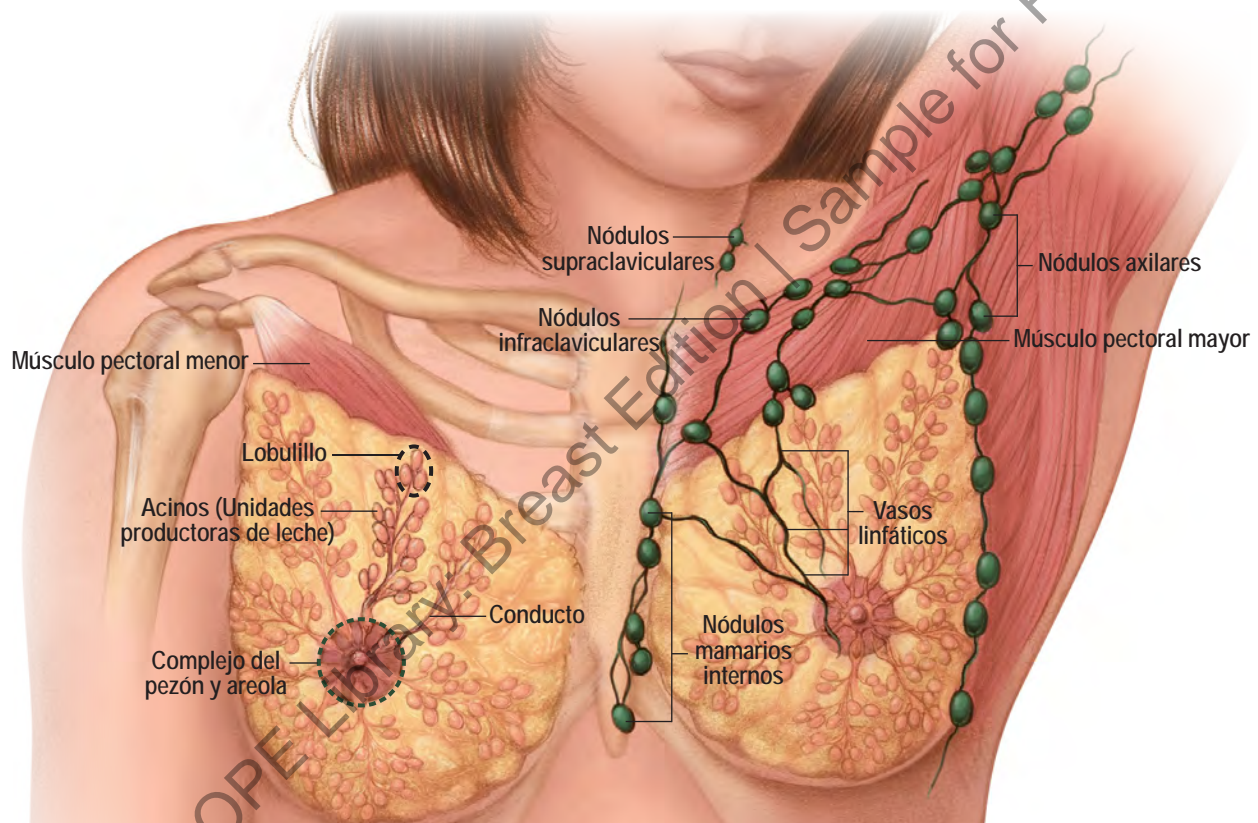
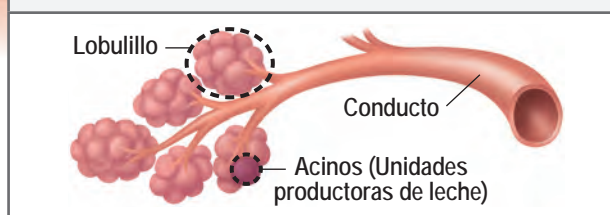


Anatomía del seno - Femenino

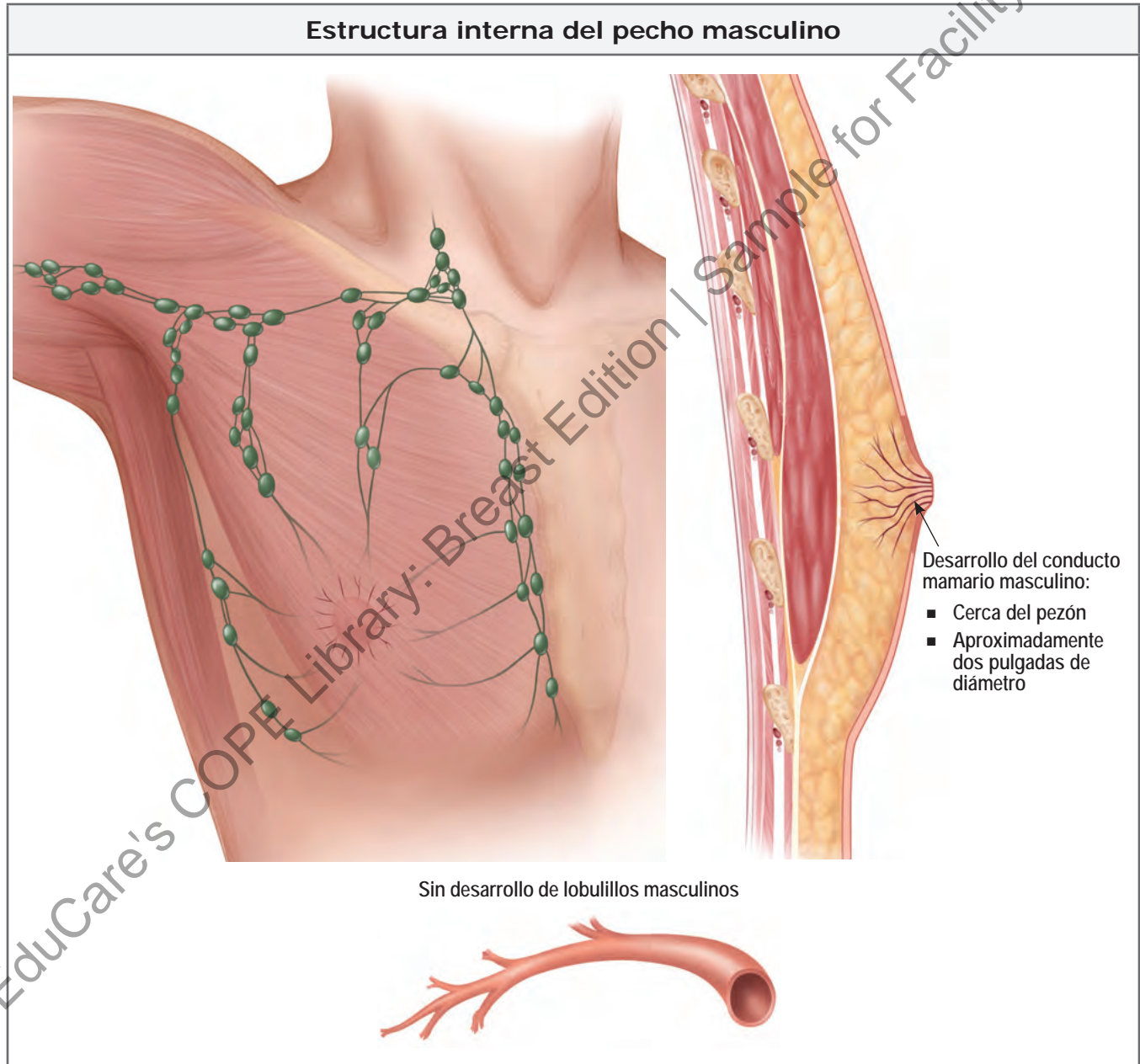
Estructura interna del seno femenino



Ampliación de conductos y lobulillos



Anatomía del seno - Masculino



Biopsia incisional

Procedimiento programado:

Nombre del paciente _____

Fecha del procedimiento _____ Hora _____ Centro _____

Dirección del centro _____ Teléfono _____

Médico _____

Definición de términos:

- **Antiséptico:** Un agente para desinfectar o eliminar bacterias y otros microorganismos.
- **Anestésico:** Medicamento que produce pérdida de sensación para el dolor. Puede ser local o general.
- **Benigno:** No canceroso; no representa una amenaza para el cuerpo.
- **Biopsia:** Procedimiento para extraer células o tejidos para su estudio por un patólogo.
- **Pared torácica:** Profundo en el seno, cerca del músculo del pecho.
- **Hematoma:** Acumulación de sangre bajo los tejidos debido a un sangrado.
- **Incisional:** Un corte hecho con un cuchillo en el cuerpo.
- **Maligno:** Canceroso; una amenaza para el cuerpo.
- **Patología:** El estudio de los procesos y consecuencias de las enfermedades.

Resumen del procedimiento

Si un cirujano puede sentir un bulto sospechoso, se puede realizar una biopsia incisional (utilizando un bisturí quirúrgico en un quirófano) para extraer una porción del bulto sospechoso, en lugar de todo el bulto. La biopsia incisional generalmente se realiza cuando el bulto es grande y se necesita un diagnóstico preliminar. Esto se realiza rutinariamente en una clínica o en un hospital de forma ambulatoria.

Antes del procedimiento:

- Se le pedirá que firme un documento de consentimiento informado. Este formulario indica que un miembro del equipo de atención médica ha explicado detalladamente los riesgos y beneficios del procedimiento. Antes de firmar, haga todas las preguntas que tenga.



Antes de la biopsia:

- Varios días antes de la biopsia, es posible que se le solicite realizar análisis de laboratorio según las indicaciones de su médico.
- Se realizará una evaluación y un historial médico para determinar cualquier condición como alergias y cirugías anteriores.
- Recuerde anotar los nombres de cualquier medicamento o suplemento herbal que tome regularmente para informarlo durante su evaluación.
- Informe a su proveedor de atención médica si está tomando medicamentos anticoagulantes como Coumadin, Plavix, Eliquis, Pradaxa, Xeralto, Effient, Brilinta, prednisona, aspirina o suplementos de venta libre como aceite de pescado o ginkgo.

Día de la biopsia:

- El día de la cirugía, se presentará en la unidad quirúrgica.
- Se administrará anestesia local (solo en la mama) o anestesia general (le dormirá).
- La mama se limpiará con un antiséptico para eliminar las bacterias de la piel.
- El cirujano cortará la piel y removerá una pequeña porción del bulto.
- Varias suturas cerrarán la zona.
- Será trasladada a una sala de recuperación ambulatoria donde se le supervisará hasta que sus signos vitales sean normales.
- Será dado de alta si no experimenta vómitos, sangrado o dolor excesivo.
- Un pequeño vendaje cubrirá la incisión y se le darán instrucciones de alta sobre cómo cuidar la herida.
- Pregúntele a su médico cuándo puede mojar el área y volver a sus actividades normales.
- Se programará una cita de seguimiento con su médico para retirar las suturas y revisar cómo está sanando la herida.

Después de la biopsia:

- El área puede estar ligeramente adolorida durante varios días.
- Existe el potencial de infección después de una biopsia incisional debido al corte en la piel. Siga las instrucciones proporcionadas por su médico sobre cómo cuidar la herida.
- Asegúrese de mantener el vendaje seco.
- Es posible que sienta un dolor leve y punzante que puede controlarse con medicamentos de venta libre.
- Puede tener un drenaje sanguinolento del líquido en la cavidad de la biopsia; esto es normal.
- Puede ocurrir decoloración del seno (tonos azulados que se vuelven amarillentos).

Contactar al proveedor de atención médica:

- Si tiene fiebre superior a 100.4° F.
- Si observa un aumento en el enrojecimiento alrededor del sitio de la incisión.
- Si el dolor en el área aumenta y no se controla con medicamentos de venta libre.
- Si nota un sangrado rojo brillante en el sitio.



8420 Dorchester Road, Suite 203
North Charleston, SC 29420
P: 843-760-6064 | F: 843-760-6988
www.EduCareInc.com

Número de teléfono para llamar durante el horario de oficina: _____

Número de teléfono para llamar después del horario de oficina: _____

Resultados del procedimiento:

El tejido de la biopsia será enviado al laboratorio de patología y los resultados, indicando si el tejido es benigno (no canceroso) o maligno (canceroso), estarán disponibles para su médico. Pregúntele a su médico cuándo y cómo se le informarán los resultados del informe de la biopsia.

Sus resultados/informe estarán disponibles: _____

Usted recibirá los resultados/informe de: _____

Si no ha recibido sus resultados/informe para la fecha indicada, por favor llame a la oficina.

Información adicional:

EduCare's COPE Library: Breast Edition | Sample for Facility Review

Senos densos

Los senos densos tienen un nivel más alto de tejido denso en comparación con el nivel de tejido graso. Este diagnóstico se realiza después de que un radiólogo revise tus imágenes de mamografía y compare la proporción de tejido denso con el tejido graso.

Los senos están compuestos de tejido fibroglandular (fibroso y glandular) y tejido graso. El tejido fibroso es el tejido de soporte del seno que lo mantiene unido a la pared del pecho. Los tejidos glandulares incluyen las unidades funcionales de los senos, como las glándulas mamarias y los conductos lácteos. Al observar una mamografía, los tejidos glandulares y fibrosos aparecen blancos. Los tejidos grasos aparecen negros. Las anomalías, incluido el cáncer, también aparecen blancas en una mamografía. Dado que el tejido denso y el cáncer se muestran como blanco durante la mamografía, los senos densos representan un desafío para el radiólogo. Las anomalías en el seno se vuelven más difíciles de identificar en senos densos.

¿Cómo saber si tienes senos densos?

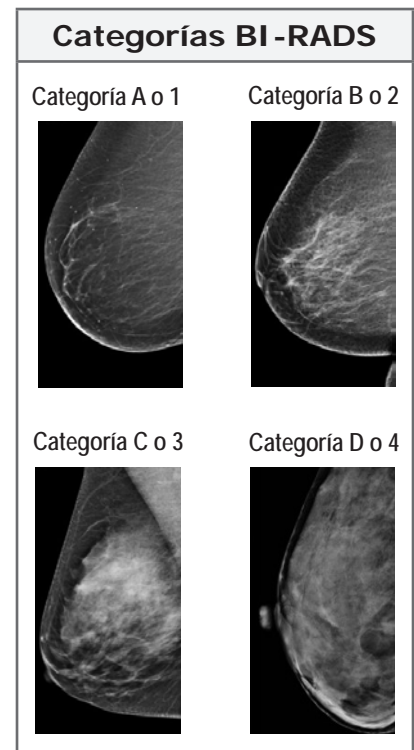
Tu densidad mamaria se determina cuando un radiólogo analiza tus imágenes de mamografía y determina la proporción de tejido fibroglandular (denso) en comparación con el tejido graso (no denso). El radiólogo asignará un nivel de densidad basado en el sistema de informes BI-RADS en uno de los cuatro niveles de densidad.

- **Categoría A o 1:** Los senos son casi completamente grasos. Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres tiene este resultado.
- **Categoría B o 2:** Hay áreas dispersas de densidad fibroglandular. La mayor parte del seno no es denso. Aproximadamente 4 de cada 10 mujeres tienen este resultado.
- **Categoría C o 3:** La mayoría de los senos son densos con algunas áreas de tejido no denso. Aproximadamente 4 de cada 10 mujeres tienen este resultado.
- **Categoría D o 4:** Los senos son extremadamente densos. Casi todo el tejido mamario es denso. La densidad puede reducir la sensibilidad de una mamografía. Aproximadamente 1 de cada 10 mujeres tiene este resultado.

Las mujeres que se asignan a la Categoría C (3) o la Categoría D (4) se consideran que tienen senos densos. El radiólogo reportará el nivel de densidad en el informe escrito de la mamografía.

Causas del tejido mamario denso:

- **Edad joven:** Las mujeres más jóvenes son más propensas a tener senos densos debido a niveles más altos de hormonas femeninas. El tejido mamario tiende a volverse menos denso a medida que se envejece y los niveles hormonales disminuyen. Sin embargo, las mujeres pueden tener senos densos a cualquier edad.
- **Terapia hormonal:** Las mujeres que toman terapia hormonal, como estrógeno/progesterona, para los síntomas menopáusicos, tienen más probabilidades de tener tejido mamario denso.





8420 Dorchester Road, Suite 203
North Charleston, SC 29420
P: 843-760-6064 | F: 843-760-6988
www.EduCareInc.com

Preocupaciones sobre los senos densos

Los tejidos mamarios densos hacen que sea más difícil para el radiólogo interpretar tu mamografía, ya que tanto el tejido denso como el cáncer aparecen de color blanco en las imágenes de la mamografía.

Qué hacer si tienes senos densos:

- Sigue de cerca tu horario recomendado para las mamografías regulares.
- Se recomienda encarecidamente la mamografía digital para senos densos.
- La tomosíntesis (tridimensional, 3D) ha sido aprobada recientemente y ha demostrado ser eficaz en la obtención de imágenes de senos densos. La tomosíntesis es una máquina de mamografía digital especialmente diseñada, que incluye un tubo de rayos X adicional que rota sobre la parte superior del seno comprimido y toma una serie de aproximadamente 11 imágenes. Las imágenes se envían a una computadora y se convierten en una imagen 3D. La imagen 3D aumenta la visibilidad de anomalías.

Una mamografía con contraste es una tecnología nueva que usa material de contraste por vía intravenosa para mejorar las imágenes del interior de la mama. Se recomienda como una opción para pacientes de alto riesgo. Pregunta en tu centro de mama si esta opción está disponible.

Habla con tu proveedor de salud sobre la densidad de tus senos y tus factores de riesgo. Pide recomendaciones sobre métodos de imagen suplementarios adicionales.

Tipos de imágenes suplementarias

Cada una de las pruebas de imagen que se discuten a continuación tiene ventajas y desventajas. Cada prueba ha demostrado detectar más cánceres de mama que la mamografía sola. Sin embargo, ninguna de estas pruebas ha demostrado reducir el riesgo de morir de cáncer de mama.

- **Resonancia magnética de los senos (MRI):** La resonancia magnética (MRI) utiliza imanes para crear imágenes de los senos. La MRI no utiliza radiación. Se recomienda para mujeres con un riesgo muy alto de cáncer de mama, incluyendo aquellas con mutaciones conocidas de BRCA, que aumentan el riesgo de cáncer de mama.
- **Ultrasonido de los senos:** El ultrasonido de los senos utiliza ondas sonoras sin radiación para analizar el tejido mamario. El ultrasonido mamario diagnóstico se usa comúnmente para evaluar más a fondo áreas de preocupación encontradas durante la mamografía.
- **Imagen molecular de los senos (MBI):** La MBI utiliza una cámara especial (gamma) para registrar la actividad de un marcador radiactivo inyectado. El marcador se inyecta en una vena del brazo. Los tejidos normales y cancerosos reaccionan de manera diferente al marcador, lo que se identifica cuando se escanean los senos con la cámara gamma.

Examen suplementario	Ventajas	Desventajas
Resonancia magnética de los senos (MRI)	<ul style="list-style-type: none"> No hay exposición adicional a radiación Ampliamente disponible Detecta 18 cánceres más por cada 1,000 mujeres examinadas 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere inyección de material de contraste; posible reacción alérgica al material de contraste Identifica áreas no cancerosas que requieren más imágenes o biopsia Prueba costosa: a menudo no cubierta por el seguro a menos que se demuestre un riesgo muy alto
Ultrasonido de los senos	<ul style="list-style-type: none"> No hay exposición adicional a radiación Ampliamente disponible Detecta 3-4 cánceres más por cada 1,000 mujeres examinadas 	<ul style="list-style-type: none"> Identifica áreas que requieren imágenes adicionales pero que no son cancerosas Altamente dependiente de la habilidad de la persona que realiza el examen
Imagen molecular de los senos (MBI)	<ul style="list-style-type: none"> Es el menos probable de todos los exámenes en requerir una biopsia innecesaria de lesiones benignas Detecta aproximadamente 7 cánceres por cada 1,000 mujeres examinadas 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere inyección de un marcador radiactivo, exponiendo a la paciente a una dosis muy baja de radiación No está disponible en todos los centros Costoso

Información adicional:

Informe de patología

Después de la extracción quirúrgica de tu tumor, se envía a un laboratorio de patología para numerosas evaluaciones y pruebas. Un patólogo, que es un médico especializado en diagnosticar enfermedades a partir de muestras de tejido bajo un microscopio, analiza tu tumor en función de varias características. Estas características se recopilan en tu informe de patología.

Descripción bruta

El patólogo primero describe el tamaño, peso y color de los tejidos extraídos durante tu cirugía, lo que se llama la descripción bruta. La forma del tumor se reporta como redonda, esférica o con contornos (bordes) irregulares, descritos como estrellados o espiculados.

Preparación del tumor

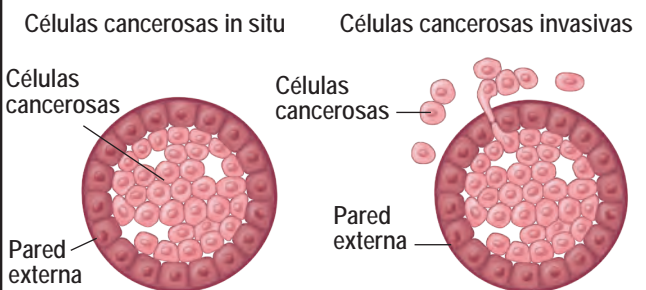
El tumor se prepara para su estudio bajo un microscopio cortando el tejido en rebanadas muy delgadas. Cada rebanada se coloca en un portaobjetos para su estudio microscópico. Estos estudios proporcionan información crítica sobre la biología de tu tumor (cómo se comporta en tu cuerpo). Se elabora un informe de patología que contiene tus características únicas y se envía a tu médico. Las características identificadas en este informe proporcionan información fundamental sobre la cual tu médico toma decisiones sobre el tratamiento. En el futuro, si se necesitan estudios adicionales o si la investigación revela nuevas pruebas diagnósticas de tejido, tus portaobjetos de patología estarán disponibles en el laboratorio de patología.

Tipo de cáncer de mama identificado

Los conductos y lobulillos normales están revestidos con una o más capas de células en un patrón ordenado. Cuando las células normales se vuelven cancerosas, cambian su apariencia de una célula normal a una célula anormal. Las células cancerosas pueden perder algunas o todas sus características de célula normal. Las células cancerosas se comportan de una manera anormal. A diferencia de una célula normal, las células cancerosas no dejan de dividirse, sino que continúan dividiéndose y creciendo en tamaño. También pueden salir del conducto o lobulillo mamario donde comenzaron y crecer a través de la pared hacia los tejidos circundantes. El primer paso para evaluar tu cáncer es determinar si tu tumor ha crecido a través de la pared donde comenzó tu cáncer.

- Cáncer in situ:** Las células cancerosas están contenidas dentro del conducto o lobulillo donde se originaron. Las células cancerosas no han crecido a través de las paredes ni han invadido los tejidos sanos circundantes. El cáncer in situ es no invasivo. Este tipo de cáncer tiene un buen pronóstico.
- Cáncer invasivo (Infiltrante):** Las células cancerosas han crecido a través de la pared del conducto o lobulillo y están creciendo en los tejidos sanos circundantes. Microinvasivo significa que solo un pequeño número de células han crecido a través de las paredes del conducto o lobulillo.

Características de las células cancerosas



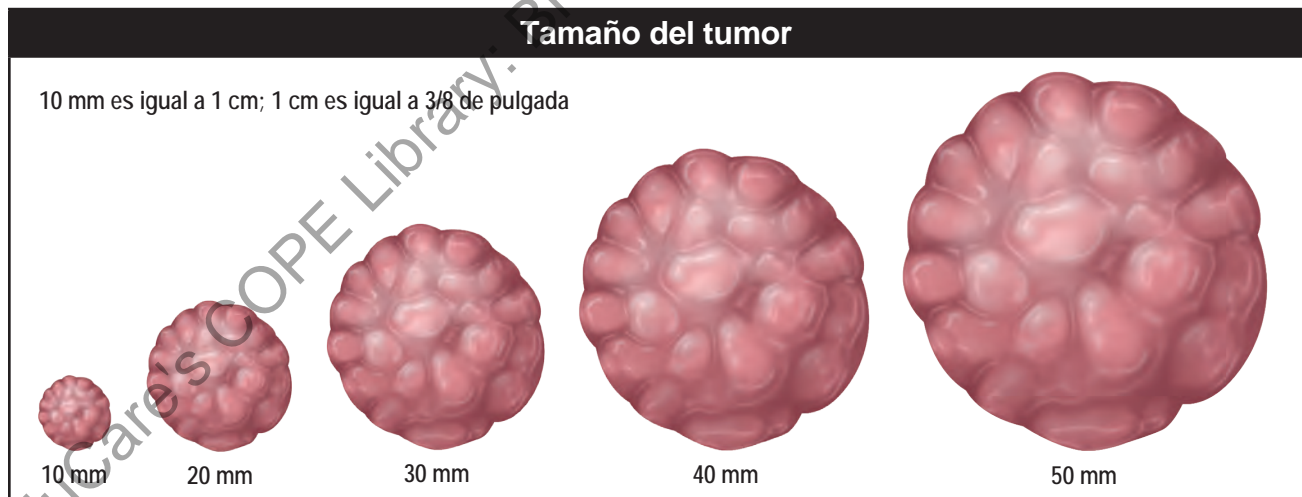
Nombre histológico de tu cáncer de mama

Hay más de 15 tipos de cáncer de mama (tipos histológicos) según el patrón de disposición de las células tumorales cuando se observan bajo un microscopio. Los patólogos identifican el patrón histológico, y tu informe de patología proporciona el nombre histológico de tu cáncer de mama. A continuación, se enumeran los tipos y nombres histológicos más comunes de cáncer de mama junto con el porcentaje aproximado de ocurrencia.

- **Nombres histológicos de cánceres in situ:**
 - Carcinoma ductal in situ (20%)
 - Enfermedad de Paget con intraductal (1%)
- **Nombres histológicos de cánceres invasivos:**
 - Ductal invasivo (infiltrante) (52%)
 - Cribiforme (1% o menos)
 - Lobulillar invasivo (10%)
 - Papilar (1% o menos)
 - Medular (6%)
 - Micropapilar (1% o menos)
 - Cáncer de mama inflamatorio (5%)
 - Adenoide quístico (1% o menos)
 - Mucinoso o coloide (3%)
 - Secretor (1% o menos)
 - Tubular (2%)
 - Mixto ductal y lobulillar

Tamaño del tumor

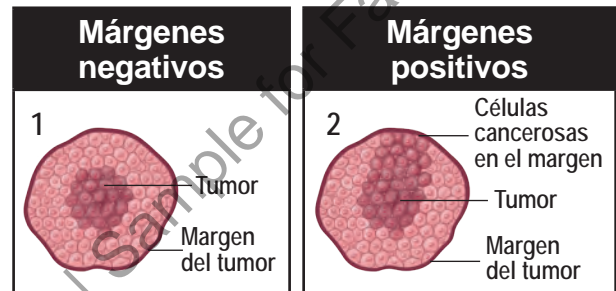
El tamaño del tumor se mide en el diámetro más ancho y se informa en milímetros (mm) o centímetros (cm).



Márgenes quirúrgicos

Los márgenes quirúrgicos informan la distancia más corta entre el borde del tumor y el borde quirúrgico del tejido que se removió durante la cirugía. Esta distancia se llama margen de resección. Se examina de cerca el margen de resección para determinar si hay células cancerosas presentes. Los márgenes de patología se informan como:

- **Negativos, libres o no involucrados:** No había evidencia de células cancerosas en los márgenes (*ilustración 1*)
- **Positivos, involucrados o cáncer residual:** Se encontró cáncer en los márgenes y probablemente requerirá más cirugía (*ilustración 2*)
- **Cercanos:** Las células cancerosas están cerca de los márgenes y pueden requerir más cirugía
- **Indeterminado:** El patólogo no pudo determinar el estado del margen



Estado de los ganglios linfáticos

Si tu cirugía incluyó la remoción de ganglios linfáticos, el informe indica el área de remoción, el número de ganglios removidos y cuántos ganglios dieron positivo por células cancerosas. La patología informa los ganglios linfáticos como:

- **Ganglio linfático negativo:** No se encontró cáncer en los ganglios linfáticos
- **Ganglio linfático positivo:** Se encontró cáncer en los ganglios linfáticos

Biomarcadores del cáncer de mama

Los biomarcadores juegan un papel importante en el manejo del cáncer de mama. Estos biomarcadores incluyen el estado de los receptores de estrógeno (ER) y progesterona (PR), así como el estado del receptor HER2. Cada biomarcador se evalúa por su grado de impacto en un tumor. Los biomarcadores proporcionan una guía esencial para el tratamiento al predecir la sensibilidad futura a diferentes tratamientos.

Determinación del estado de los biomarcadores

Durante el examen de patología, se prueba tu tumor para detectar **los receptores** de estrógeno (ER), progesterona (PR) y HER2 que están ubicados en la superficie celular. Si están presentes, los receptores de ER, PR o HER2 estimulan el crecimiento de tu tumor. Los receptores son como pequeñas sillas con diferentes formas que se encuentran en la superficie de las células del cáncer de mama. Cuando la sangre pasa por una célula, un elemento en la sangre puede ser un ajuste perfecto en tamaño y forma para encajar en las sillas. Cuando un elemento se ajusta a la silla de la célula, envía una señal para estimular el crecimiento celular. Tu informe de patología indicará si eres positiva o negativa para los receptores de ER, PR o HER2 y el grado de positividad.

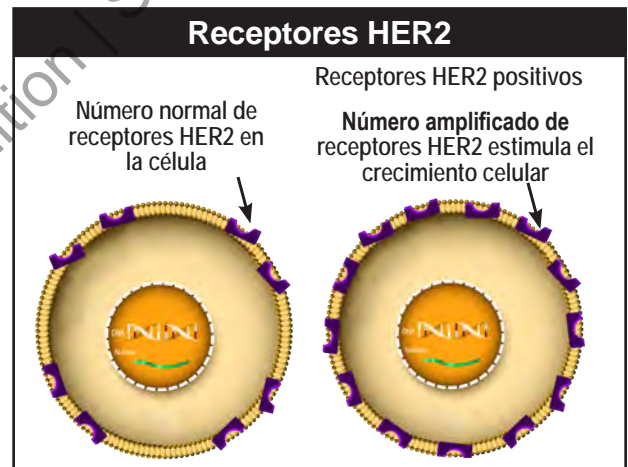
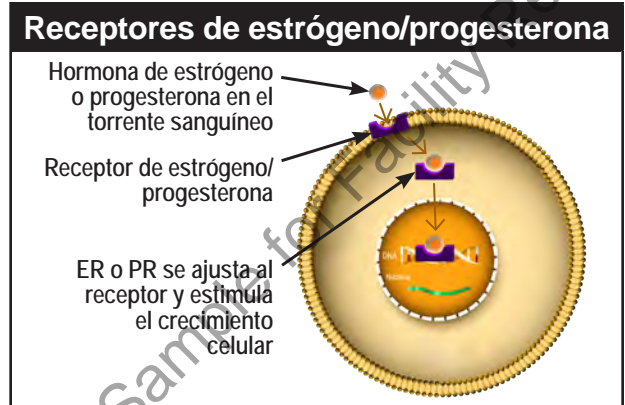
- **Receptores de estrógeno/progesterona:** Si están presentes los receptores ER o PR, tu tumor es estimulado por las hormonas femeninas estrógeno o progesterona para crecer. El número de receptores para ER/PR puede variar desde ninguno (negativo) hasta alto. Se estudian y documentan por separado los receptores ER y PR. Una hormona puede dar positivo y la otra negativo, o ambas

pueden ser negativas o positivas. El estado de los receptores ER/PR es un factor determinante para las decisiones de tratamiento. El estado de tus receptores hormonales determina si te beneficiarás de la terapia endocrina (hormonal). El estado de los receptores hormonales se informa como:

- ER positivo (+) PR positivo (+)
- ER positivo (+) PR negativo (-)
- ER negativo (-) PR positivo (+)
- ER negativo (-) PR negativo (-)

Algunos informes pueden mostrar el número de receptores celulares de 100 que dan positivo para ER o PR, llamado el puntaje Allred. El puntaje se informa en una escala del 0 al 8. Cuanto mayor sea el puntaje, mayor será el número de receptores positivos encontrados.

- **HER2:** El gen HER2 produce una proteína que controla cómo una célula crece, se divide y se repara. Si los receptores HER2 están amplificados (aumentados), hace que las células mamarias crezcan y se dividan de manera anormal, estimulando el crecimiento del cáncer. Los tumores positivos tienen HER2 sobre expresado o amplificado. Aproximadamente el 25 por ciento de las pacientes diagnosticadas tienen niveles elevados de HER2. Aunque la elevación de HER2 indica un cáncer más agresivo, los medicamentos dirigidos, como Herceptin, bloquean su influencia en el crecimiento del tumor. Tener un HER2 positivo significa que se incluirá un medicamento dirigido a HER2 en tu régimen de quimioterapia.



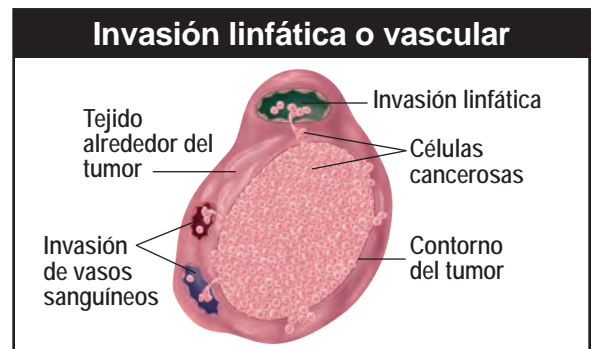
Tasa de crecimiento del tumor

Ki-67 es un estudio de proliferación (qué tan rápido está creciendo un tumor) que mide una proteína en una célula que aumenta antes de dividirse.

Resultados de estudio por debajo del 10 por ciento se consideran bajos; conteos del 10 al 20 por ciento se consideran en el límite; conteos por encima del 20 por ciento se consideran altos. Niveles más altos de Ki-67 indican un tumor más agresivo.

Invasión de vasos sanguíneos o linfáticos

La invasión de vasos se determina mediante el examen microscópico del tumor. Ninguna invasión de



vasos sanguíneos o linfáticos ofrece un mejor pronóstico. La evidencia de invasión significa que las células cancerosas han ingresado a la circulación sistémica. *Nota: La invasión linfática es diferente del compromiso de los ganglios linfáticos.*

Grado histológico

El grado histológico de un tumor se determina por la Escala de Nottingham (Sistema de clasificación Scarf-Bloom-Richardson). El sistema de clasificación evalúa las tres características del tumor que se enumeran a continuación en una escala del 1 al 3:

- **Formación tubular:** Cuánto del tumor está dispuesto en forma de tubulos (Rango de la escala de clasificación 1 – 3)
- **Grado nuclear:** Tamaño, forma y color del núcleo en las células del tumor (Rango de la escala de clasificación 1 – 3)
- **Tasa mitótica:** Qué tan rápido están creciendo y dividiéndose las células del tumor (Rango de la escala de clasificación 1 – 3)

Grado histológico final: La puntuación de cada característica del tumor se suma para producir un grado final. El grado final puede variar de 3 a 9. Una puntuación más baja (3) indica un tumor menos agresivo. Una puntuación más alta (9) indica un tumor agresivo y la necesidad de considerar un tratamiento más agresivo.

Subtipos de cáncer de mama

En algunos centros oncológicos, el cáncer de mama se clasifica en categorías basadas en el **estado combinado** de ER, PR, HER2 y Ki-67, que indican la agresividad del cáncer. Las categorías de subtipos de cáncer de mama incluyen Luminal A, Luminal B, HER2 Positivo y Triple Negativo (Basal). Cada categoría de subtipo tiene diferentes expresiones génicas, potencial metastásico y sensibilidad a las terapias existentes. Las características de los subtipos se perfilan en el siguiente cuadro.

Características de los subtipos de cáncer de mama				
	Estrógeno	Progesterona	HER2	Ki-67
Luminal A	Positivo	Positivo o Negativo	Negativo	Menos del 14%
Luminal B	Positivo	Positivo o Negativo	Positivo o Negativo	Más del 14%
HER2 Positivo	Negativo	Negativo	Positivo	Más del 14%
Triple Negativo (Basal)	Negativo	Negativo	Negativo	Más del 14%

Cáncer de mama triple negativo

El cáncer de mama triple negativo (TNBC, por sus siglas en inglés) se refiere a un cáncer cuando los tres marcadores diferentes de cáncer de mama son negativos. TNBC da negativo para (1) receptores de estrógeno (ER-), (2) receptores de progesterona (PR-) y (3) factor de crecimiento epidérmico humano amplificado (HER2-). Tradicionalmente, TNBC no respondía a las terapias **dirigidas** existentes para otros tipos de cáncer de mama y el tratamiento se limitaba a la quimioterapia. Sin embargo, recientemente se han vuelto disponibles nuevas opciones de tratamiento, que incluyen inmunoterapia, inhibidores de PARP y medicamentos con anticuerpos. Los ensayos clínicos también están estudiando actualmente otras terapias para TNBC.

Informe de patología

El patólogo prepara un informe escrito que se envía a tu médico. Si el hospital o el centro oncológico realiza conferencias multidisciplinarias, el patólogo presenta los hallazgos en la conferencia. El tiempo varía en cuanto a cuándo estará disponible el informe final. Muchos patólogos tienen el compromiso de informar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la muestra. Pregúntale a tu médico cuándo puedes esperar recibir tu informe de patología. Si el diagnóstico revela cáncer, los hallazgos del patólogo ayudarán a los médicos a determinar qué tratamientos adicionales serán necesarios. Se pueden ordenar pruebas diagnósticas adicionales, como una gammagrafía ósea, una gammagrafía hepática, una radiografía de tórax, una tomografía computarizada (CT) o una resonancia magnética (MRI). Cuando se reciban todos los resultados de las pruebas, tu cáncer se clasificará en una escala del cero (cáncer in situ) al cuatro (un cáncer con metástasis a distancia). El cáncer en estadio cero es el menos agresivo y tiene el mejor pronóstico.

Resumen del informe de patología

La información clave se encuentra en el resumen o sección de diagnóstico final de tu informe de patología. La combinación de información de todas las otras secciones del informe de patología proporcionará un resumen de la información más importante sobre tu cáncer.

Preguntas sobre el informe de patología

Cuando discutas los hallazgos de tu informe de patología con tu médico, es posible que quieras hacer las siguientes preguntas y anotar las respuestas. Algunos médicos proporcionarán una copia de tu informe de patología para tus registros.

- ¿Cuál es el nombre del tipo de cáncer que tengo?
- ¿Era mi tumor in situ (dentro de los ductos o lobulillos) o invasivo (crecido a través de las paredes de los ductos o lobulillos)?
- ¿Qué tamaño tenía mi tumor? (El tamaño está en milímetros (mm) o centímetros (cm). 10 mm equivalen a 1 cm. 1 cm equivale a 3/8 de pulgada. 1 pulgada equivale aproximadamente a 2.5 cm.)
- ¿Se encontró cáncer en alguna otra parte de mi tejido mamario?
- ¿Cuántos ganglios linfáticos fueron removidos? ¿Cuántos niveles de ganglios linfáticos se muestrearon o se removieron? (Tienes tres niveles de ganglios.)
- ¿Alguno de los ganglios dio positivo por células cancerosas?
- ¿Mi tumor era positivo para los receptores de estrógeno o progesterona?
- ¿Mi tumor era positivo para HER2/neu?
- ¿Clasificaste mi tumor en una escala de gradación y, de ser así, cuál fue la puntuación acumulada final? (Grado 1: menos agresivo; Grado 3: más agresivo)
- ¿Hay algo más que necesite saber sobre mi cáncer?

Después del informe de patología

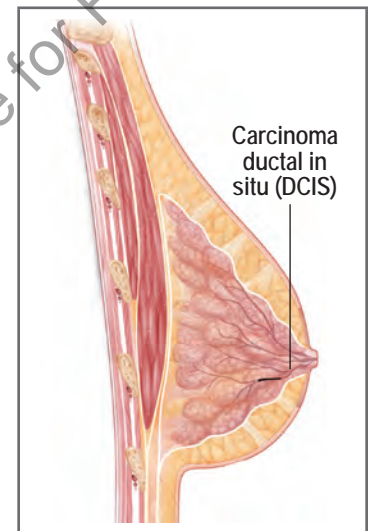
Obviamente, no tienes control sobre los hallazgos descritos en tu informe de patología. Sin embargo, puedes convertirte en una participante activa con tus médicos para ayudar a vencer la enfermedad.

Carcinoma ductal in situ (DCIS)

Paciente femenina

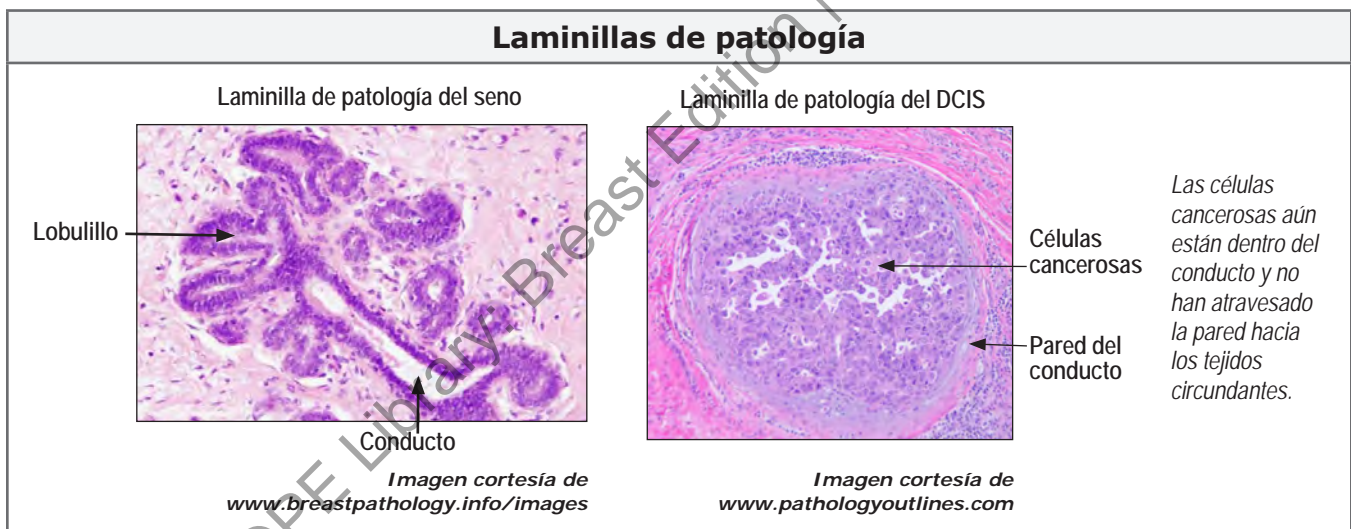
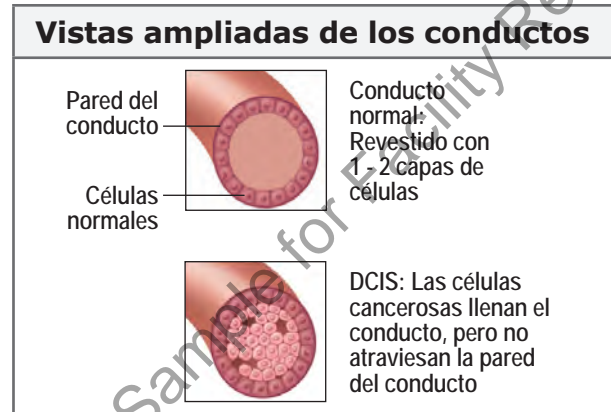
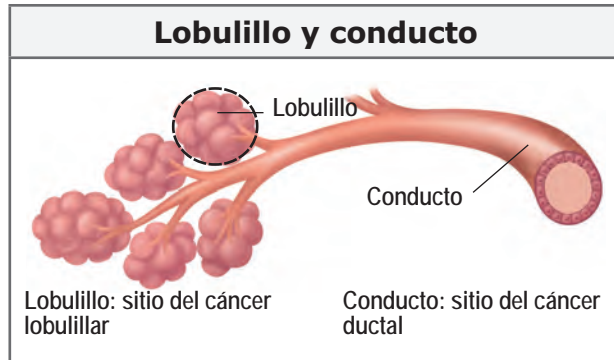
Definición de términos:

- **Benigno** — No canceroso; no representa una amenaza para el cuerpo
- **Carcinoma** — Células cancerosas que comienzan en las capas superficiales o en el revestimiento de los conductos
- **In situ** — En un área contenida
- **Lumpectomía** — Extirpación de un bulto y algo de tejido circundante del seno
- **Ganglios linfáticos** — Áreas en forma de guisante en el sistema linfático que actúan como filtros de los desechos celulares del cuerpo; los ganglios linfáticos debajo de los brazos filtran los desechos de los tejidos del seno
- **Maligno** — Canceroso; una amenaza para el cuerpo
- **Mastectomía** — Extirpación de un seno mediante cirugía
- **Metástasis** — Propagación del cáncer a otras partes del cuerpo
- **Microcalcificaciones** — Pequeñas áreas de depósitos de calcio vistas durante una mamografía; pueden estar relacionadas con una condición maligna o benigna
- **Radioterapia** — Tratamiento con rayos X para eliminar las células cancerosas locales restantes después de la cirugía



Carcinoma ductal in situ (DCIS) es una forma de cáncer de mama no invasiva, o preinvasiva. Ocurre cuando células anormales crecen excesivamente dentro de los conductos mamarios, pero permanecen confinadas dentro de las paredes del conducto, sin propagarse al tejido circundante. Aunque el DCIS en sí no amenaza la vida, tiene el potencial de progresar a un carcinoma ductal invasivo si no se trata.

La mayoría de los casos se detectan durante una mamografía de rutina, cuando se observan agrupaciones de pequeños depósitos de calcio, llamados microcalcificaciones, siguiendo un patrón que sigue el conducto. Si cinco o más microcalcificaciones están agrupadas y sus formas parecen sospechosas, generalmente se recomienda una evaluación adicional. Esto puede incluir procedimientos como localización con aguja, para marcar el área para una biopsia quirúrgica, o una biopsia estereotáctica guiada por imágenes. En algunos casos, el DCIS también puede presentarse como un área engrosada o un bulto blando en el seno.

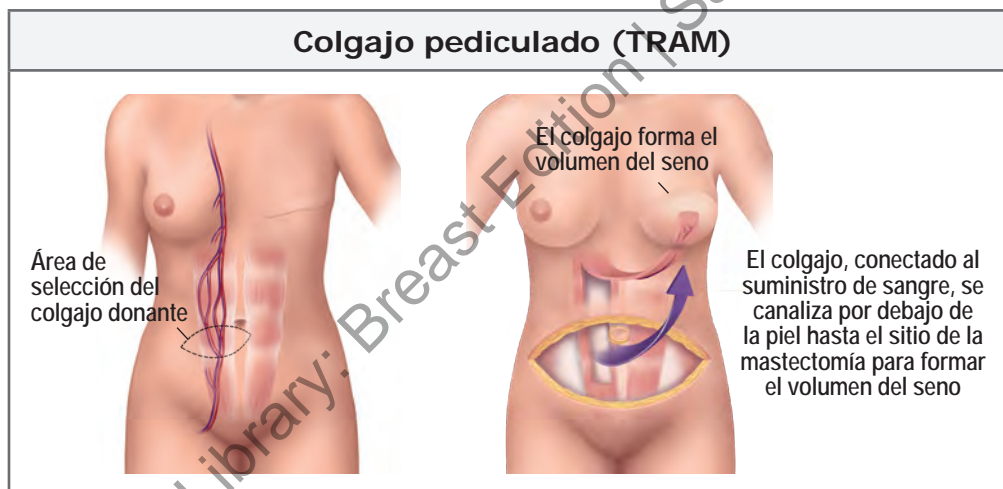


Tipos de colgajo para reconstrucción Paciente femenina

Si estás usando tejido de tu propio cuerpo (autólogo) para la reconstrucción, tu tejido donante se moverá al área del seno con el suministro de sangre intacto (**colgajo pediculado**) o se cortará el suministro de sangre y luego se reconectará en el área del seno (**colgajo libre**).

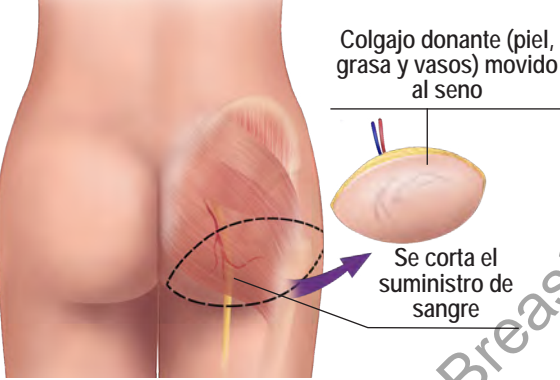
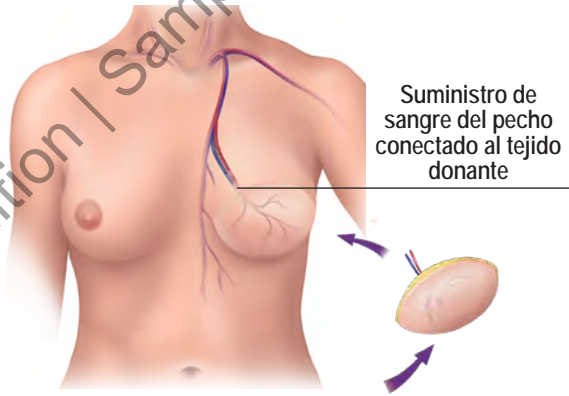
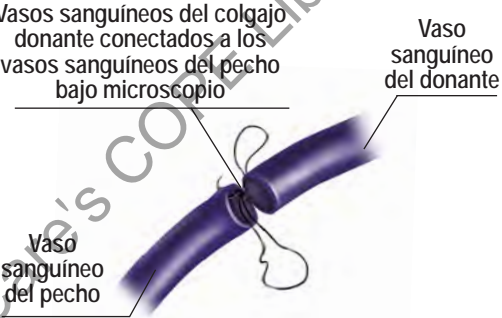
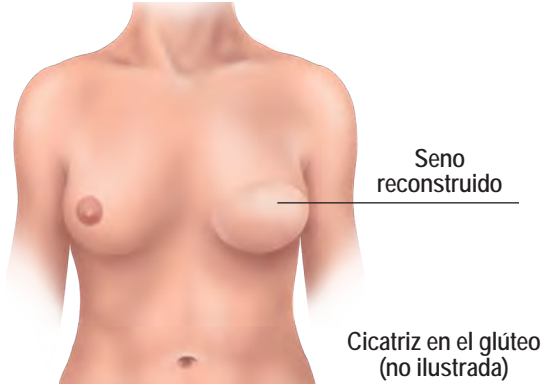
Colgajo pediculado

El colgajo pediculado es un procedimiento que mueve los tejidos, junto con su propio suministro de sangre (arteria y vena), al área del seno. La cirujano **no** corta completamente los tejidos donantes.



Colgajo libre

El colgajo libre es un procedimiento en el que la piel, el músculo y la grasa de una parte seleccionada de tu cuerpo, como los glúteos, el abdomen, la parte interna o superior del muslo, se separan (se cortan por completo) de su suministro de sangre y se reconectan al suministro de sangre del área del seno. Este procedimiento requiere microcirugía para conectar los vasos y restablecer el flujo sanguíneo a los tejidos. Dependiendo de la dificultad de la reconexión, la cirugía puede durar entre 3 y 8 horas.

1. Extracción del tejido donante	2. Unión del tejido donante
 <p>Colgajo donante (piel, grasa y vasos) movido al seno</p> <p>Se corta el suministro de sangre</p>	 <p>Suministro de sangre del pecho conectado al tejido donante</p>
3. Unión de los vasos sanguíneos del donante	4. Apariencia después de la cirugía
 <p>Vasos sanguíneos del colgajo donante conectados a los vasos sanguíneos del pecho bajo microscopio</p> <p>Vaso sanguíneo del donante</p> <p>Vaso sanguíneo del pecho</p>	 <p>Seno reconstruido</p> <p>Cicatriz en el glúteo (no ilustrada)</p>

Información adicional:

Cáncer de mama recurrente

El cáncer de mama puede reaparecer meses o años después de haber completado el tratamiento primario. Sin embargo, no todas las recurrencias son iguales.

Recurrencia local

Las células cancerosas pueden permanecer en el sitio original y, con el tiempo, volver a crecer. Las células cancerosas son microscópicas y no pueden verse a simple vista durante la cirugía; por lo tanto, algunas pueden quedar atrás. La mayoría de los médicos no consideran la recurrencia local del cáncer de mama (solo en la mama) como la propagación del cáncer, sino más bien como el fracaso del tratamiento quirúrgico primario. Incluso después de una mastectomía, quedan partes del tejido mamario y grasa, lo que hace posible una recurrencia local. Los cirujanos informan que la mastectomía solo puede eliminar aproximadamente el 95 por ciento del tejido mamario. La recurrencia local después de una mastectomía es rara, pero sigue siendo una posibilidad.

Síntomas de recurrencia local después de una tumorectomía:

- Un nuevo bulto en tu mama
- Piel enrojecida o inflamada
- Endurecimiento en un área de la mama
- Secreción del pezón

Síntomas de recurrencia local después de una mastectomía:

- Uno o más nódulos indoloros en o debajo de la piel
- Engrosamiento a lo largo de la cicatriz de la mastectomía

Recurrencia metastásica a distancia

El cáncer de mama que se ha diseminado a partes distantes del cuerpo es el tipo más grave de recurrencia. El sitio más común de recurrencia metastásica a distancia son los huesos. Otros sitios frecuentes incluyen la médula ósea, los pulmones, el hígado, el cerebro u otros órganos. Casi cualquier parte del cuerpo puede verse afectada por la recurrencia del cáncer de mama.

Síntomas de recurrencia a distancia:

- **Metástasis ósea:** Dolor persistente e intenso en un área del cuerpo
- **Metástasis pulmonar:** Tos persistente o dificultad para respirar
- **Metástasis hepática:** Pérdida del apetito, pérdida de peso o color amarillento en la piel
- **Metástasis cerebral:** Dolores de cabeza intensos; cambios en la visión; pérdida del control de los intestinos o la vejiga; cambios en la personalidad; convulsiones

Es esencial que te comuniques con tu equipo médico sobre cualquier cambio que experimentes después del tratamiento del cáncer de mama. La mayoría de las recurrencias se detectan cuando la paciente nota cambios físicos en su cuerpo y luego se confirma con un examen clínico de su proveedor de salud. Si experimentas una recurrencia del cáncer de mama, tu equipo médico trabajará contigo para desarrollar el plan de tratamiento más efectivo.