

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.

M A S T E C T O M I A S   R A D I C A L E S .

Trabajo retrospectivo y prospectivo sobre un estudio comparativo de las técnicas de cierre en las Mastectomías Radicales efectuadas en el Instituto Nacional de Cancerología entre los años de 1.971 y 1.973, escogiendo y revisando 50 H. Clínicas.

Trabajo elaborado por el Dr. Armando García Restrepo. Médico-residente del Instituto, bajo la dirección y supervisión del Dr. Jaime Gómez E Cirujano asociado del Dpto. de Cirugía general.

Noviembre de 1.973

## M A S T E C T O M I A S R A D I C A L E S

FIN DEL TRABAJO: Conscientes del grave problema que actualmente se afronta, pues ocupa el segundo lugar como tumor maligno y el tercero como neoplasia maligna diagnosticada en el Instituto Nacional de Cancerología, después del Ca. del CERVIX el cual está en primer lugar, nos hemos propuesto hacer desde el año pasado un estudio complementario sobre el CA DE SE NO, con el fin de disminuir en alto grado la morbilidad post-operatoria, consiguiendo una mejor cicatrización de las heridas quirúrgicas, una mejor radioterapia complementaria, una disminución en el tiempo de ocupación cama y un mejor pronóstico, por los métodos y técnicas quirúrgicos ya usuales.

Justificando el fin perseguido, abarcaremos lo más completamente posible todos aquellos factores que hemos considerado importantes para el logro deseado, conociendo de antemano la manera tan diferente como el Ca. de seno puede comportarse, siguiendo cursos relativamente benignos o malignos, de acuerdo a su tipo histológico, tamaño del tumor primitivo, compromiso de linfáticos y desarrollo biológico, etc.

Para ello, hemos buscado un orden sucesivo de factores desde el estudio anatomo-fisiológico de la región, hasta la conducta terapéutica post-operatoria abarcando todos aquellos que inciden directamente en la evolución y pronóstico de la lesión.

- 1) Aspectos anatomo-fisiológicos de la región y de la Glándula mamaria.
- 2) Material empleado.
- 3) Selección de pacientes por grupos de edad
- 4) Estado socio-económico.
- 5) Estado nutricional y de salud de la paciente.
- 6) Antecedentes médicos y terapéuticos.
- 7) Paridad.
- 8) Clasificación y estado del tumor.
- 9) Estado preoperatorio de la piel.
- 10) Clasificación histo-patológica del tumor.
- 11) Técnica quirúrgica empleada, hemostasia y cierre.
- 12) Riesgo cardiovascular.
- 13) Complicaciones y días de hospitalización.
- 14) Terapéutica complementaria.
- 15) CONCLUSIONES.

1) MATERIAL EMPLEADO: Se analizaron cincuenta ( 50 ) historias clínicas correspondientes a igual número de pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología entre los años 71 a 73. Todas corresponden a mastectomias radicales por cancer de seno, exclusivamente aquellas en las cuales no se ha practicado ningun tratamiento radioterapéutico previo a la cirugía, con el fin de no falcear los resultados post-operatorios.

Los 50 casos escogidos corresponden a las siguientes historias clínicas:

106420	106694	105709	110456	111088	113140
117898	113098	113911	114441	115166	116671
117211	123677	123779	107111	<del>87481X</del>	49525
130309	134325	134867	134982	124287	135033
135815	136274	74254	136772	136732	136978
138372	137135	137176	137250	138210	138365
139761	139860	137310	137432	138065	140097
140357	140654	140762	141220	141395	141905
141445	142745	142514			

Los pacientes estudiados proceden de diferentes zonas del país, en su orden respectivamente de: Cundinamarca, Boyacá, Tolima, - Santanderes, Huila, Caldas, Antioquia y San Andres Islas.

#### MASTECTOMIAS RADICALES - 50 CASOS

Procedencia	No.	%
Cundinamarca .....	19	38.0 %
Boyacá .....	9	18.0 %
Tolima .....	7	14.0 %
Santanderes .....	5	10.0 %
Huila .....	4	8.0 %
Caldas .....	4	8.0 %
Antioquia .....	1	2.0 %
San Andres Islas .....	1	2.0 %
TOTAL .....	50	100.0 %

Gráfica No.1

Teniendo en cuenta la procedencia del paciente y su estadía - durante el último año:

- a) Procedentes de la ciudad o pueblo ..... 39 ... 78.0 %  
 b) Procedentes de la vereda o el campo .... 11 ... 22.0 %

2) ASPECTO ANATOMICO Y FISIOLOGICO: Teniendo en cuenta el fin primordial de nuestro trabajo bajo hemos considerado importante incluir en forma somera pero clara la descripción anato-fisiológica tanto de la pared costal como de la mama y su circulación sanguínea y linfática con el fin de comprender mejor las reacciones post-quirúrgicas en ocasiones muy acentuadas y buscar la mejor técnica para evitarlas

La reja costal se extiende desde la segunda a la décima costilla y desde el esternón hasta el hueco axilar aproximadamente.

Está compuesta de los siguientes planos principales: 1) piel; 2) Tejido celular subcutáneo; 3) Aponeurosis superficial que recubre principalmente los músculos pectoral mayor, serrato y dorsal ancho; 4) Capa muscular superficial comprendida hacia arriba por los músculos serrato mayor y pectorales, hacia la parte media por el serrato y un poco más abajo por el músculo recto anterior.

Su irrigación arterial está dada por las arterias axilar, intercostales y mamaria interna y su circulación de retorno a través de venas superficiales y profundas.

La corriente linfática la efectúa por dos vías principales:

a) Superficiales o precostales cuya mayoría va por el tejido subcutáneo a los ganglios axilares, a los ganglios supraclaviculares y unos pocos a los mamarios internos.

b) Profundos o intercostales los cuales acompañan a la arteria mamaria interna por delante, y a pequeños ganglios cercanos a las cabezas costales los posteriores.

La glándula mamaria extendida desde la segunda hasta la sexta-costilla y desde el esternón hasta la axila, se encuentra adosada a la aponeurosis profunda que cubre el pectoral mayor y digitaciones al serrato mayor.

Su prolongación axilar penetra a través del agujero del Langen en la aponeurosis profunda del suelo de la axila hasta quedar en contacto con los ganglios linfáticos axilares.

Se encuentra constituida por los siguientes planos: 1) Piel; 2) Capa celular adiposa subcutánea; 3) Glándula Mamaria; 4) Capa Celu-adiposa profunda; 5) Aponeurosis del músculo pectoral mayor.

Su sistema arterial está formado por ramos perforantes de la mamaria interna y externa y de las arterias intercostales.

Su sistema venoso o de retorno por venas de los mismos sistemas

La corriente linfática se haya constituido por siete sistemas o plejos principales, los cuales tienen gran importancia en el tratamiento del cancer de seno y son:

- 1.- Plejo cutáneo
- 2.- Plejo Aponeurótico el cual drena a la fascia del músculo pectoral mayor.
- 3.- Plejo Perilobulillar el cual desemboca a los ganglios axilares.
- 4.- Ganglios Externos los cuales drenan directamente a ganglios del pectoral mayor.
- 5.- Ganglios Internos que van directamente a ganglios de la cadena mamaria interna y del lado opuesto.
- 6.- Algunos inferiores alifáticos de la pared abdominal.
- 7.- Algunos superiores que drenan a ganglios axilares apicales y cervicales profundos más bajos.

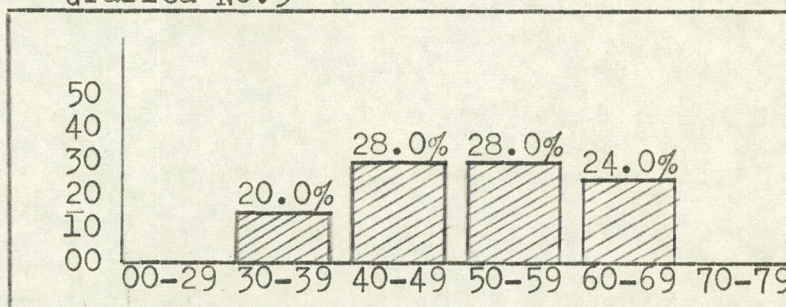
NOTA: Está comprobado plenamente que cuando los ganglios axilares se encuentran invadidos por tumor, los ganglios cervicales profundos inferiores se afectan en un 30% de los casos al igual que los ganglios mamarios internos en un 5% aproximadamente, por lo tanto todos estos grupos ganglionares deberán ser extirpados siempre, de lo contrario el tratamiento quirúrgico quedará incompleto y el pronóstico variará fundamentalmente.

3) SELECCION POR GRUPOS DE EDAD: Una selección cuidadosa de pacientes por grupos nos dá en este estudio un predominio del cáncer entre la cuarta y sexta década de la vida, teniendo en cuenta sin embargo y aunque muy raro, que puedan verse casos aislados en pacientes a una edad inferior a los 20 años.

MASTECTONIAS RADICALES - 50 CASOS  
PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

Gráfica No.3

EDAD	No.	%
00-29	0	0.0
30-39	10	20.0
40-49	14	28.0
50-59	14	28.0
60-69	12	24.0
70-79	0	0.0



NOTA: Los tumores clasificados como estado tres, predominaron en la década comprendida entre los 50 y los 59 años de edad en número de seis, mientras que el estado dos y el uno lo fueron en la década comprendida entre los 40 y 49 años de edad

4) ESTADO SOCIOECONOMICO: Los pacientes del presente estudio se han clasificado en 5 grupos principales de acuerdo a las normas establecidas por el Instituto teniendo en cuenta para ello sus escasos ingresos, abundante número de hijos improductivos etc.

De acuerdo al estudio realizado se ha encontrado un franco predominio del último grupo o sea aquel clasificado de bajo recurso económico y correspondiente a la clasificación E.

Clasificación de los Pacientes por estados:

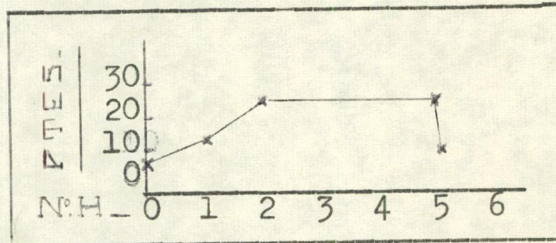
- 1) Estado A; Exelente ..... 0 Ptes. (00.00)
- 2) Estado B; Muy bueno ..... 5 Ptes. (10.00)
- 3) Estado C; Bueno ..... 2 Ptes. ( 4.00)
- 4) Estado D; Regular ..... 2 Ptes. ( 4.00)
- 5) Estado E; Malo ..... 41 Ptes. (82.00)

NOTA: De los 41 pacientes clasificados, el 80% se catalogó dentro de un estado socioeconómico muy malo; entre E-50 y E-150.

5) PARIDAD: Teniendo en cuenta por estudios estadísticos que el cáncer de seno es inversamente proporcional en número de hijos o sea que a mayor número de hijos es menor la posibilidad de cancer, hemos encontrado en esta revisión de pacientes un número casi directamente proporcional entre el cancer de seno y el mayor número de hijos, correspondiendo el más bajo a las pacientes nulíparas.

MASTECTOMIA RADICALES - 50 CASOS  
PACIENTES POR PARIDAD

PARIDAD	No.	%
Nulíparas	7	14.0
Primíp.	11	22.0
2-5 Hijos	22	44.0
más de 5	10	20.0



Gráfica No.4

6) ESTADO NUTRICIONAL GENERAL: Factor muy importante en el presente estudio para lo cual nos hemos basado en su estado físico general de ingreso, exámenes de laboratorio recientes previos (cuadro hemático, parcial de orina, glicemia y nitrogenados) y el valor cardiológico. Se debe anotar la falta de exámenes especiales los cuales nos podrían ayudar a valorar más exátamente el estado nutricional, como son la proteinemia, pero por razones de dificultad no pueden incluirse dentro de los estudios paraclínicos correspondientes.

- a) Estado Nutricional bueno ..... 45 Ptes. 90.0 %
- b) Estado Nutricional Regular ..... 5 " 10.0 %

NOTA: Considerados estos cinco pacientes dentro de un estado nutricional general regular, por su estado anémico (Hemoglobina menor de 10 Gms.), acentuado parasitismo, etc., 4 de ellos presentaron complicaciones post-operatorias: 3 con esfacele e infección de la herida quirúrgica y uno con complicaciones que determinaron una traqueostomía de urgencia. Solo 1 evolucionó sin complicaciones.

Los 4 pacientes correspondieron a mujeres entre 50 y 69 años de edad.

7) LABORATORIO: Anotados los considerando anteriores fueron divididos las pacientes en dos tipos:

- a) Normal ..... 46 Ptes. 92.0%
- b) Regular ..... 4 " 8.0%

8) CLASIFICACION DEL TUMOR: Nos hemos basado para su clasificación en el sistema T. N. M., para mayor selección, valoración y conducta con las pacientes.

La clasificación clínica del cancer de mama es la siguiente:

T-1 y T-2 No M0, corresponde al estado 1.

T-1, T-2, N-1 M0, corresponde al estado 2.

T-3, N0, N-1, N-2, M0 y

T-4, N0, N-1, N-2, N-3 y M0 corresponden al estado 3.

Todos los comprendidos dentro del estado 3 avanzado son de tratamiento radioterápico y toda cirugía radical está completamente contraindicada mientras los estados 1 y 2 son de tratamiento quirúrgico radical y radioterápico de acuerdo al resultado anatomopatológico posterior.

El tratamiento actual para el estado 3 inicial se efectúa seleccionando los casos, mediante radioterapia pre-operatoria, cirugía radical posterior cuando es posible y radioterapia post operatoria.

a) Pacientes con estado 1 .....	14 Ptes.	28.0%
b) Pacientes con estado 2 .....	23 "	46.0%
c) Pacientes con estado 3 .....	12 "	24.0%
d) Un paciente con un melanoma de piel	1 "	2.0%
TOTAL .....	50	100.0%

El estado 4, el cual no está contemplado dentro de nuestro trabajo al igual que el estado 3 avanzado, corresponde a tratamientos combinados de radium, cirugía y hornoterapias.

9) PIEL DEL SENO: Factor considerado de mucha importancia por su insidencia directa en el pronóstico y evolución post-operatorios de los colgajos. De acuerdo a los datos obtenidos, todas las pacientes presentan un estado normal local de la piel.

10) TENICA QUIRURGICA: Como técnica quirúrgica se usó la usual en la mayoría de los casos, predominando la Willy Mayer, siguiendole en orden la de Halsted y luego la de Stewart. Se emplearon indistintamente en cualquiera de los 3 estados clínicos del tumor, y en todas se acompañó de hemostasis semejante combinando en ocasiones la electrocoagulación con la ligadura de los vasos con seda principalmente de los perforantes.

a) Incisión de W. Mayer .....	29 Ptes.	58.0%
b) " W. Mayer Modificada ...	4 "	8.0%
c) Incisión de Halsted .....	11 "	22.0%
d) Incisión de Stewart .....	6 "	12.0%
TOTAL .....	50	100.0%

Aproximadamente en un 60% se dejó como técnica de cierre, curativo Brown y un 40% por vendaje compresivo.

a) Curativo de Brown + Succión .....	30 Ptes.	60.0%
b) Vendaje compresivo + Dr. Penrose ..	19 "	38.0%
c) Vendaje + Penrose + anclaje int. ..	1 "	2.0%
TOTAL .....	50 "	100.0%

11) CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA: La mayoría de los cánceres de mama corresponden al adenocarcinoma canalicular infiltrante. Sin embargo se han encontrado formas de carcinoma medular, papilar, etc. y algunos raros casos con metaplasia cartilaginosa. Todas estas formas pueden encontrarse bajo el estado histológico de buena diferenciación celular hasta la anaplasia y la forma de sarcoma.

Por otra parte, sus metástasis se efectúan principalmente a los ganglios axilares, supraclaviculares y demás cadenas ganglionares regionales, de ahí nuestro reporte de casos de acuerdo a lo hallado por el departamento de patología.

MASTECTOMIAS RADICALES / 50 casos.  
CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA DE LOS TUMORES.

Gráfica Nº 5

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA.	No.	%
a) Ca. Canalic. infiltrante con metást. ax..	26	52.0
b) Ca. Canalic. infiltrante sin metást.....	15	30.0
c) Ca. Canalic. no infiltrante sin met.....	3	6.0
d) Ca. Medular.....	2	4.0
e) Ca. Canalic. con áreas de escamocelular..	1	2.0
f) Ca. Ductal de C. claras sin metást.....	1	2.0
g) Ca. adenoquistico sin metástasis.....	1	2.0
h) Melanoma de pliegue submamario.....	1	2.0
TOTAL.....	50	100.0

NOTA: Dentro de la anterior clasificación, de los 26 casos de Ca. Canalicular infiltrante con metástasis axilares se encontraron 3 casos con metástasis a Ganglio de Rotter.

Todas las neoplasias corresponden indistintamente a las diferentes edades anotadas anteriormente, en cualesquiera de los tres estados y sin ninguna relación directa entre edad y tipo histológico del tumor.

12) ANTECEDENTES MEDICOS Y TERAPEUTICOS: Se han tenido como de suma importancia para valorar el siguiente trabajo, principalmente aquellos relacionados con enfermedades como la diabetes, la tuberculosis, la artritis, el hipotiroidismo, etc. y el uso previo reciente especialmente, de drogas como corticosteroides, todos los cuales van a incidir en el resultado posterior debido a la repercusión que dichas entidades y medicamentos tienen sobre las heridas y su cicatrización.

Es de anotar que ninguna de las pacientes valoradas en el siguiente estudio, presentaba esos antecedentes referidos.

13) RIESGO CARDIOVASCULAR: Valoradas todas las pacientes por el departamento de Cardiología, se clasificaron en 3 grupos principales:

1) Rieazgo cardiológico G <sub>o</sub> 1.....	5 Ptes.....	10 %
2) " " G <sub>o</sub> 1 a 2.....	32 Ptes.....	64 %
3) " " G <sub>o</sub> 3.....	11 Ptes.....	22 %
4) Sin valoración .....	2 Ptes.....	2 %
TOTAL.....		50 Ptes.....100 %

NOTA: Al riezgo más alto o sea el lll, correspondieron en su totalidad mujeres entre los 50 y 69 años de edad, correspondiendo los otros dos riezgos a pacientes desde los 30 hasta los 69 años respectivamente.

14) COMPLICACIONES Y DIAS/HOSPITALIZACION: Para esta clasificación tendremos básicamente que considerar varios factores entre ellos: la técnica quirúrgica empleada, cierre de la herida, método de drenaje.

Todas las pacientes que evolucionaron normalmente y sin complicaciones, tuvieron un promedio de hospitalización/día entre 7 y 8 días respectivamente comprendidos desde el día de la intervención y el día de salida por cicatrización de la herida.

Las pacientes que evolucionaron con complicaciones, principalmente por infección y esfacele de la herida quirúrgica, tuvieron un promedio de hospitalización así:

a) Curativo de Brown + succión .....	14 Ptes...	28 %
b) Vendaje compresivo + Dr. de Penrose ...	11 Ptes...	22 %
Total .....		25 Ptes... 50 %

Los primeros..... 22 días de hospitalización.

Los segundos..... 45 días de hospitalización.

De los 50 Ptes. estudiados: 21 evolucionaron sin esfacele.

4	"	con pqño. esfacele.
25	"	con gran esfacele.

Del total de pacientes intervenidas; 31 se cerraron con curativo de Brown y succión continua para un 62 %; y solamente 19 lo hicieron con vendaje compresivo y drenaje con drenes de Penrose incluyendo en uno de ellos una paciente con anclaje interno para un 38 %.

De los primeeros (62%) evolucionaron sin esfacele el 34% y con esfacele el 28%; mientras que del otro grupo (38%) evolucionaron sin esfacele un 8% y con pequeño o gran esfacele el 30% restante.

Teniendo en cuenta las cifras dadas, vemos como para un total de 100 % de pacientes, la proporción es muy variable entre las dos técnicas y correlativamente mientras para la técnica de Brown solamente habría un 45,16 % de complicaciones, con la de Vendaje y drenes sería de 78,94 % aproximadamente.

Los pacientes que presentaron pequeño esfacele ( 4 ) incluyendo el caso del Melanoma, tuvieron un promedio de hospitalización de 12 días.

De todas las pacientes complicadas quirúrgicamente por esfacle ( 25 con gran esfacle y 4 con pequeño esfacle ):

- a) una presentó un pólipo endocervical con metaplasia escamosa y un Ca. esclerosante no encapsulado de Tiroides.
- b) Seis pacientes fueron tratadas posteriormente a su cicatrización primitiva, con injertos libres en estampilla con resultados satisfactorios.
- c) una paciente presentó complicación pulmonar y hubo la necesidad de traqueostomía de urgencia, evolucionando posteriormente en forma satisfactoria.
- d) De las pacientes esfaceladas, a dos se les practicó Mastectomía suprarradical, una de ellas con ruptura pleural sin complicaciones.

**MASTECTOMIAS RADICALES. - 50 CASOS.**  
**TECNICAS COMPARATIVAS-COMPLICACIONES-CIERRES.**

Gráfica No 6

a) BROUM + SUCCION.....	1) sin esfacle...	17 Ptes.	34 %
( 31 = 62 % )	2) con esfacle...	14 Ptes.	28 %
b) VENDAJE + PENROSE.....	1) sin esfacle...	4 Ptes.	8 %
	2) con esfacle...	15 Ptes.	30 %
Total.....		50 Ptes.	100 %

**MASTECTOMIAS RADICALES. - 50 CASOS.**  
**TECNICAS DE CIERRE-DIAS/HOSPITAL.**

a) T. de BROUM .....	1) sin esfacle...	17 para	7/8 d.
	2) con esfacle...	14 "	22 d.
b) T. de V. compresivo....	1) sin esfacle...	4 "	7/8 d.
	2) pqño. esfacle.	4 "	12 d.
	3) gran esfacle..	11 "	45 d.
Total.....		50 Pacientes.	

**MASTECTOMIAS RADICALES - 50 CASOS.**  
**TECNICAS DE CIERRE COMPARATIVAS-COMPLICACIONES %.**

TECNICAS EMPLEADAS:	BROWM		VENDAJE C.	
	No Ptes.	%	No Ptes.	%
a) Con esfacle .....	14	45.2	15	78.9
b) Sin esfacle .....	17	54.8	4	21.1
Total .....	31	100.0	19	100.0

Gráfica No 7

**NOTA:** Como puede verse y analizarse en la figura final (gráfica No 7) con la Técnica de Brown se reduce la morbilidad en un 35% aproximadamente.

15) TERAPEUTICA COMPLEMENTARIA: La mayoría de las pacientes recibió tratamiento complementario con antibióticos y analgésicos.

Los antibióticos usados fueron principalmente: Penicilina, Ampicilina y tetraciclina. En un caso se usó sulfas.

Como analgésicos: dipirona y aza.

Ninguno de los casos anotados en el estudio, recibió terapéutica anti-inflamatoria complementaria.

C O N C L U S I O N E S .

- 1) Se revisan 50 casos de mastectomía radical por Ca. de Seno efectuadas en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, entre los años de 1.971 y 1.973 respectivamente.
- 2) Este es un trabajo elaborado con fines pre y prospectivos sobre el nulo o buen efecto de los antiinflamatorios posquirúrgicos y la evolución, complicación y días/hospitalización de la paciente en forma comparativa por las técnicas usadas en el Instituto.
- 3) Ninguna paciente recibió tratamiento radioterápico previo a la intervención.
- 4) Todos los casos fueron revisados meticulosamente, incluyendo todos aquellos aspectos o factores más importantes para la correcta valoración del trabajo.
- 5) Se logran determinar los siguientes aspectos:
  - a) el estado y comportamiento tan pleomórfico del Ca. de seno, su curso tan variable y tratamiento radical indispensable para un mejor pronóstico.
  - b) Se logran determinar claramente el número y porcentaje de pacientes complicados o esfacelados según las técnicas usuales.
  - c) Se determina aproximadamente el promedio de días hospitalización de acuerdo a la evolución del paciente.
  - d) Las que han podido recibir tratamiento radioterápico complementario oportunamente por su evolución normal y aquellas complicadas y demoradas en recibirlo.
  - e) Porcentaje exacto de pacientes con evolución normal y pacientes complicadas en relación especialmente con los días de hospitalización.
  - f) La incidencia directa del método operatorio en la evolución de los colgajos.
- 6) Teniendo de antemano presente la cirugía tan radical a la cual se encuentra abocada toda paciente con Ca. de Seno, el alto porcentaje de complicaciones con el consiguiente aumento ocupacional de cama, el perjuicio derivado con tratamiento radioterápico tardío por el esfacele de la herida, y en un afán de búsqueda de mejores métodos que nos ayuden en el mejor manejo y por consiguiente disminución de la morbilidad de estas pacientes, se está efectuando este trabajo.
- 7) Se demuestra y concluye por último en forma clara, la menor morbilidad en las pacientes tratadas mediante la técnica de cierre de Brown en un porcentaje que llega aproximadamente al 35 %.

B I B L I O G R A F I A .

- 1- Anatomía Humana-. T. La Tarjet.
- 2- Bates. Fleming and Viernik, George-. The treatment of carcinoma of the Breast.
- 3- Cheatle, Lenthal and Cutler, Max-. Tumours of the Breast.
- 4- Haagensen, C. D.-. Carcinoma of the Breast.
- 5- Wolfe, Jhon N.-. Mammography.
- 6- Raven. Ronald W.-. Cáncer
- 7- Kunkler, Peter B. and Rains.-. Tratmen of Cáncer in clinical practice.
- 8- Kennedy.-. Management of cancer. U.I.C.C.
- 9- Muñoz J.J. y Gómez Echeverry, J.-. Adrenalectomía bilateral en cáncer avanzado de mama.

ANATOMY

- 1- Anatomia Humana - I. de Falloppio.
- 2- Atlas, Fleming and Verrill, George. The treatment of cancer of the breast.
- 3- Chesley, Leitch and Gutter, Max. Tumors of the breast.
- 4- Haggensen, C. D. Carcinoma of the breast.
- 5- Lyle, John A. Mammography.
- 6- Laver, Ronald. Cancer.
- 7- Linder, Peter R. and Raine. Treatment of cancer in clinical practice.
- 8- Linnard. Management of cancer. B. I. C. C.
- 9- Linares, J. J. y Gomez Echoberry. Anatomia del sistema en cancer avanzado de mama.

I/104/73

- MASTECTOMIA
- NEOPLASIAS DE LA MAMA
- CIRROSIA
- Jaime Gomez Echoberry.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002406

