUILLERMO JURADO BAMBINO**, docente tutor del trabajo de titulación, **ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ** con C.I. No. **0923554489** y **JONATHAN SPARCKY PEÑARANDA MATA** con C.I. No. **0940596265** estudiantes de la Carrera/Escuela de Medicina, comunicamos que acordamos realizar las tutorías semanales en el siguiente horario, el día **VIERNES** de **15:00 a 17:00**.

De igual manera entendemos que los compromisos asumidos en el proceso de tutoría son:

- Asistir a las tutorías individuales 2 horas a la semana con un mínimo de asistencia del 70%.
- Elaborar los informes mensuales y el informe final detallando las actividades realizadas en la tutoría.
- Cumplir con el cronograma del proceso de titulación.

Agradeciendo la atención, quedamos de Ud.

Atentamente,

ABRAHAM JURADO RODRIGUEZ
C.I. No. 0923554489

JONATHAN PEÑARANDA MATA
C.I. No. 0940596265

Dr. Antonio Jurado Bambino, Msc.
QUIRURGIA GENERAL Y LAPAROSCOPÍA
LIBRO VI FOLIO 234 B - 2020
MAESTRÍA Y GRADUACIÓN CONSTRUCTIVA
LIBRO I - FOLIO 26 A 33 Cap. 1 del 0548

DR. ANTONIO JURADO BAMBINO
Docente Tutor

ANEXO 3



Universidad de
Guayaquil
Runto a la Excelencia

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

ANEXO IV. INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL



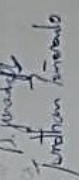
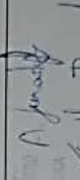
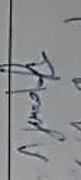
152 años
1863 - 2015

Tutor: DR. ANTONIO JURADO BAMBINO

Título del trabajo: APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA ONCO-RECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CÁNCER DE MAMA PARA GANAR

AUTOESTIMA

Tipo de trabajo de titulación: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

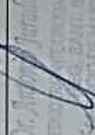
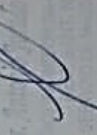
No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	24/07/20	Revisión del Tema	15:00	17:00	-Revisar Artículo Asignado		
2	31/07/20	-Planteamiento del Problema -Justificación del Tema	15:00	17:00	-Revisar Bibliografía		
3	7/08/20	-Objetivos General, Específico -Hipótesis, Alameda de Investigación	15:00	17:00	-Aumentar profundidad de investigación -conocer el sistema general		
4	14/08/20	-Formulación del Problema -Preguntas de Investigación	15:00	17:00	-Aumentar profundidad de investigación		

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
ANEXO IV. INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: DR. ANTONIO JURADO BAMBINO

Título del trabajo: APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA ONCO-RECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CÁNCER DE MAMA PARA GANAR
 AUTOESTIMA

Tipo de trabajo de titulación: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
5	21/08/20	- Revisión del Marco Teórico	15:00	17:00	- Revisión artículo sobre Cáncer de mama en mujeres Jóvenes		A. Jurado Bambino Jonathan Páez
6	28/08/20	- Revisión del Marco Teórico	15:00	17:00	- Revisión Bibliografía y citas		A. Jurado Bambino Jonathan Páez
7	04/09/20	- Revisión del Capítulo III - Tipo de estudio - Variables y Muestras - Instrumentos	15:00	17:00	- Revisión de Historia Clínica		A. Jurado Bambino Jonathan Páez
8	11/09/20	- Procedimiento de Revisión de datos - Variables	15:00	17:00	- Conceptualización de Variables		A. Jurado Bambino Jonathan Páez

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

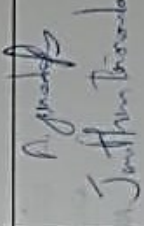
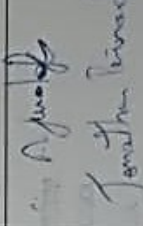
ANEXO IV. INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: DR. ANTONIO JURADO BAMBINO

Título del trabajo: APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA ONCO-RECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CÁNCER DE MAMA PARA GANAR

AUTOESTIMA

Tipo de trabajo de titulación: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
9	18/09/20	Resultados y Discusión	15:00	17:00	-Revisión de base de datos		
10	25/09/20	Conclusiones y Recomendaciones	15:00	17:00	-Corrección de las conclusiones		

ANEXO 4



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. ALEJO LASCANO BAHAMONDE
VICEDECANATO

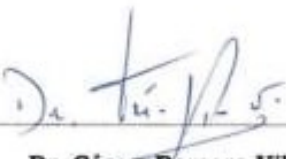
CERTIFICACIÓN

En mi calidad de Vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, tengo a bien Certificar:

El tema de **APLICACION DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA EN SOLCA-GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019** del estudiante **JURADO RODRIGUEZ ABRAHAM JOSHUA** con **CI. 0923554489** de la carrera de MEDICINA, el cual ha sido APROBADO en Consejo de Facultad, mediante la siguiente resolución No. UG-CFCM -EX-22-01-2020-R en el Periodo Lectivo 2020 - 2021 T11.

El/la interesado(a) puede hacer uso del presente para solicitar información relacionada con la elaboración del tema de Tesis.

Guayaquil, 7 de Agosto de 2020



Dr. César Romero Villagrán, MSc.
VICEDECAÑO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. ALEJO LASCANO BAHAMONDE
VICEDECANATO

CERTIFICACIÓN

En mi calidad de Vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, tengo a bien Certificar:

El tema de **APLICACION DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA EN SOLCA-GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019** del estudiante **PEÑARANDA MATA JONATHAN SPARCKY** con **CI. : 0940596265** de la carrera de MEDICINA, el cual ha sido APROBADO en Consejo de Facultad, mediante la siguiente resolución No. UG-CFCM -EX-22-01-2020-R en el Periodo Lectivo 2020 - 2021 T11.

El/la interesado(a) puede hacer uso del presente para solicitar información relacionada con la elaboración del tema de Tesis.

Guayaquil, 7 de Agosto de 2020



Dr. César Romero Villagrán, MSc.
VICEDECANO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ANEXO 5



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA UNIDAD DE TITULACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA ONCO-RECONSTRUCTIVA EN MUJERES JÓVENES CON CÁNCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA Autor(s): ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRÍGUEZ y SPARKY JONATHAN PEÑARANDA MATA		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALF.
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.5	4.5
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad/ Carrera	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	1
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
RIGOR CIENTÍFICO	4.5	4.5
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.7	0.7
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1
Pertinencia de la investigación	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.5	0.5
CALIFICACIÓN TOTAL *	10	10
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.		

DR. ANTONIO JURADO BAMBINO
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN
C.I: 0909892051

Dr. Antonio Jurado Bambino, MSc.
GRADUADO GENERAL Y ESPECIALISTA
EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA RECONSTRUCTIVA
EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGÍA

FECHA: 29/09/2020



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

RÚBRICA DE EVALUACIÓN MEMORIA ESCRITA TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA.

Autor(s): JURADO RODRIGUEZ ABRAHAM JOSHUA, PEÑARANDA MATA JONATHAN SPARCKY

ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE CALF. MÁXIMO	COMENTARIOS
ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA	3	3
Formato de presentación acorde a lo solicitado	0.6	0.6
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras	0.6	0.6
Redacción y ortografía	0.6	0.6
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación	0.6	0.6
Adecuada presentación de tablas y figuras	0.6	0.6
RIGOR CIENTÍFICO	6	6
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación	0.5	0.5
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece	0.6	0.6
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar	0.7	0.7
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general	0.7	0.7
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación	0.7	0.7
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la investigación	0.7	0.7
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos	0.4	0.4
Factibilidad de la propuesta	0.4	0.4
Las conclusiones expresan el cumplimiento de los objetivos específicos	0.4	0.4
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas	0.4	0.4
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica	0.5	0.5
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1
Pertinencia de la investigación/ Innovación de la propuesta	0.4	0.4
La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional	0.3	0.3
Contribuye con las líneas / sublíneas de investigación de la Carrera/Escuela	0.3	0.3
CALIFICACIÓN TOTAL*	10	10

* El resultado será promediado con la calificación del Tutor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.


DR. EDUARDO CHANCAY LOPEZ
TUTOR-REVISOR
 C.I.:0902717974



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA/CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 16 de oct. de 2020

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **DR. EDUARDO CHANCAY LOPEZ**, tutor del trabajo de titulación **APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA** certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ** con C.I. No. **0923554489** y **SPARCKY JONATHAN PEÑARANDA MATA** con C.I. No. **0940596265**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Medico, en la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.



DR. EDUARDO CHANCAY LOPEZ
TUTOR-REVISOR
C.I.:0902717974



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE UNIVERSITARIA

Guayaquil, 31 de Julio del 2020

Oficio 00

Autocash
12-08-2020
Tania Rivera
Dpto. Docencia e Investigación
Jefe Dpto. Docencia e Investigación
SOLCA

DOCTORA,
Tania Rivera Rivera
JEFE DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
SOLCA GUAYAQUIL

Ciudad. -

De mis consideraciones:

Yo ABRAHAM JOSHUA JURADO RODRIGUEZ, con C.I. No. 0923554489 y SPARCKY JONATHAN PEÑARANDA MATA con C.I. No. 0940596265, alumnos del VI año, Internado Rotativo, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Guayaquil; solicitamos a Usted y por su digno intermedio nos autorice a realizar la Tesis de Grado, previo a la obtención del título de Médico en esta Universidad y la revisión estadística correspondiente.

TEMA:

APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCO-RECONSTRUCTIVA EN MUJERES
JÓVENES CON CÁNCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO"
GUAYAQUIL 2018 - 2019

El Médico Tutor de la misma será el Dr. Antonio Guillermo Jurado Bambino.
Agradezco a Usted anticipadamente por la respuesta positiva

Atentamente,

Sr. Abraham Jurado Rodriguez

IRM Hospital "Dr. Liborio Panchana"

Dr. Antonio Jurado Bambino

Docente - Tutor Universidad

Sr. Sparcky Peñaranda Mata

IRM Hospital "Dr. Liborio Panchana"

RECIBIDO
DPTO. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
FECHA: 12/08/2020
FIRMA: [Signature]

ANEXO 6: CÁNCER DE MAMA EN MUJERES EN SOLCA GUAYAQUIL

Tabla 27. Número de casos nuevos de cáncer de mama en mujeres.

SOLCA Guayaquil. 2018-2019

	Número de casos nuevos de cáncer de mama en mujeres. SOLCA Guayaquil. 2018-2019														
Año	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y +	TOTAL	
2018	2	11	19	42	93	84	77	94	63	84	45	30	39	683	
2019		12	33	67	98	117	130	128	129	125	64	42	43	988	
Total	2	23	52	109	191	201	207	222	192	209	109	72	82	1.671	

Elaborado por: Gestión de la Información y Productividad

Tabla 28. Casos nuevos de Cáncer de mama según grupos de edad en
SOLCA Matriz. 2018-2019

Casos nuevos de Cáncer de mama según grupos de edad en SOLCA Matriz. 2018-2019				
Años	20 a 44	45 a 64	65 y más	Total
2018	167	318	198	683
2019	210	504	274	988
Total	377	822	472	1,671
%	23%	49%	28%	100%

Tabla 29. Casos nuevos de Cáncer de mama según grupos de edad en
SOLCA Matriz. 2018-2019

Casos nuevos de Cáncer de mama según grupos de edad en SOLCA Matriz. 2018-2019			
20-44 años	Menores de 44 años	377	23%
45+	Mayores de 45 años	1,294	77%
Total		1,671	

Reporte actualizado al 20/08/2020.

Figura 26. Casos nuevos de Cáncer de mama según grupos de edad en SOLCA Matriz. 2018-2019

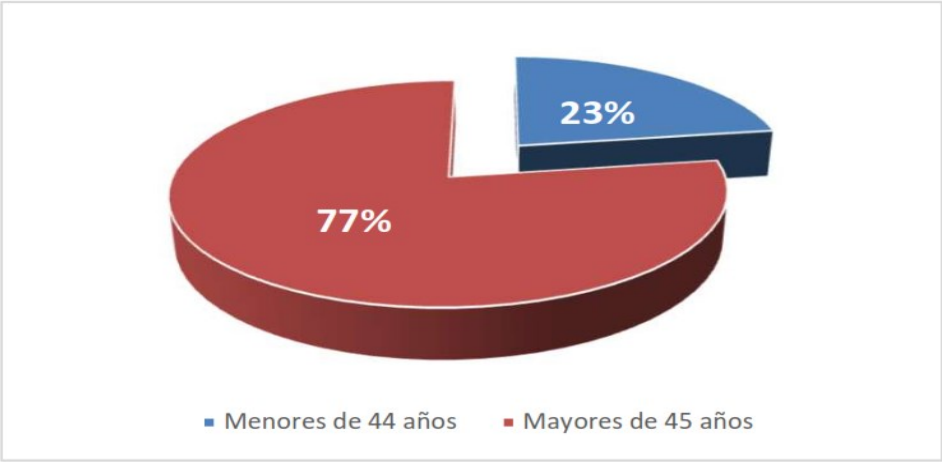
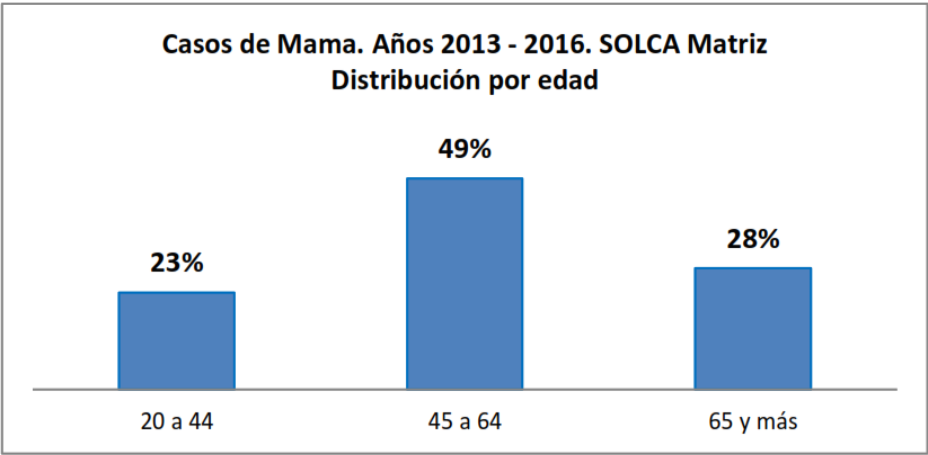


Figura 27. Casos de Mama. Años 2013 - 2016. SOLCA Matriz Distribución por edad



ANEXO 7: HOJA DE RECOPIACIÓN DE DATOS

APLICACIÓN DE LA CIRUGIA ONCORECONSTRUCTIVA EN MUJERES JOVENES CON CANCER DE MAMA PARA GANAR AUTOESTIMA. HOSPITAL SOLCA- GUAYAQUIL PERIODO 2018-2019

IDENTIFICACIÓN	
1. FECHA CONSULTA:	
2. NOMBRES:	
3. APELLIDOS:	
4. SEXO:	1. Femenino ☐
5. EDAD:	
6. NACIONALIDAD:	
7. RAZA:	
8. TELÉFONO:	
9. RESIDENCIA ACTUAL:	
10. LUGAR DE NACIMIENTO:	
11. INSTRUCCIÓN:	1. Primaria ☐ 2. Secundaria ☐ 3. Superior ☐ 4. Cuarto Nivel ☐ 5. Ninguna ☐ 6. Otras ☐
12. OCUPACIÓN:	1. Agricultura ☐ 2. Comerciante ☐ 3. Estilista ☐ 4. Quehaceres domésticos ☐ 5. Profesional ☐ 6. Empleado Público ☐ 7. Empleado Privado ☐ 8. No específica ☐ 9. Ninguno ☐ 10. Otros ☐

II. MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES	
14. MOTIVO CONSULTA	
1. 1. Tumor o masa palpable ☐ 2. Ganglios Axilares ☐ 3. Tumor + Adenopatias ☐ 4. Secreción anormal por pezón ☐	
5. Úlcera o cambio color de piel ☐ 6. Otras ☐ 7. No específica ☐	
15. TIEMPO DE EVOLUCIÓN: 1. < 6 meses ☐ 2. 7-12 meses ☐ 3. ≥ 12 meses ☐ 4. No específica ☐	
16. TAMAÑO DE LA LESIÓN O TUMOR: T1. ≤ 2,0 cm ☐ T2. 2,0 a 0,5,0 cm ☐ T3. > 5 cm. ☐ T0. No específica. ☐	
17. NÚMERO DE LESIONES EN LA MAMA: 1. Única ☐ 2. Múltiple ☐	

18. LOCALIZACIÓN TUMORAL:	
1. Mama Derecha: ☐	2. Mama Izquierda: ☐ 3. Bilateral: ☐
19. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:	
1. Antecedentes de Ca de mama: 1. No ☐ 2. Sí ☐ 3. No específica ☐	
2. Antecedentes de otras enfermedades: 1. No ☐ 2. Sí ☐	
Diabetes ☐ LES ☐ Obesidad ☐ Ht. Arterial ☐	
3. Antecedentes de otro cáncer: 1. No ☐ 2. Sí ☐ 3. No específica ☐	
20. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: 1. No ☐ 2. Sí ☐ 3. No específica ☐	
PARENTESCO..... TIPO DE CANCER.....	
21. HABITOS: 1. No ☐ 2. Sí ☐ 3. No específica ☐	
ALCOHOLISMO ☐ TABAQUISMO ☐ DROGAS ☐ ANTICONCEPTIVO ☐	
Frecuencia.....Tiempo.....	
22. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:	
1. EDAD Menarquía: 2. Edad Menopausia: 4. G: P: C: A: # de hijos	
5. ACO: 1. No ☐ 2. Sí ☐ Tiempo de uso:.....	
6. Nulipara. ☐	
7. Multipara.: ☐	

23. TIPOS DE BIOPSIAS PARA EL DIAGNOSTICO:

1. Biopsia Incisional ☐ Biopsia marcaje ☐
2. Biopsia Excisional ☐ Otros ☐
3. Biopsia TRU-CUT ☐ Llega con Rp. AnatomicoPatologico ☐
4. Biopsia PAAF ☐

24. TIPO HISTOLOGICO (CLASIFICACION DEL TUMOR):

1. Carcinoma In Situ: ☐
1.1 Intraductal: ☐ Variedad.....
1.2 Lobulillar: ☐ Variedad.....
2. Carcinoma Infiltrante: ☐
2.1 Ductal: ☐ 2.2 Lobulillar: ☐ 2.3 Medular: ☐ 2.4 Papilar: ☐ 2.5 Mucinoso ☐ 2.6 Inflamatorio ☐ 2.7 tubular ☐
2.8 Otros ☐
3. Carcinoma Mixto: ☐
3.1 Infiltrante + In situ ☐ 3.3 In situ + Enf. de Paget ☐
3.2 Infiltrante + Enf. de Paget ☐
4. Enfermedad de Paget ☐
4.1 Con tumor ☐ 4.2 Sin tumor ☐

25. GRADO HISTOLOGICO 1. I ☐ 2. II ☐ 3. III ☐**26. COMPROMISO DE GANGLIOS EN LINFADENECTOMIA 1. NO ☐ 2. SI ☐****27. BIPSIA DE GANGLIO CENTINELA 1. NO ☐ 2. SI ☐****28. TRATAMIENTO QUIRURGICO:****FECHA DE LA CIRUGIA:****1. CIRUGIA CONSERVADORA**

- 1.1 Solo (tumorectomia con margen oncológico) ☐ 1.5 Con patrón de reducción mamaria ☐
1.2 Con cierre oncoplastico ☐ 1.6 Con implante. ☐
1.3 Linfadenotomia axilar ☐ 1.7 Con Lipotransfusión (lipofilia) ☐
1.4 Con ganglio centinela ☐ 1.8 Otras ☐

2. TIPOS DE MASTECTOMIAS Y RECONSTRUCCION INMEDIATA 1er TIEMPO:

- 2.1 MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA CLASICA: ☐ 2.5 MASTECTOMIA CON PATRON DE REDUCCION: ☐
2.2 MASTECTOMIA CON CONSERVACION DE AREOLA Y PEZON ☐ 2.6 MASTECTOMIA DE REDUCCION DE RIESGO ☐
2.3 MASTECTOMIA AHORRADORA DE PIEL ☐ 2.7 MASTECTOMIA DE RESCATE ☐
2.4 MASTECTOMIA SIMPLE: ☐

3. TECNICA DE RECONSTRUCCION INMEDIATA:

1. CON EXPANSOR MAMARIO ☐
2. CON COLGAJOS AUTOLOGOS ☐
3. CON PROTESIS MAMARIA ☐
4. MIXTA COLGAJOS MAS IMPLANTES ☐
5. APROXIMACION CON COLGAJO FASCIOTANEO LOCAL ☐
5. OTRAS ☐

4. SE REALIZO SIMETRIZACION DE LA OTRA MAMA EN RECONSTRUCCION INMEDIATA 1ER TIEMPO 4.1. NO ☐ 4.2. SI ☐**4.3. TECNICAS**

- MASTOPEXIA REDUCTIVA ☐ MAMOPLASTIA CON PROTESIS ☐
MASTOPEXIA SOLA ☐ OTRAS ☐
MASTOPEXIA + PROTESIS ☐

5. RECONSTRUCCION INMEDIATA 2do TIEMPO:

- 5.1. CON IMPLANTES MAMARIOS: ☐ tipo.....
5.2. Retiro de expansores y cambio de protesis: 1. No ☐ 2. Si ☐ 3. No especifica ☐
5.3 CON COLGAJOS MIOTANEO:
5.3.1 Colgajo TRAM solo ☐ 5.3.3. Colgajo + Protesis : TRAM ☐ DORSAL ☐
5.3.2 Colgajo Dorsal ancho solo ☐
5.4. SIMETRIZACION DE LA MAMA CONTRALATERAL: 1. No ☐ 2. Si ☐
5.4.1 Mastopexia ☐ 5.4.3. Mamoplastia de aumento con protesis ☐
5.4.2 Mastopexia Reductiva ☐ 5.4.4. Mastopexia + Protesis ☐
5.5 RECONSTRUCCION DE AREOLA Y PEZÓN: 1. No ☐ 2. Si ☐ Tecnica

29. TRATAMIENTO CON QUIMIO: 1. No ☐ 2. Si ☐

29.1. Previa a reconstrucción (NEOADJUVANCIA) ☐

29.2 Posterior a reconstrucción (ADJUVANCIA) ☐

30. TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA: 5.1. No ☐ 5. 2. Si ☐

30.1. Previa a la reconstrucción ☐

30.2. Posterior a la reconstrucción ☐

30.2.1. Con el expansor ☐

30.2.2. Con la prótesis ☐

31. RECONSTRUCCION DIFERIDA No ☐ 2. Si ☐

1. Con colgajos autólogos: TRAM ☐ GRANDORSAL ☐

2 Colgajos + implantes: ☐ _____

3 Con implantes: ☐ _____, _____

4 con lipóingerto: ☐ _____

5 Otros: ☐ _____

31.1. SE REALIZO SIMETRIZACION DE LA OTRA MAMA: 1. No ☐ 2. Si ☐ 3. No especifica ☐

Técnica _____

31.2. RECONSTRUCCION DE AREOLA PEZON 1. NO ☐ 2. SI ☐

TECNICA _____

32. COMPLICACIONES: 1. No ☐ 2. Si ☐

1. Necrosis Flap ☐ 7. Fístulas ☐

2. Rechazo de expansor ☐ 8. Retracción capsular ☐

3. Rechazo de prótesis ☐ 9. Movilización del implante ☐

4. Hematoma ☐ 10. Seroma ☐

5. Linfedema ☐ 11. Ruptura prótesis ☐

6. Otras ☐

COMO SE RESOLVIO COMPLICACION: _____

33. RESULTADO ESTETICO: (Opinión del cirujano)

MUY BUENO ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

34. VALORACION DEL AUTOESTIMA REGISTRADA:

MUY BUENO ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

35. EVOLUCION DESPUES DE La RECONSTRUCCION a los meses desde la cirugía, hasta la fecha de la última consulta

1. Vive sin enfermedad ☐ 5. Muere con enfermedad ☐

2. Muere por otras causas ☐ 6. Carcinoma en La Otra Mama ☐

3. Perdido menor a 3 meses ☐

4. Vive con enfermedad:

4.1 Local o recidiva ☐

4.2 Metástasis ☐

4.3 Local + metástasis ☐

ANEXO 8: MASTECTOMIA CON CONSERVACIÓN DE PIEL Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON EXPANSOR

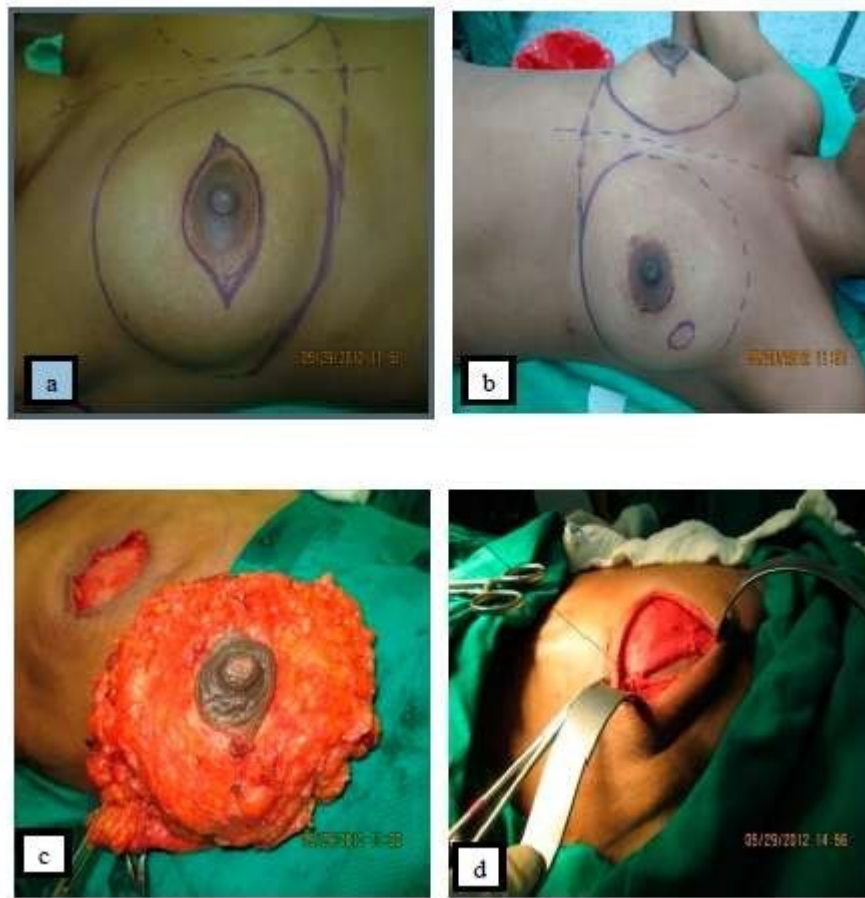


Fig. a y b. Diseño de incisión de mastectomía derecha con conservación de piel y tumorectomía izquierda. **Fig. c.** Mastectomía radical y linfadenectomía axilar con otra incisión.

Fig. d. Reconstrucción inmediata con expansor mamario texturizado de 400 c.c. de volumen válvula incorporada retromuscular. Bolsillo entre el músculo pectoral mayor y serrato mayor.



Fig. e. Permeabilidad del expansor mamario y llenado con 100 c.c. de solución salina al 0.9%

Fig. f. Control Postoperatorio a los 6 días.

Fig. g. Comparación antes de cirugía primer tiempo.

Fig. h. Control al año, luego del segundo tiempo de reconstrucción con prótesis mamaria bilateral y simetrización de mama izquierda con mamoplastia de aumento retromuscular.

ANEXO 9: RECONSTRUCCION MAMARIA EN CARCINOMA BILATERAL METACRONICO

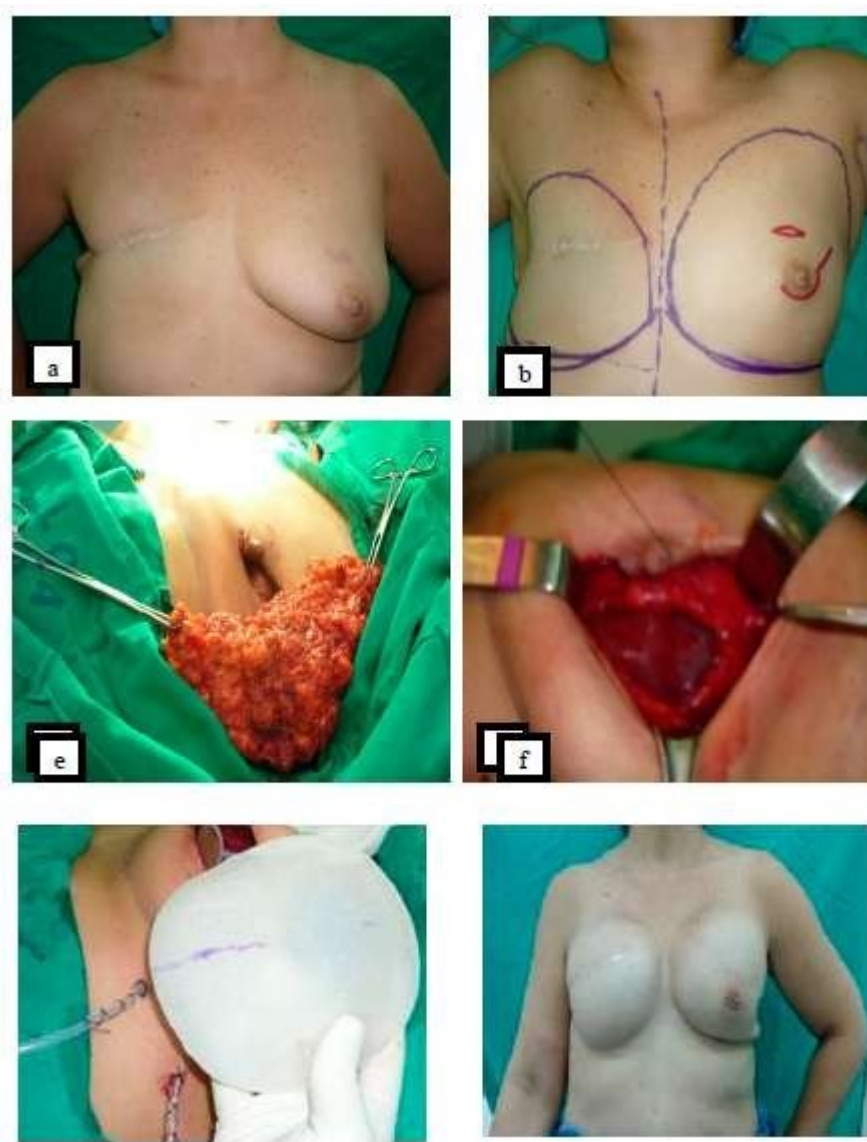


Fig. a y b. Diseño y planificación de cirugía primer tiempo. **Fig. c y d.** Mastectomía izquierda con conservación del complejo areola y pezón. **Fig e.** Reconstrucción bilateral con expansor anatómico texturizado de 400 c.c. volumen. **Fig. f.** Control y resultado estético a los 3 meses

ANEXO 10: SEGUNDO TIEMPO DE RECONSTRUCCIÓN BILATERAL

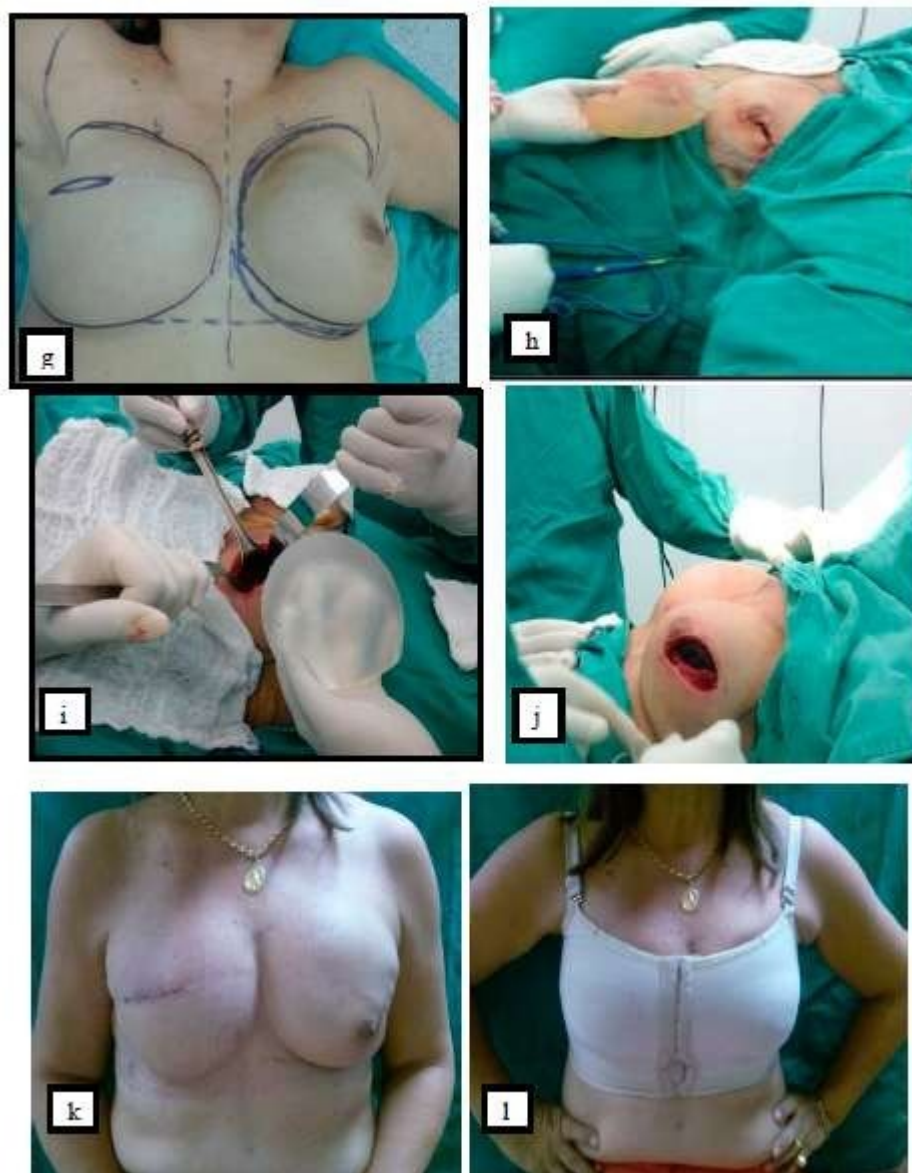


Fig. g. Diseño de reconstrucción bilateral. **Fig. h.** Retiro de expansor mamario, confección de bolsillos retromuscular y surco submamario. **Fig. i y j.** Colocación de prótesis retromuscular redondas texturizadas de 400 c.c. de volumen. **Fig. k y l.** Control a los 3 meses con sujetador

ANEXO 11: MASTECTOMIA IZQUIERDA CON CONSERVACION DEL COMPLEJO AREOLA Y PEZON Y RECONSTRUCCION INMEDIATA CON PRÓTESIS



Fig. a y b. Localización tumor mama izquierda y planificación de técnica quirúrgica.

Fig. c. Diseño de mastectomía izquierda con conservación del complejo areola y pezón con incisión axilar para linfadenectomía. **Fig. d.** Diseño de mastopexia reductiva derecha para obtener simetría mamaria en un primer tiempo de reconstrucción

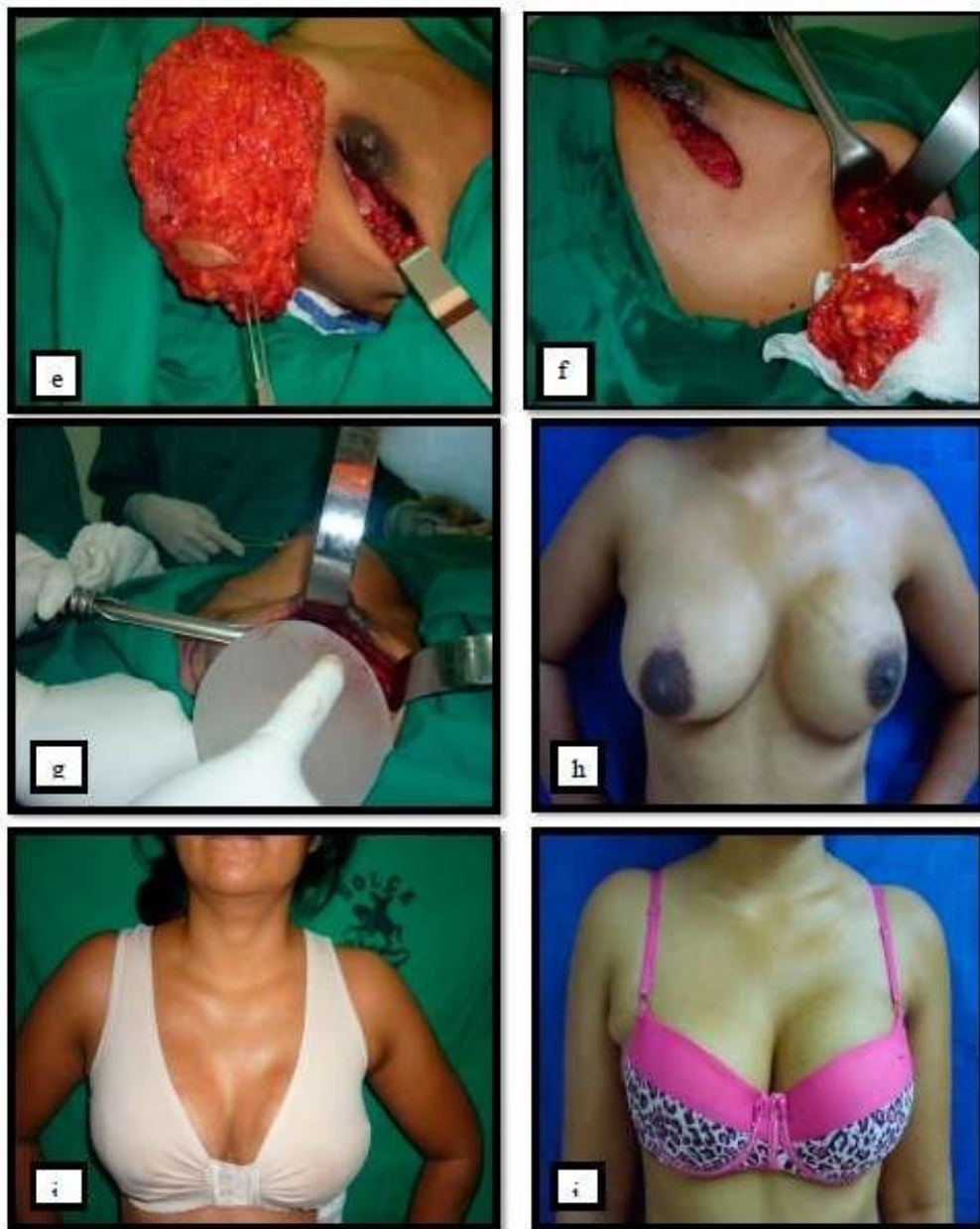


Fig. e y f. Mastectomía radical izquierda con conservación de areola y pezón. **Fig. g** Reconstrucción mamaria inmediata con prótesis anatómica texturizada retromuscular de 460 c.c. volumen. **Fig. h.** Control a los 3 meses. **Fig. i – j.** Control a los 6 meses con sujetador

ANEXO 12: SEGUNDO TIEMPO DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y SIMETRIZACIÓN DE MAMA CONTRALATERAL

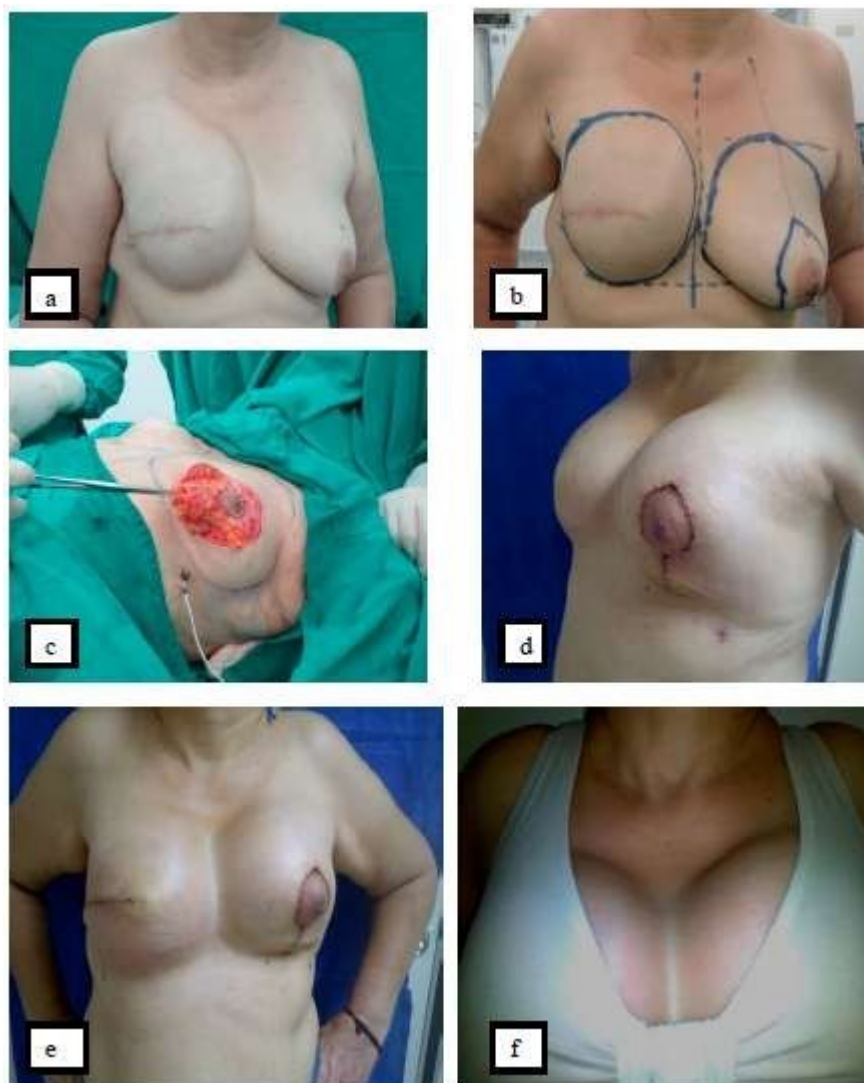


Fig. a y b. Diseño y Preparación quirúrgica. **Fig. c y d.** Se retira expansor derecho, se coloca prótesis mamaria redonda de 470 c.c. de volumen, texturizada y en la mama izquierda se realiza mastopexia reductiva y mamoplastia con prótesis retromuscular redonda de 190 c.c.**Fig. e y f.** Control postoperatorio al mes con sujetador.

ANEXO 13: CIRUGÍA CONSERVADORA Y RECONSTRUCCIÓN ONCOPLASTICA EN MAMA DERECHA



Fig. a y b. Localización tumor mama derecha y diseño de incisión **Fig. c.** Cirugía conservadora tipo Veronesi. Tumorectomía con margen radical. **Fig.d.** Remodelamiento oncoplástico inmediato. **Fig. e y f.** Control postoperatorio a los 6 meses.

ANEXO 14: CIRUGÍA CONSERVADORA MAMA IZQUIERDA, REMODELAMIENTO ONCOPLASTICO Y LINFADENECTOMIA AXILAR POR OTRA INCISIÓN.



Fig. a. Diseño de incisiones de cirugía conservadora, incluyendo cicatriz de biopsia anterior.

Fig. b cuadrantectomía mama izquierda con margen oncológico tipo Veronesi.

Fig. c y d. Remodelamiento oncoplastico tipo pexia con doble jareta y sutura intradérmica