



CANCER BRONCOPULMONAR



**Curso Bienal Superior de Post Grado de
Médico Especialista en Medicina Interna**

Director: Prof Dr Miguel Falasco

Subdirector: Prof Dr Roberto Reussi

Secretario: Prof Dr Jorge Mercado

**Vocales: Profs Drs Rodolfo Jorge Bado, Rodolfo Maino
Federico Antonio Marongiu**

DIRECTOR MÓDULO NEUMONOLOGÍA
Prof Dr Eduardo Abbate

CANCER BRONCOPULMONAR
Prof Dr Elías Hurtado Hoyo

Buenos Aires, 20 de noviembre del 2012



CANCER BRONCOPULMONAR

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL CANCER DE PULMÓN

Prof Dr Elías Hurtado Hoyo



Hospital Enrique Tornú



Hospital Carlos G Durand



Hospital Cosme Argerich

CARRERA DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA TORÁCICA
Gobierno Ciudad Autónoma Buenos Aires - Argentina
Universidad de Buenos Aires

CANCER BRONCOPULMONAR

CÁNCER DE PULMÓN

1960

Formas clínicas de iniciación aparente

Hurtado Hoyo E- Tesis de Doctorado. UBA. 1960

Conducta	%
No operables	50
Operables	50
No resecaados	25
Resecados	25
Total	100

Sobrevida a 5 años

Global	8%
Resecados	30%

2004

Serie personal 1990-2004

Operados n:532

Conducta	%
No operables	75
Operables	25
No resecaados	3
Resecados	97
Total	100

Sobrevida a 5 años

Global	12%
Resecados	

N- 70%

N+ 25%



CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON - SINDROMES PARANEOPLASICOS



MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO NO INVASIVOS PARA ESTADIFICACIÓN CLÍNICA

- ✓ Examen clínico
- ✓ Rx tórax (F y P)
- ✓ Laboratorio
- ✓ Marcadores biológicos
- ✓ Evaluación del Performance Status
- ✓ Citología de esputo
- ✓ Funcional respiratorio
- ✓ TAC (tórax, abdomen superior y cerebro)
- ✓ RMN
- ✓ PET
- ✓ Centellograma óseo de cuerpo entero

CANCER BRONCOPULMONAR

METODOS DE DIAGNOSTICO INVASIVOS SEGÚN EL CASO

PAF bajo TAC

Fibrobroncoscopía (lavado, cepillado, biopsia)

Mediastinoscopía

Mediastinostomía (Chamberlain)

VATS

Toracotomía (TAVA)

Biopsia supraclavicular

Biopsia de Daniels – Albanese

Biopsia transbronquial (Schiepatti)



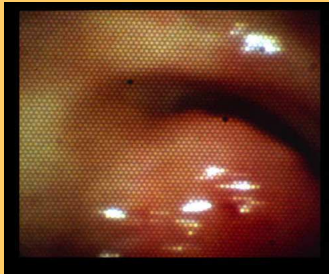
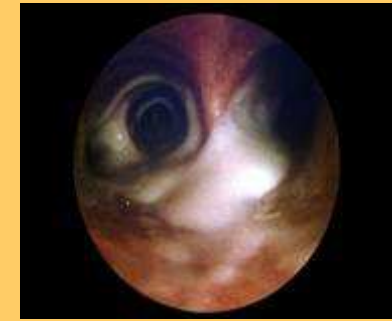
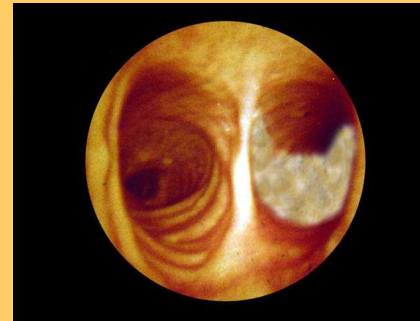
CANCER BRONCOPULMONAR

FIBRA OPTICA

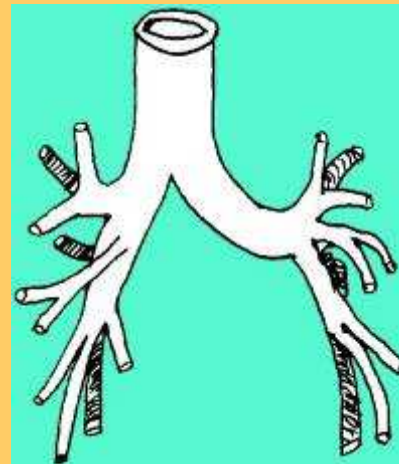
FIBROBRONCOSCOPÍA



**CIRUGÍA ENDOBRONQUIAL-LASER-
RADIOFRECUENCIA
ELECTROCAUTERIO-STENTS-
BRONCODILATACIÓN-CRIOCIRUGÍA**



BRONCOSCOPIA AUTOFLUORESCENTE



En qué consiste:

1- Se aplica anestesia local al paciente y se le coloca por la boca un broncoscopio o tubo de material flexible.

2- La fibra óptica en su interior transmite las imágenes de los pulmones a una cámara ubicada en la parte de atrás del broncoscopio que las retransmite a una pantalla.

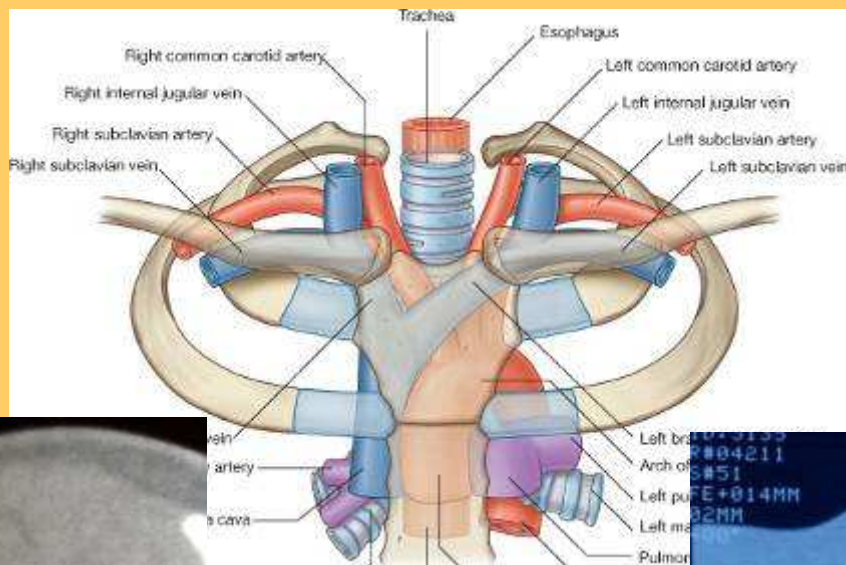


TUBO DE DOBLE LUZ

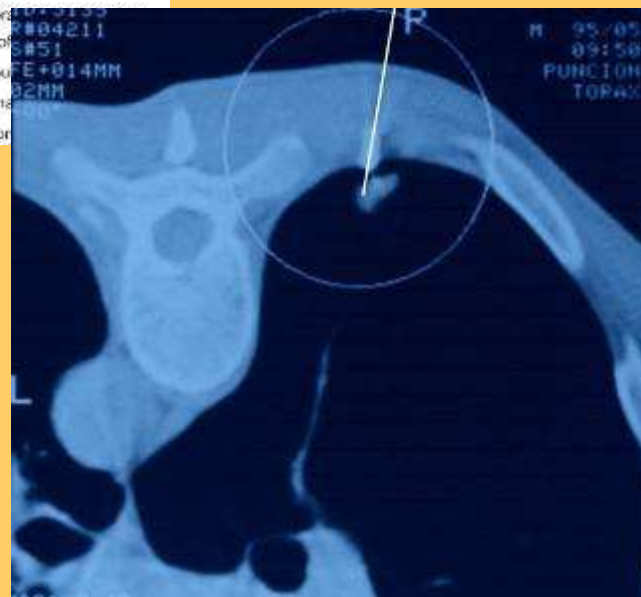


CANCER BRONCOPULMONAR

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA PUNCIÓN CON AGUJA FINA : CITOLOGIA

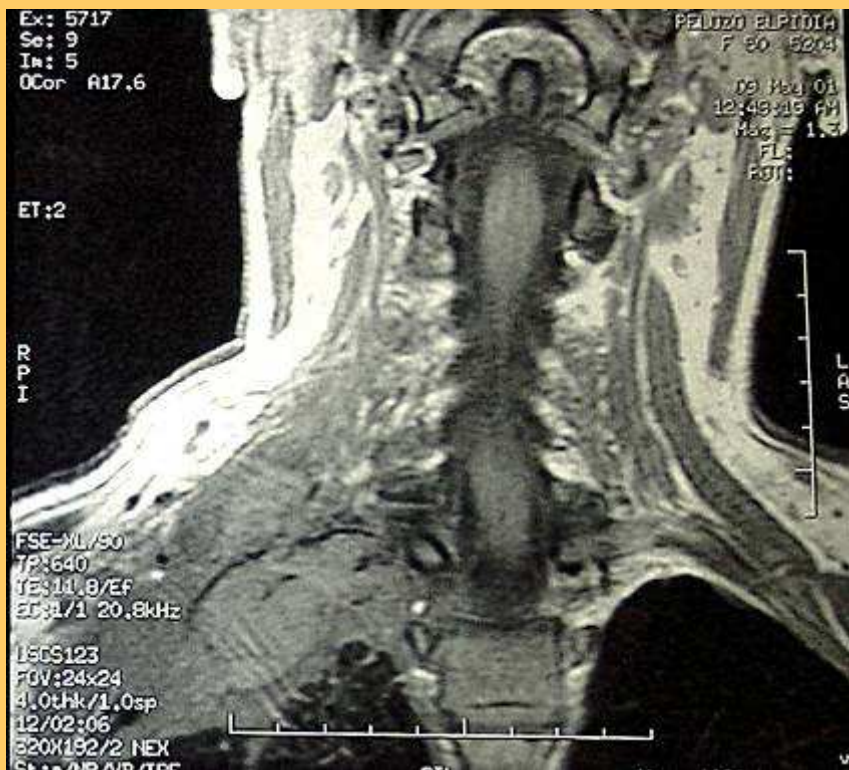


1978



CANCER BRONCOPULMONAR

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA



CANCER BRONCOPULMONAR

TOMOGRAFIA COMPUTADA

NAVEGACION VIRTUAL



CANCER BRONCOPULMONAR

TUMOR CARCINOIDE DE PULMÓN

Síndrome de Cushing

TAC TÓRAX

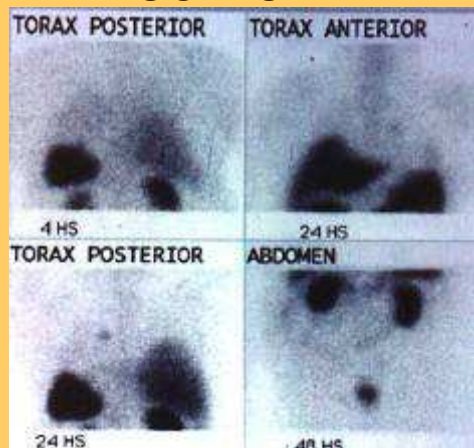


ACTH 257 pg (VN 10-70 pg)
Cortisol 335 ng (VN 20 -50 ng)

RMN



OCTEOTRIDE



CANCER BRONCOPULMONAR

ESTADO DEL HUESPED (PS)

Escala de Karnofsky (%)

H 0 - Actividad normal	90 - 100
H 1 - Sintomático pero ambulatorio	70 - 80
H 2 - Ambulatorio más del 50% del tiempo	50 - 60
H 3 - Ambulatorio menos del 50% del tiempo (necesita atención de enfermería)	30 - 40
H 4 - En cama, puede necesitar internación	10 - 20

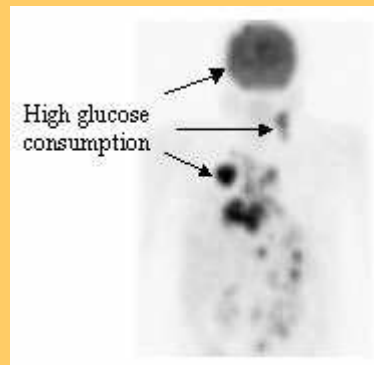
ESTADIFICACIÓN

- ✓ ESTADO DEL HUÉSPED (PS)
- ✓ ESTADIFICACIÓN (TNM)
- ✓ HISTOLOGÍA (p)
- ✓ GRADO DE DIFERENCIACIÓN (G N M)
- ✓ TUMOR RESIDUAL (R)

CANCER BRONCOPULMONAR

POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY SCAN - PET

Permite ubicar “sitios corporales metabólicamente activos”, y tiene una precisión de alrededor de 90% en la detección de todo tipo de tumores.



CANCER BRONCOPULMONAR

NSP INDETERMINADO

CONGRESO INTERNACIONAL DE IMÁGENES. 2004

PET

Nódulo

Mediastino

CONDUCTA

Negativo

Negativo

Control

Positivo

Negativo

Cirugía

Positivo

Positivo

Mediastinoscopía
Neoadyuvancia
Cirugía

CANCER BRONCOPULMONAR

HISTOLOGIA (OMS)

- I. **CARCINOMA EPIDERMOIDE**
 - a. Carcinoma escamoso queratinizante
- II. **CARCINOMA DE CELULA PEQUEÑA**
 - a. Carcinoma de célula de avena
 - b. Tipo celular intermedio
- III. **ADENOCARCINOMA**
 - a. Adenocarcinoma acinoso
 - b. Adenocarcinoma papilar
 - c. Carcinoma sólido con secreción de mucina
 - d. Carcinoma bronquioloalveolar
- IV. **CARCINOMA DE CELULA GRANDE** (no diferenciado)
 - a. Carcinoma de célula clara
 - b. Carcinoma de célula gigante
- V. **CARCINOMA ADENOESCAMOSO**
- VI. **CARCINOIDE**
- VII. **BLASTOMA PULMONAR**
- VIII. **SARCOMA DE DIVERSOS TIPOS**
- IX. **MESOTELIOMAS**

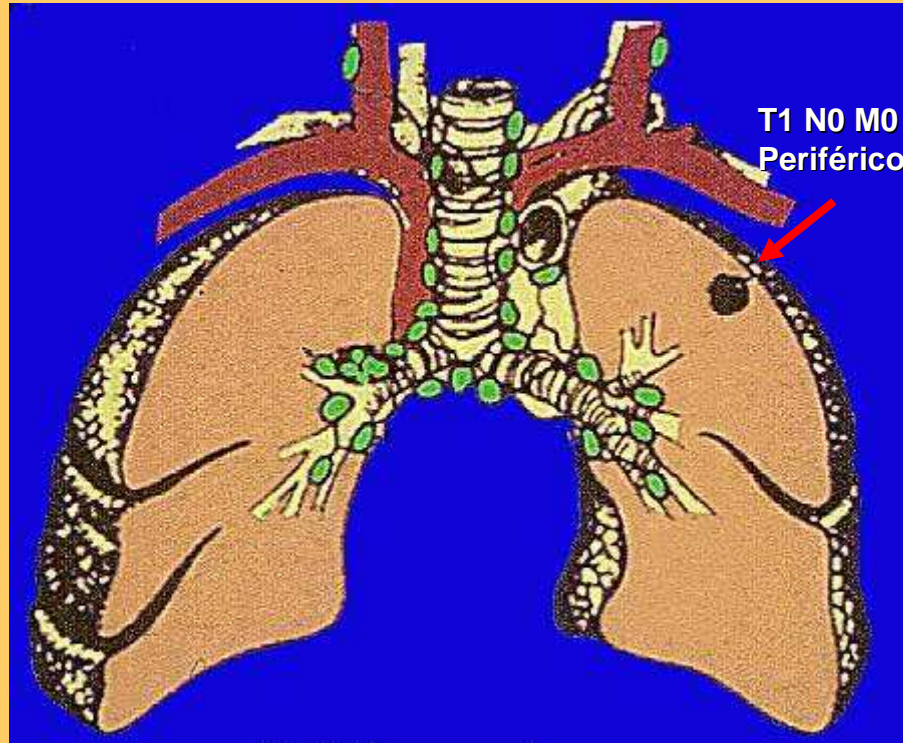
CANCER BRONCOPULMONAR

ESTADIFICACIÓN SEGÚN TNM

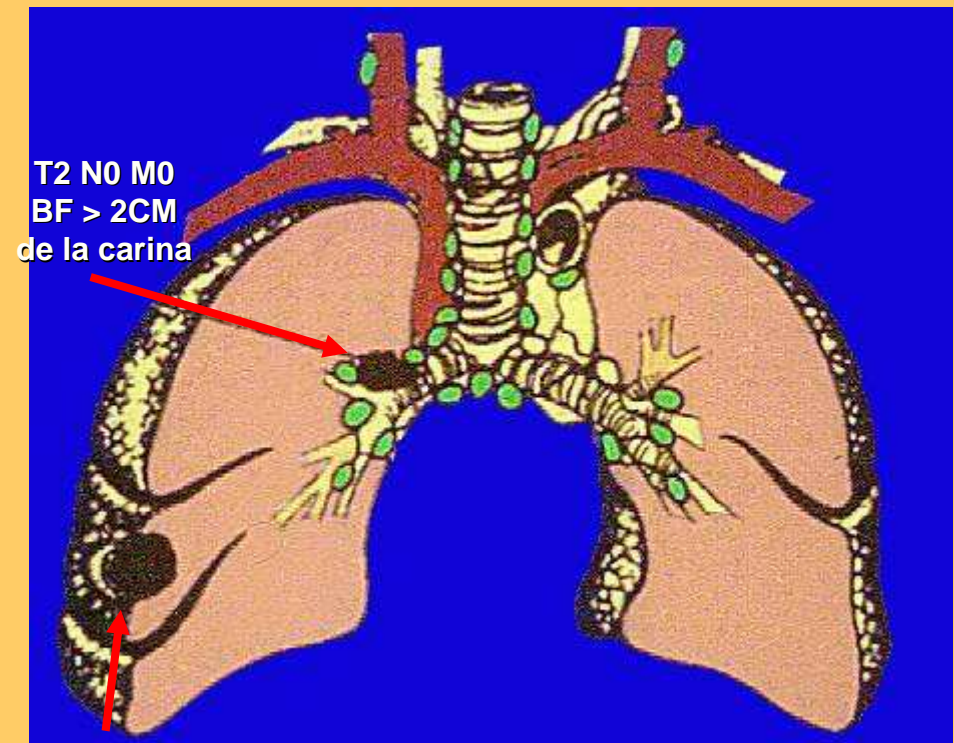
Carcinoma oculto	Tx	N0	M0
Etapa 0	Carcinoma in situ		
Etapa I a	T 1	N0	M0
I b	T 2	N0	M0
Etapa II a	T 1	N1	M0
II b	T 2	N1	M0
	T 3	N0	M0
Etapa III a	T1-3	N2	M0
Etapa III b	cualquier T	N3	M0
	T4	cualquier N	M0
Etapa IV	cualquier T	cualquier N	M1

CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON Estadificación



Estadío Ia

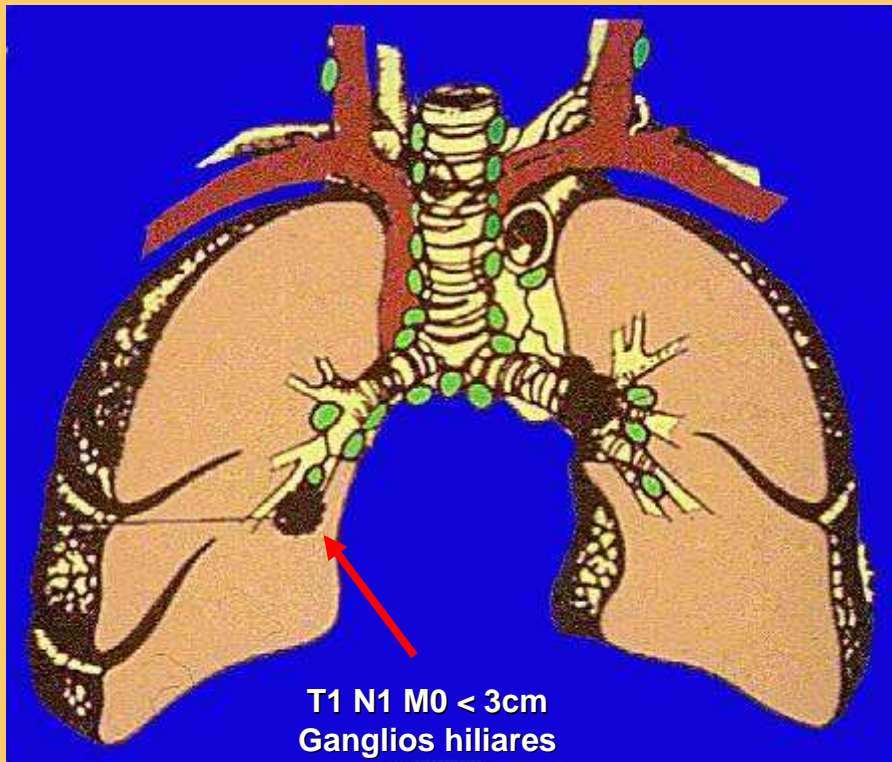


**T2 N0 M0
Invade pleura
visceral**

Estadío Ib

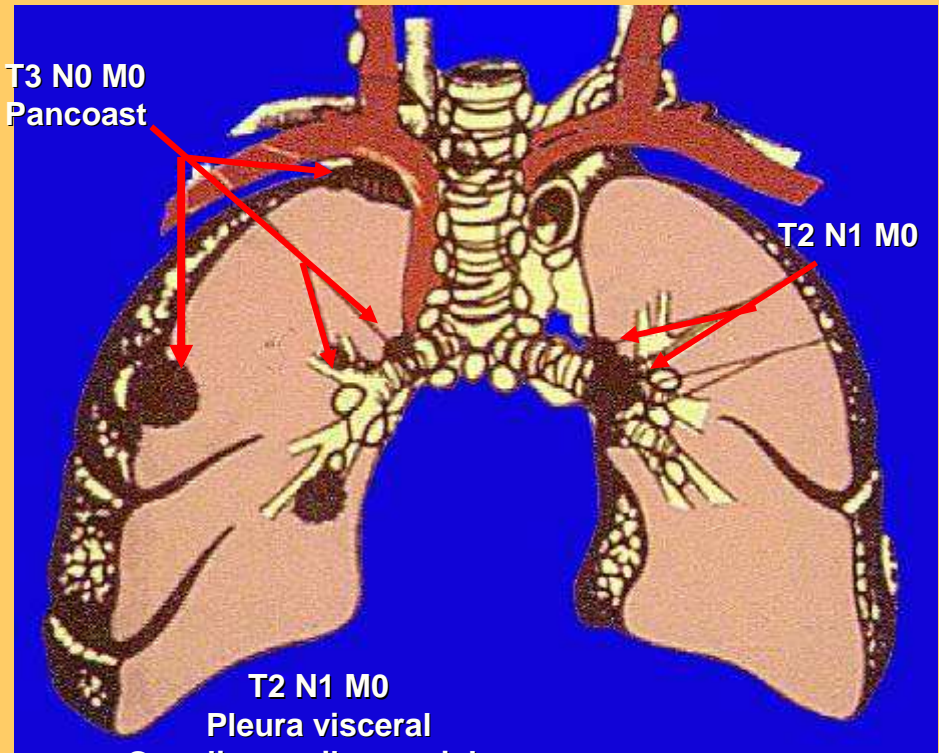
CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON Estadificación



T1 N1 M0 < 3cm
Ganglios hiliares
o intrapulmonares

Estadío Ila



T3 N0 M0
Pancoast

T2 N1 M0
Pleura visceral
Ganglios peribronquiales

Estadío I Ib

CANCER BRONCOPULMONAR

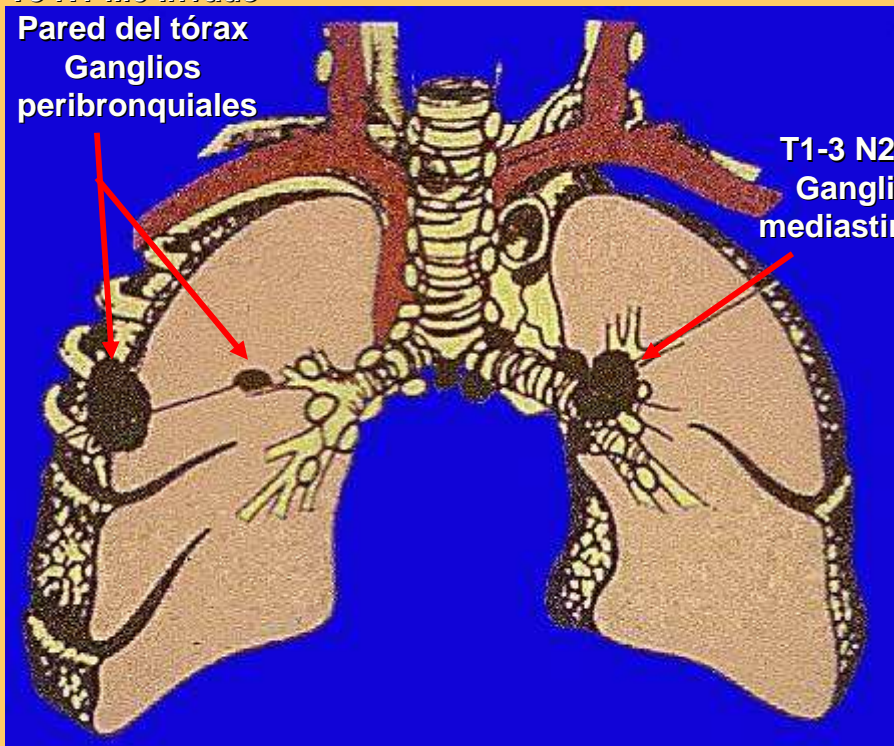
CANCER DE PULMON Estadificación

T3 N1 M0 Invade

Pared del tórax

Ganglios

peribronquiales

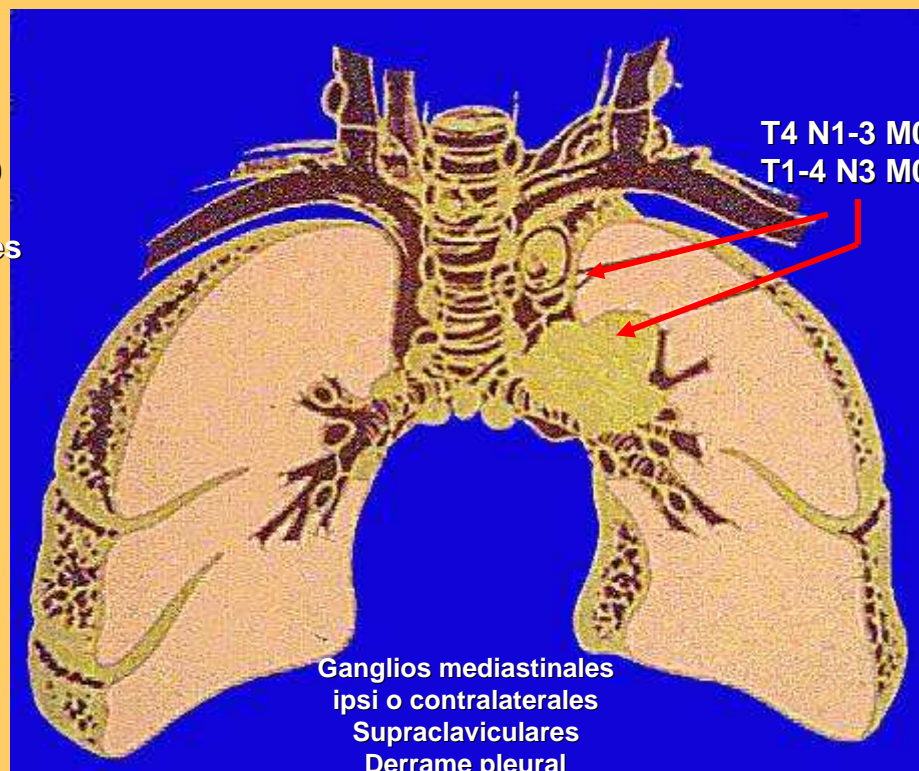


T1-3 N2 M0
Ganglios
mediastinales

Estadío IIIa

T4 N1-3 M0

T1-4 N3 M0



Ganglios mediastinales
ipsi o contralaterales
Supraclaviculares
Derrame pleural

Estadío IIIb

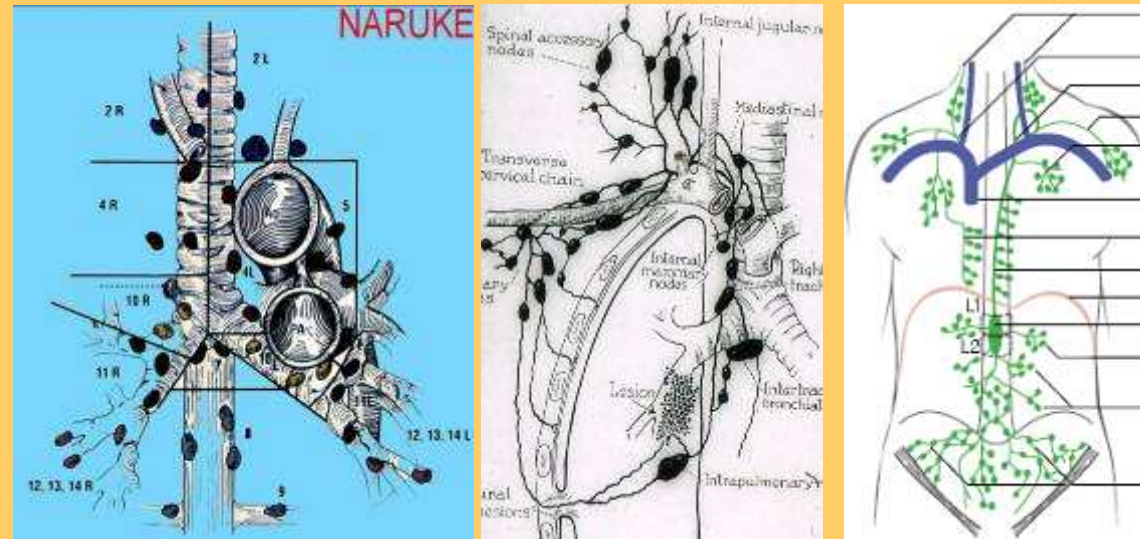
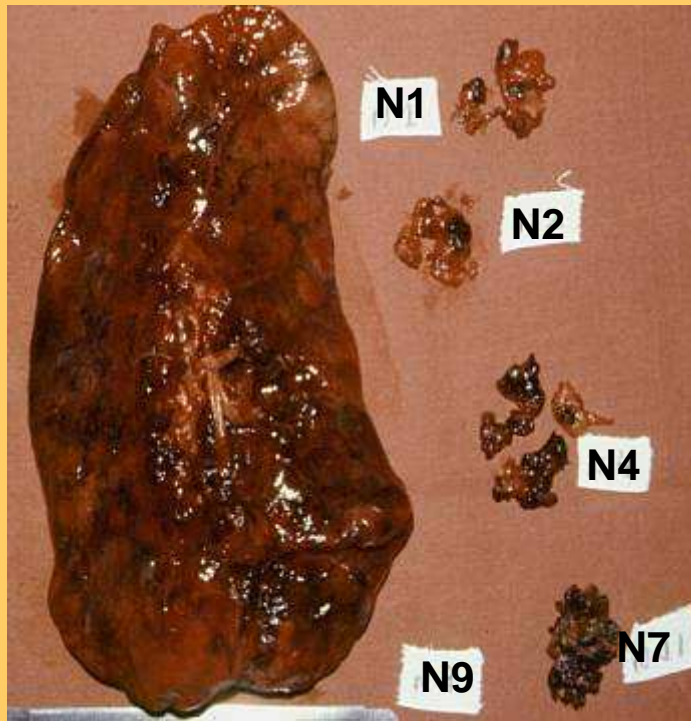
CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON - Factor N - nº 60 casos. Resumen

Hurtado Hoyo E, Pedernera A, Spizzamiglio N, Galmes M:RevArgenCirug. 60 :166 -174, 1991

- Número de ganglios: 1096 (X 18,3)

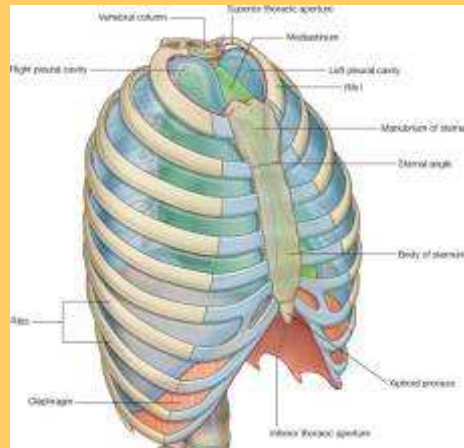
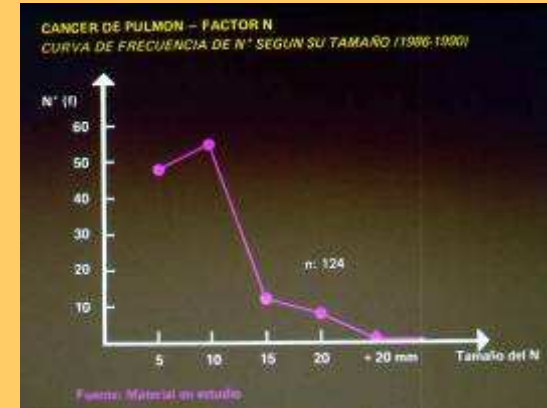
El 83 % de los N+ media 10 ó < mm
Los N+ mayores de 21 mm sólo 1 en 79



CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON - Factor N - nº 60 casos. Resumen

Hurtado Hoyo E, Pedernera A, Spizzamiglio N, Galmes M: RevArgenCirug. 60 :166 -174, 1991



CANCER DE PULMON - Factor N

Significación estadística de N+ según tamaño ganglionar (para 70 casos)

Tamaño (mm)	Frecuencia de N+	%
1 a 10	125	69,5
11 o más	26	30,5
Total	151	100,0

"Chi" cuadrado sin factor de corrección (Yates) = 14,256
prob.: p = 0,0001595

"Chi" cuadrado con factor de corrección (Yates) = 13,554
prob.: p = 0,0002318

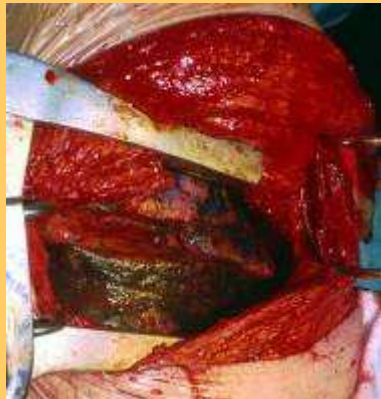
Dto. Cirugía - Htal. Durand (MCBA)
Carrera Especialistas - Cirugía Torácica (UBA)

PATHOLOGICAL ASSESSMENT OF MEDIASTINAL LYMPH NODES IN LUNG CANCER: IMPLICATIONS FOR NON-INVASIVE MEDIASTINAL STAGING

Keer KM, Lamb D, Wathen CG, Walker WS, Douglas NJ – Thorax 1992;47:337-341

CANCER BRONCOPULMONAR

EVALUACIÓN ANATOMICA VIAS DE ABORDAJE AL TÓRAX



- ✓ Toracotomía mínima
- ✓ Toracotomías amplias: PTL, TAVA, Esternotomía
- ✓ VATS
- ✓ Toracotomías especiales: CHARDAT
- ✓ Cervicotomía – Cervicotoracotomía - Cervicolaparotomía
- ✓ Toracofrenotomía - Toracotomía más Laparotomía
- ✓ Cateterismos Periféricos: STENTS
- ✓ Robótica

Límites

Anatomía y función

Seguridad

Cirugía insuficiente

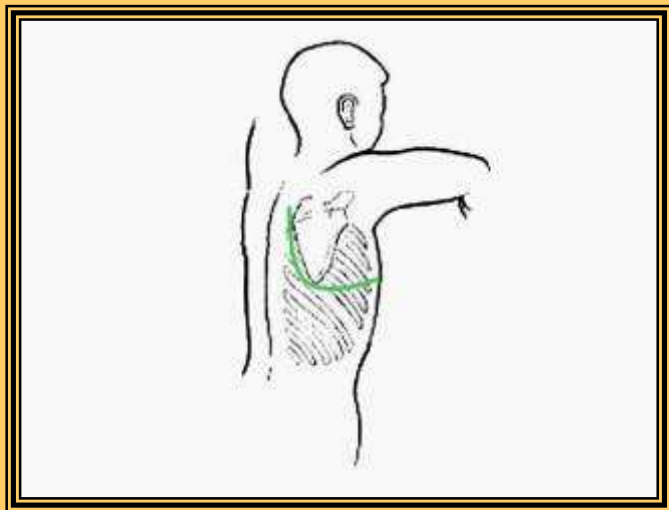
Éticos

Cirugía innecesaria

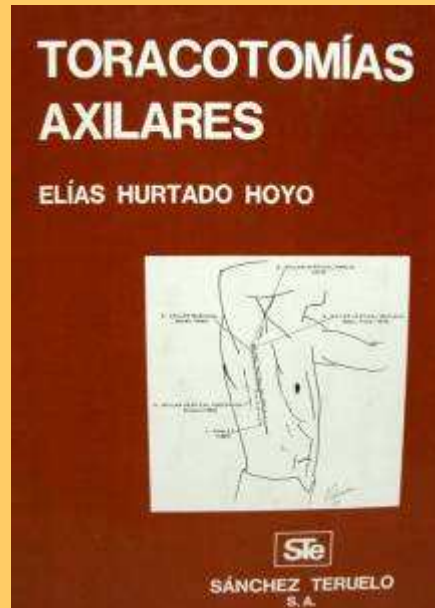
CANCER BRONCOPULMONAR

VÍAS DE ABORDAJE AL TORAX

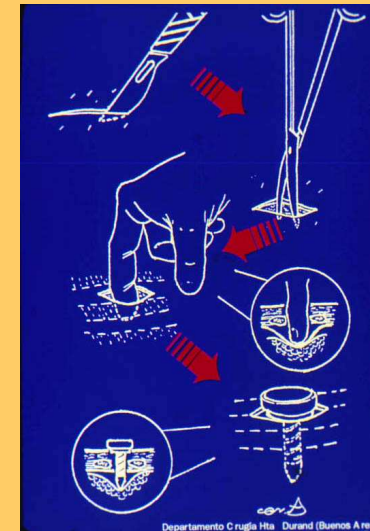
1900



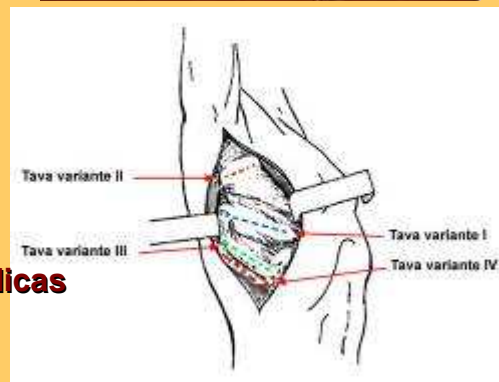
1973



1991



1984 Premio Asociación Argentina de Cirugía
1984-88 Premio Nacional en Ciencias y Artes Médicas
Ministerio Educación y Justicia

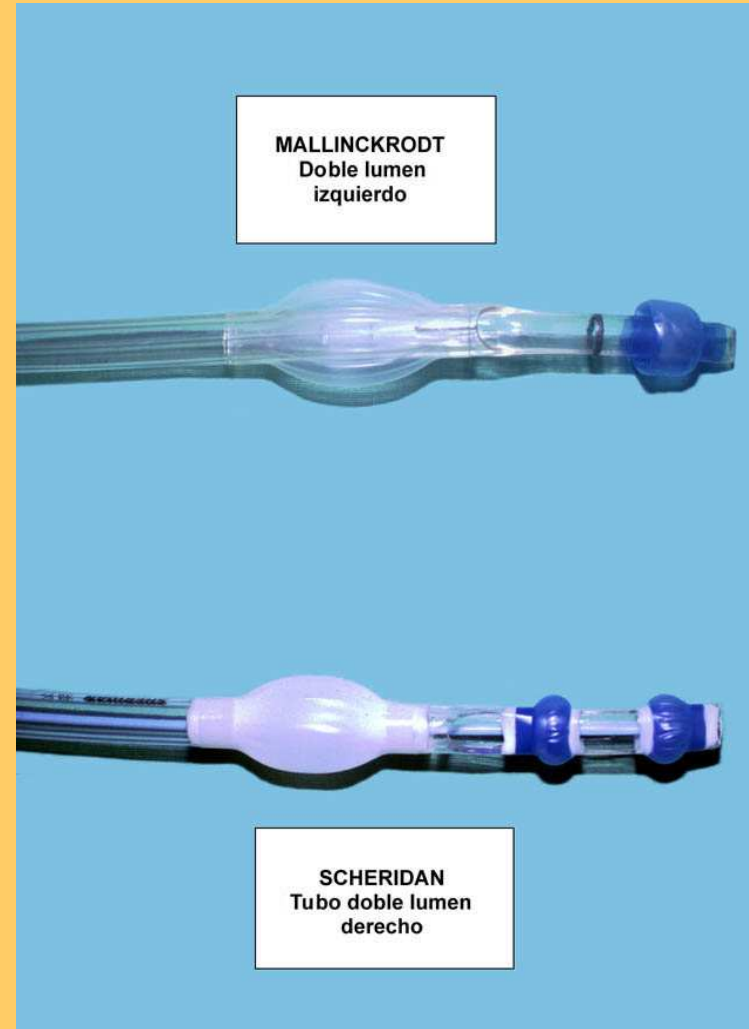
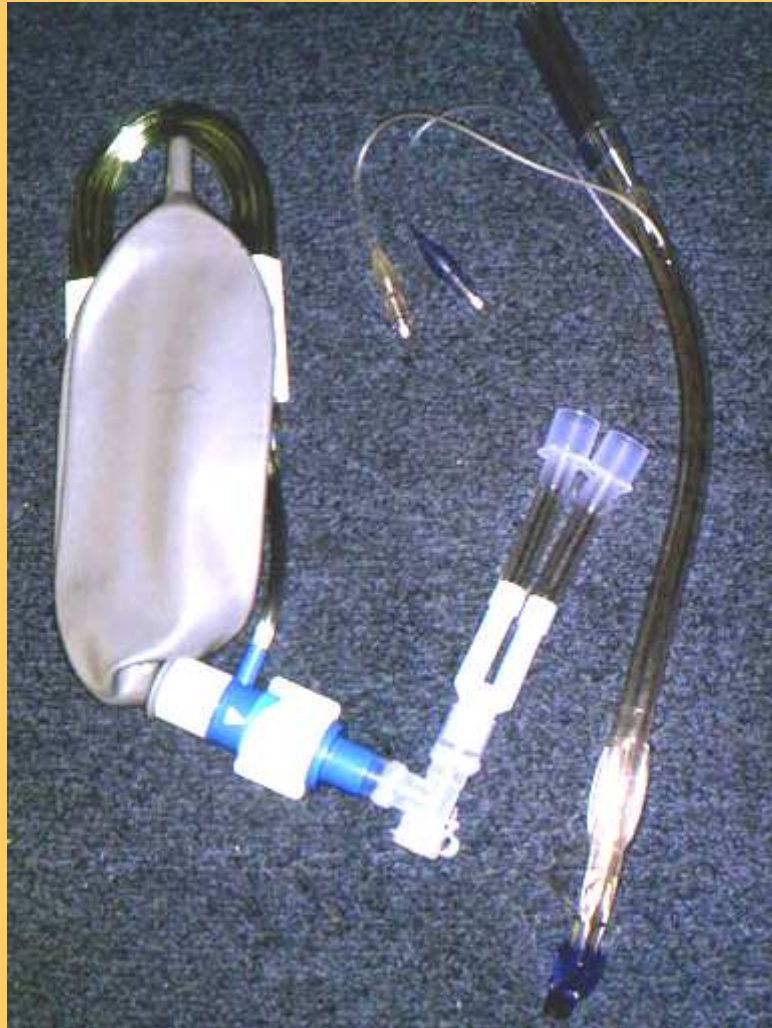


MANEJO PEROPERATORIO

- Profilaxis antibiótica**
- Sin sangre – autotransfusión**
- Antiagregación – anticoagulación profiláctica**
- Manejo del dolor**
- Kinesiología respiratoria**

CANCER BRONCOPULMONAR

TUBO ENDOTRAQUEAL DE DOBLE LUZ



CANCER BRONCOPULMONAR

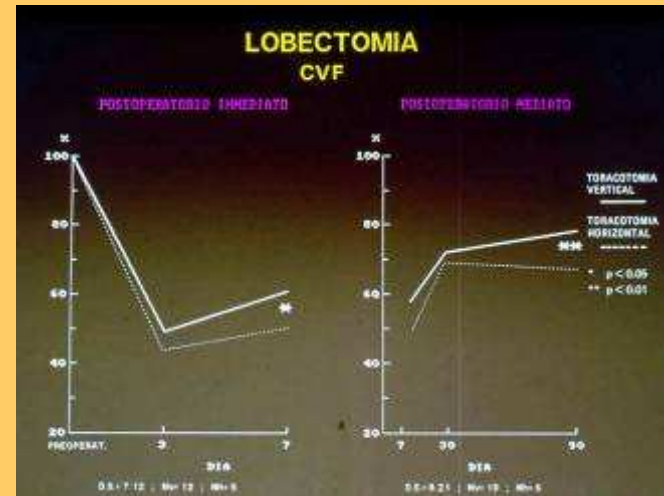
ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA Y KINESIOTERAPIA



CANCER BRONCOPULMONAR

TORACOTOMÍA AXILAR VERTICAL AMPLIA (TAVA)

1973



TORACOTOMIAS AMPLIAS

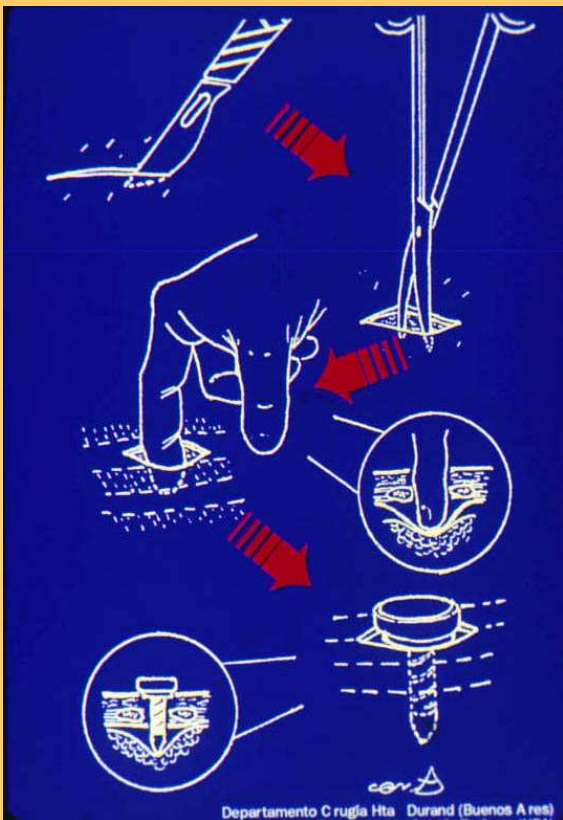
DATOS COMPARATIVOS

TIPO de INCISIÓN	T.A.V.A	POSTEROLATERAL
• Campo Operatorio	80 a 100 %	100 %
• Sección Muscular (Dorsal Ancho/ Nervio Serrato)	NO	SI
• Compl. Pulmonares Postop.	Menor	Mayor
• Recuperación Motora	Excelente	Buena o Reg
• Secuelas	NO	SI
• Estética	SI	NO
• Recuperación Funcional a Largo Plazo (FEVI-CVF)	Mayor	Menor
• Dolor	Menor	Mayor

Hurtado Hoyos E. Toracotomías Axilares . 1984 .
 Basil Nicholas . Universidad de Iowa . 1989 .
 Esteve Hugo . Toracotomía y Función Respiratoria . Rev. Argent. Ciruj; 60 : 63, 1991 .

CANCER BRONCOPULMONAR

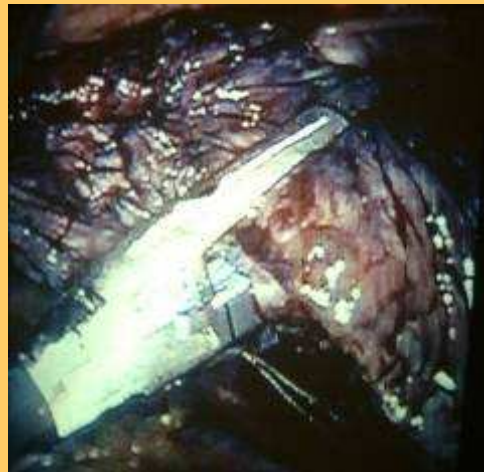
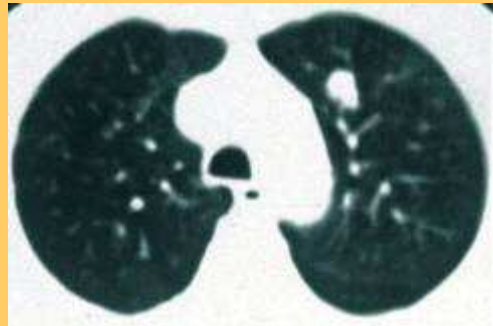
TORACOTOMIA VIDEO ASISTIDA - CTVA



CANCER BRONCOPULMONAR

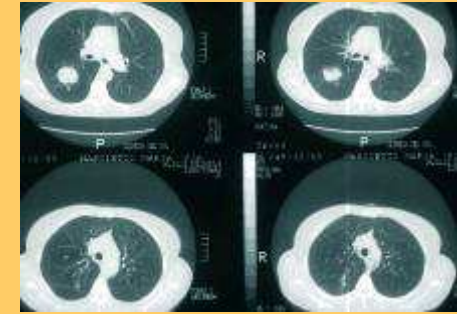
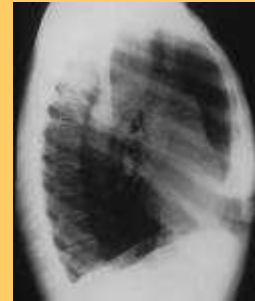
CANCER DE PULMON. A grandes celulas .CTVA

Caso 1



1994

Caso 2



1995

Strategic Planning for V.A.T.S. Procedures

MARCH '91 / DEC '96

LUNG CANCER

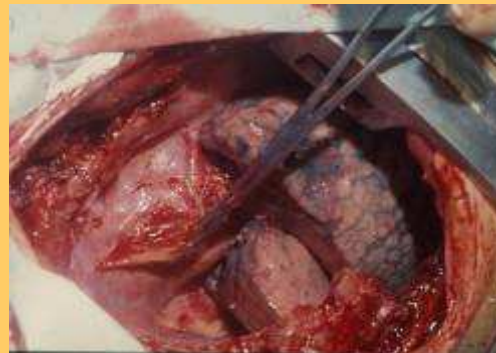
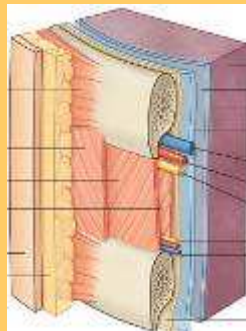
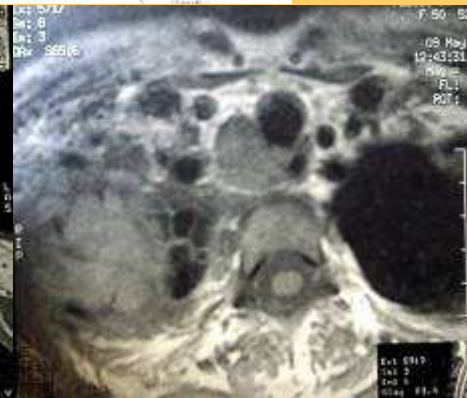
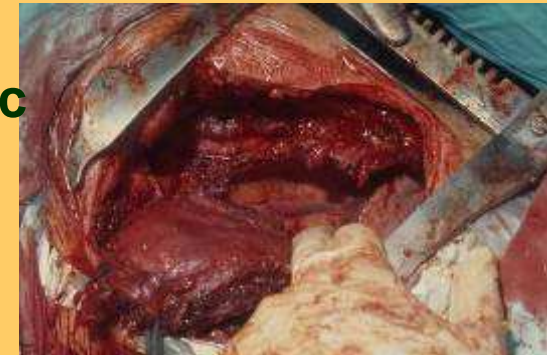
Conventional	215	→	88.5%
V.A.T.S.	28	→	11.5%
Diagnostic	6		
Therapeutic	22		
Total	243	→	100%

Departamento de Cirugía, Hospital Durand, Facultad de Cirugía, (UBA) Buenos Aires ARGENTINA

CANCER BRONCOPULMONAR

SÍNDROME HOMBRO-MANO

Claude Bernard Horner
Resonancia Nuclear Magnética



CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON. A grandes células

Evolución lenta. Enfisema



VATS →



Toracotomía complementaria
Lobectomía superior derecha

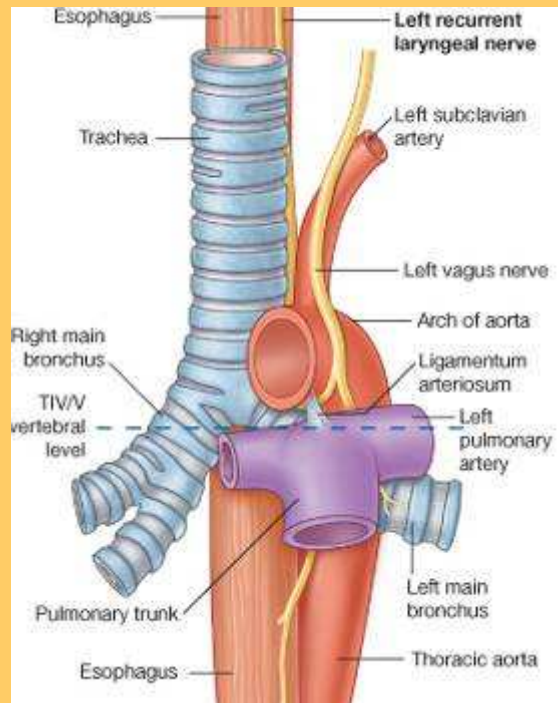
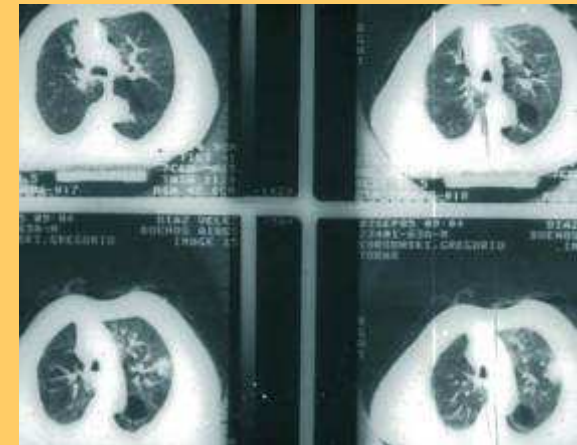
CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMÓN

PRIMER TUMOR ESPINOCELULAR



SEGUNDO TUMOR ADENOCARCINOMA

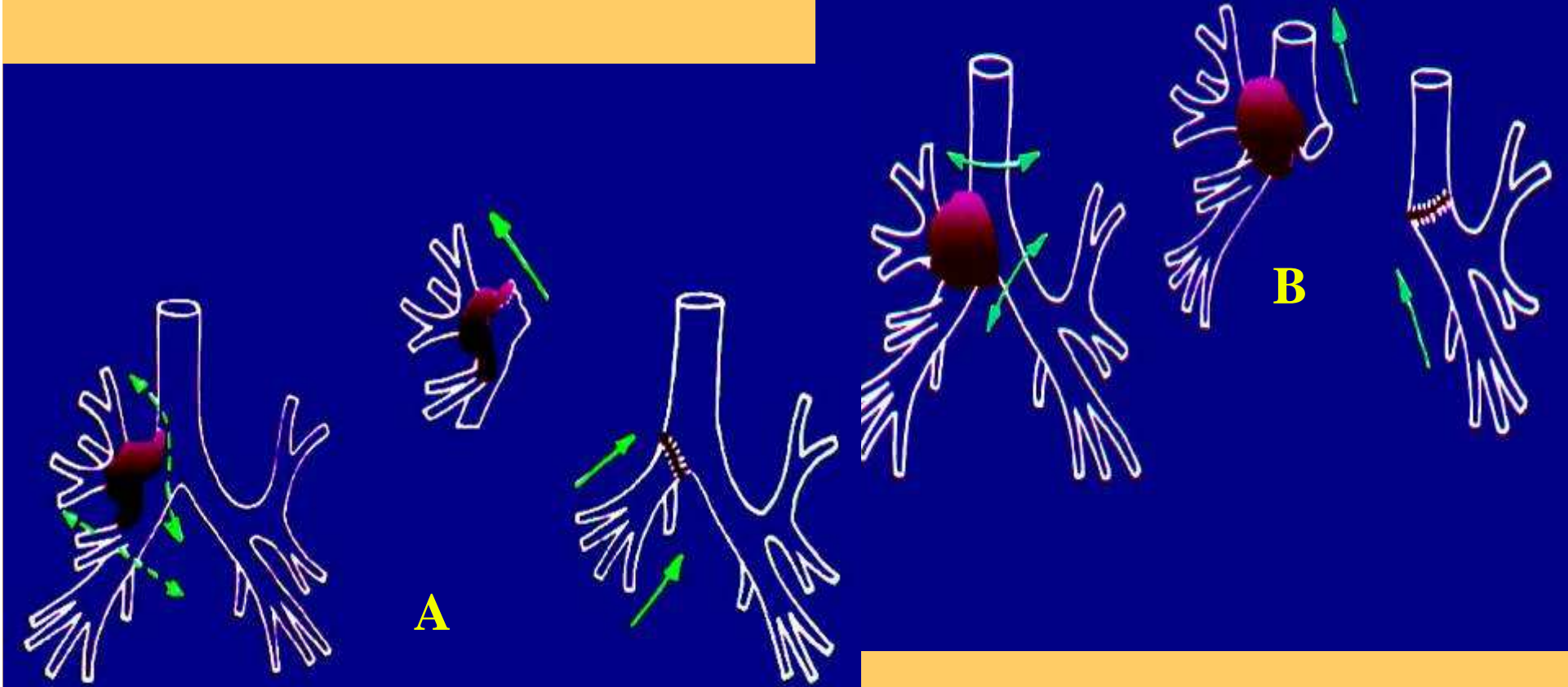


1980



1984

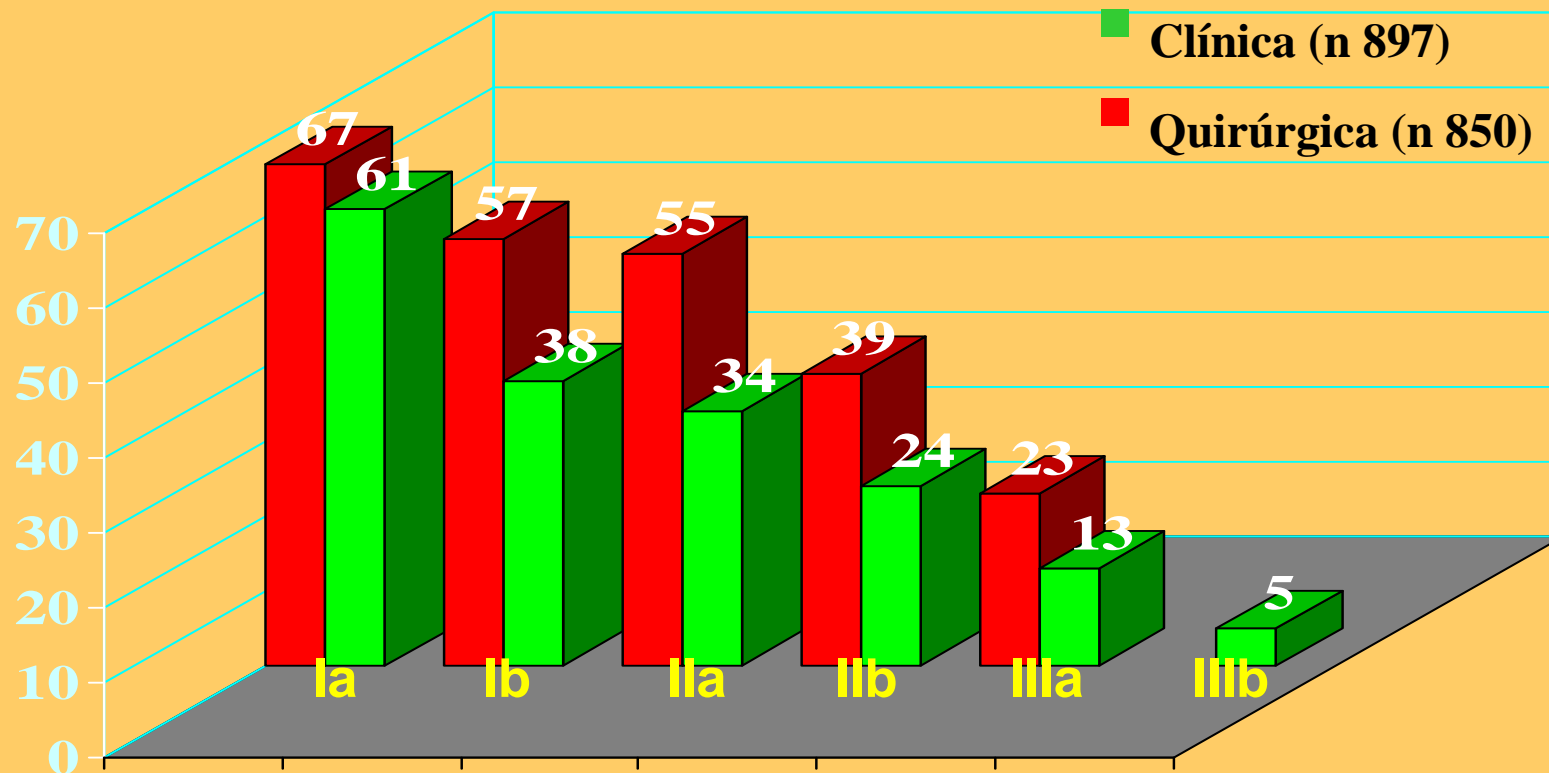
BRONCOPLASTIAS



CANCER BRONCOPULMONAR

RELACION ENTRE ESTADIFICACION CLINICA Y QUIRURGICA Y PORCENTAJE DE SOBREVIDA A 5 AÑOS. (n 1747)

CLIFTON F. MOUNTAIN (Advanced Therapy in Thoracic Surgery – Authors: Franco-Putnam. Ed. BC Becker, 1998)



CANCER DE PULMON – NO PEQUEÑAS CELULAS

CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON - NEOADYUVANCIA EN TUMORES NO PEQUEÑAS CÉLULAS - E III-a

Hurtado Hoyo E, Pedernera A, Galmés M, Spizzamiglio N y col. RevAsocMedArgent.1992 105.5.

NEOADYUVANCIA CON Q (sóla o con R) RESUMEN BIBLIOGRAFIA PUBLICADA A 1992

Autor	Tipo	Casos (n)	Respuesta (%)	Resección completa (%)	Remisión patológica completa (%)	Mortalidad operatoria (%)
Martini	Q	58	78	57	20	3,5
Burkes	Q	39	69	49	9	9,2
Henríquez	Q	53	68	62	11	
Lad	Q	31	47	36	2	17
Strauss	Q+R	29	72	62	7	
Weitberg	Q+R	21	86	43	10	
Eagan	Q+R	39	57	33		
Pincus	Q+R	33	74	57	27	
Hurtado Hoyo ⁽¹⁾	Q̄ Q+R	13	81	77	14	11.1

(1) Sin valor estadístico

Carrera Especialistas Cirugía Torácica - Departamento Cirugía
Htal. Durand - Buenos Aires - Argentina



CANCER BRONCOPULMONAR

PROTOCOLOS DE QUIMIOTERAPIA

NO A CÉLULAS PEQUEÑAS

Cisplatino	+	Vinorelbine
Cisplatino	+	Paclitaxel
Carboplatino	+	Paclitaxel
Cisplatino	+	Docetaxel
Cisplatino	+	Gemcitabine

BEVACIZUMAB - ERLOTINIB



CANCER BRONCOPULMONAR

PROTOCOLOS DE QUIMIOTERAPIA

A CÉLULAS PEQUEÑAS

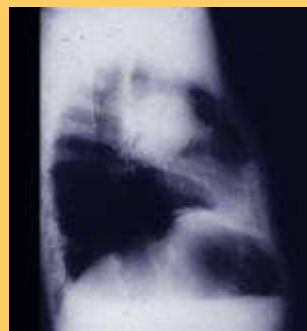
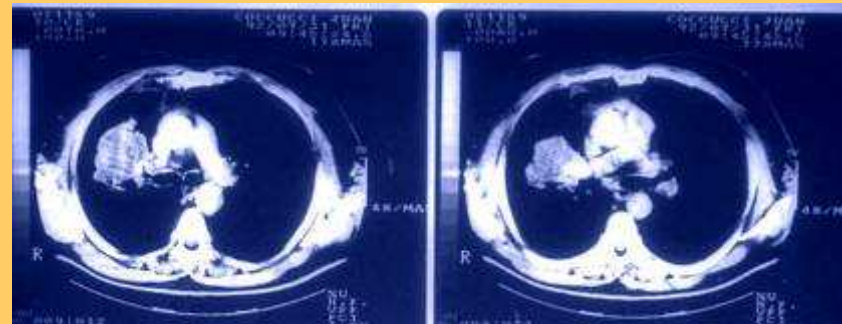
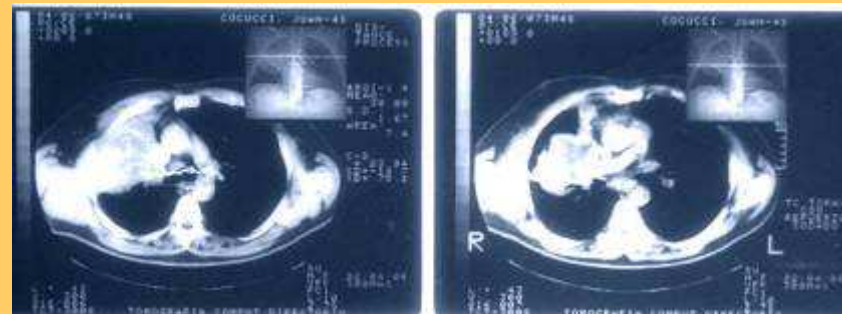
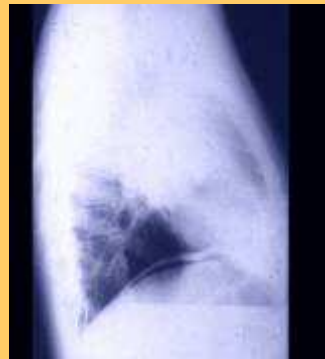
ETOPÓSIDO	+	CISPLATINO	
ETOPÓSIDO	+	CARBOPLATINO	
CICLOFOSFAMIDA	+	ADRIAMICINA	+ VINCRISTINA
IRINOTECAN	+	CISPLATINO	

CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON - NEOADYUVANCIA EN TUMORES NO PEQUEÑAS CÉLULAS - E III-a

Hurtado Hoyo E, Pedernera A, Galmés M, Spizzamiglio N y col. RevAsocMedArgent.1992. 105.5.

n:13



Platino 30mg/m²/día x 3
Etoposido 120 mg/m²/ día x 3
Cada 28 días – 3 ciclos

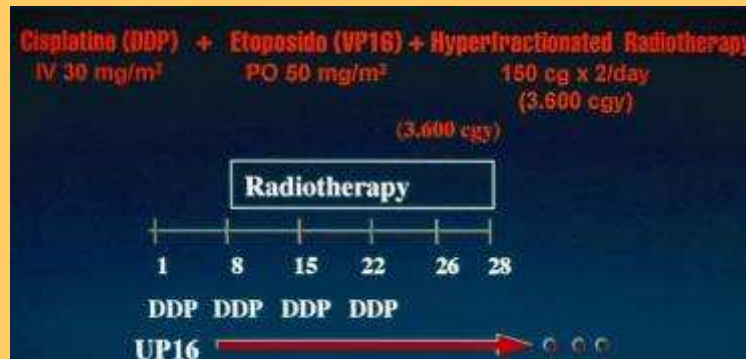
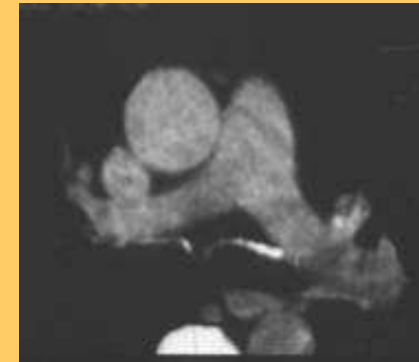
CANCER BRONCOPULMONAR INDUCTION THERAPY OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER NEOADYUVANCY

Hurtado Hoyo E; Spizzamiglio N; Galmés M; González F.

XXX World Congress International College of Surgeons.

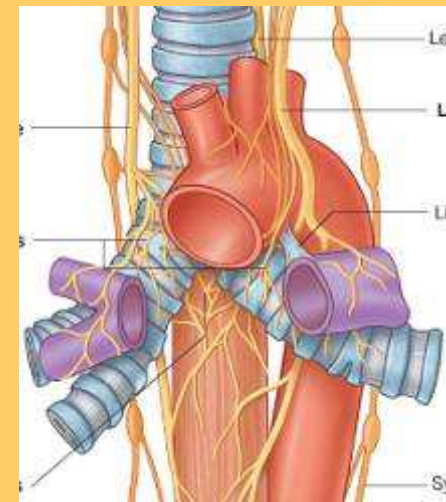
1996. Kyoto. Japón

Morduzzi Editore. Bologna. Italia. 1996. 969-972



n: 18

Progressión	2
Without Response	2
Death	1
Withdraw Surgery	2
Surgical	11(61%)



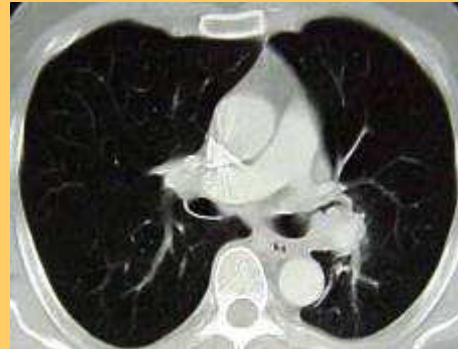
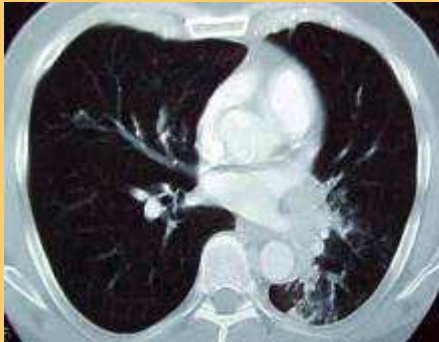
CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON - NEOADYUVANCIA

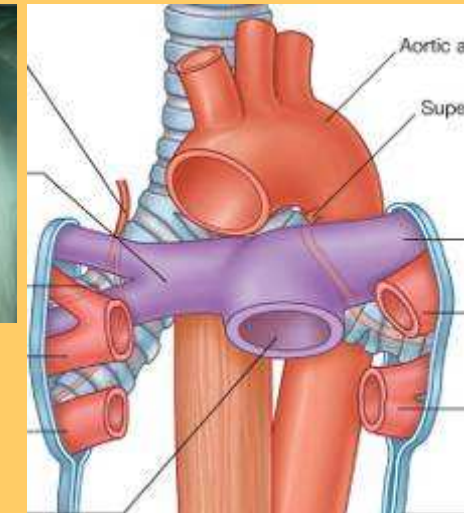
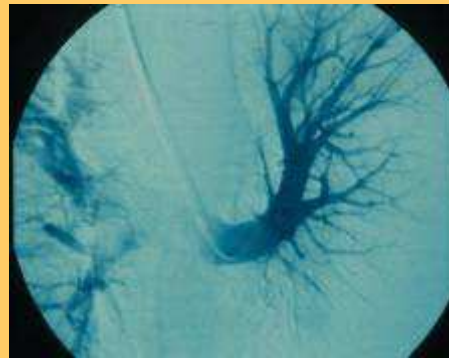
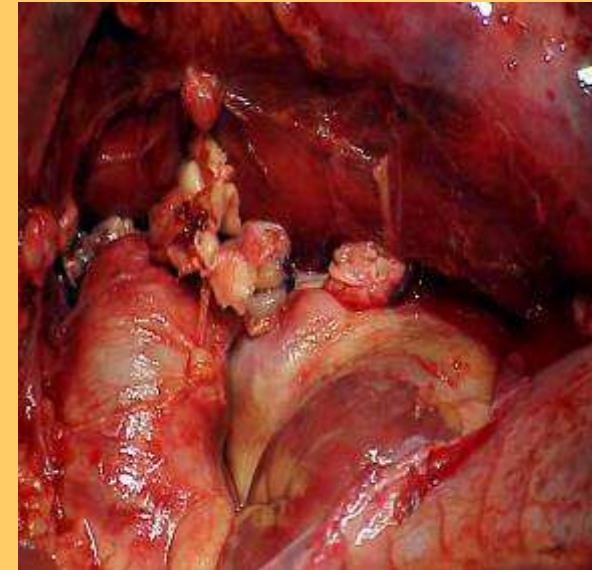
EN TUMORES NO PEQUEÑAS CÉLULAS - E III-b

“SESSIONE DI ONCOLOGIA VIVA IN ROMA QUIRURGICA 92”

CIRUJANO INVITADO



1992



INSTITUTO REGINA ELENA. UNIVERSITÀ LA SAPIENZA. ROMA.ITALIA

Coordinatore: N Campioni

Panel: P Bazan; E Rocca; L Mineo; C Ricci; F Salvatti; A Thau; E Santoro



CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON - NEOADYUVANCIA EN TUMORES NO PEQUEÑAS CÉLULAS - E III-a

Hurtado Hoyo E, Pedernera A, Galmés M, Spizzamiglio N y col. RevAsocMedArgent.1992 105.5.

NEOADYUVANCIA CON Q (sóla o con R) RESUMEN RESULTADOS PUBLICADOS A 1992

Indices	Rango	\bar{X}
de respuesta favorable	50-80%	66%
de resección completa	33-62%	45%
de remisión patológica completa	2-27%	13%
de mortalidad operatoria	3,5-17%	8,6%
de sobrevida	6-34 m	20 m

Carrera Especialistas Cirugía Torácica - Departamento Cirugía
Htal. Durand - Buenos Aires - Argentina



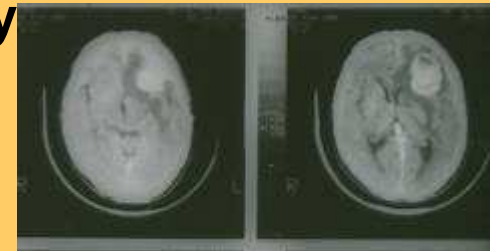
CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON - NEOADYUVANCIA EN TUMORES NO PEQUEÑAS CÉLULAS

Hurtado Hoyo E, Pedernera A, Galmés M, Spizzamiglio N y col. RevAsocMedArgent.1992 105.5.

Conclusiones

- ✓ La R y/o Q son bien toleradas
- ✓ Elimina o bloquea la diseminación a distancia
- ✓ Aumenta la resacabilidad en IIIb y IIIa sintomático
- ✓ La mortalidad operatoria sólo es un poco mayor
- ✓ Mejora la calidad de vida
- ✓ **La recidiva es sistémica, la locoregional rara**
- ✓ El aumento de sobrevida aún está en evaluación



CANCER BRONCOPULMONAR

CANCER DE PULMON - CITOMETRIA DE FLUJO

NON SMALL CELL LUNG CANCER PROGNOSTIC FACTORS AND SURVIVAL

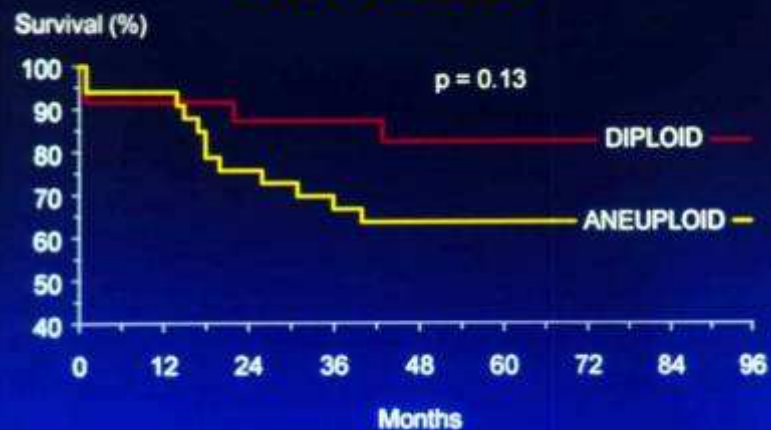
HURTADO HOYO E.; YAMAGUCHI B.; PEDERNERA A.;
ARANDA C.; ROBB J.; SECKINGER D.; GLANCSZPIGEL R.

THORACIC SURGERY SPECIALISTS CAREER (U.B.A.)

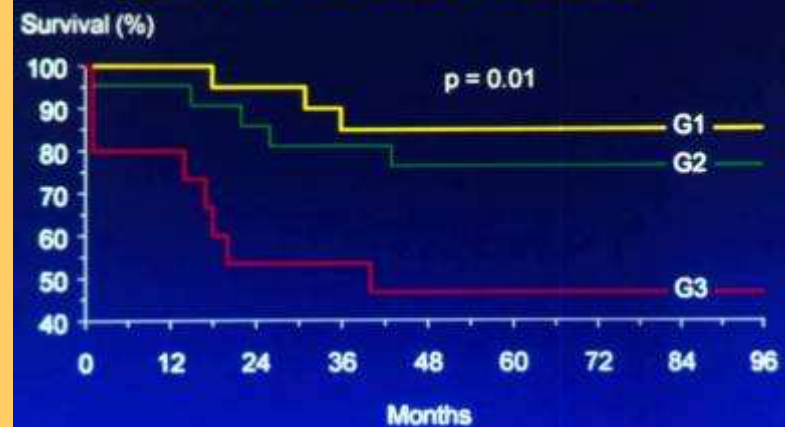
MULTIVARIATE ANALYSIS:

VARIABLE	P-VALUE
AGE	N.S
TUMOR SIZE	N.S
HISTOLOGICAL GRADE	P<0.003
TNM	N.S
STAGE	N.S
DNA PLOIDY	P<0.04

DNA PLOIDY

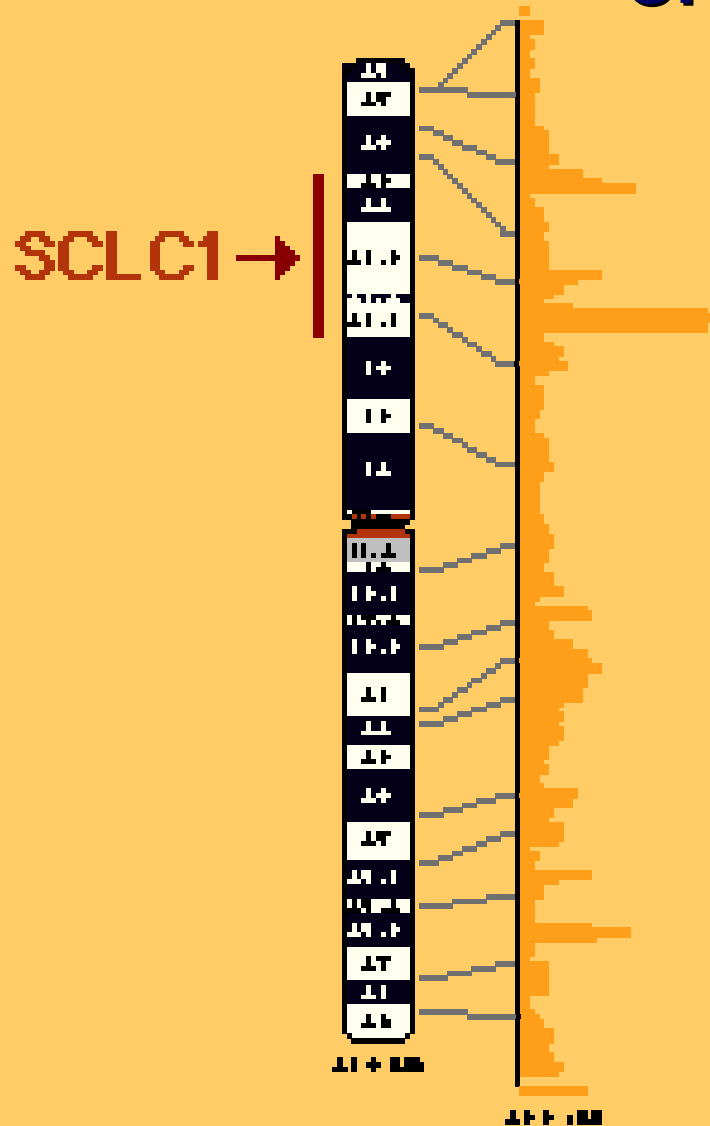


HISTOLOGICAL GRADE



CANCER BRONCOPULMONAR

CROMOSOMA 3



Tres genes

01F6
NPRL2
FUS1

Se detectó **AUSENCIA** de fragmentos de estos genes en los pacientes con Cáncer de Pulmón

Fuente:

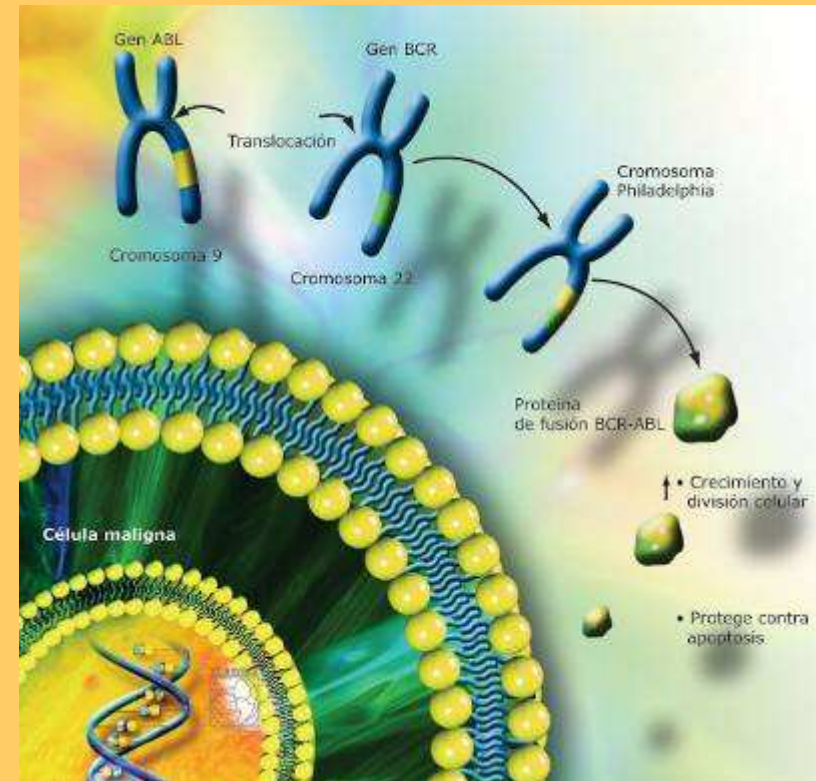
Centro de Cáncer M. D. Anderson

Centro Médico de la Universidad de Southwestern, Texas

Tratamiento molecular de cáncer de pulmón genómica y proteómica llegan a la clínica. Mayo 2004

Mutaciones del gen del receptor del factor de crecimiento epidérmico son, factores determinantes de la respuesta a un medicamento biotecnológico contra el **cáncer de pulmón.**

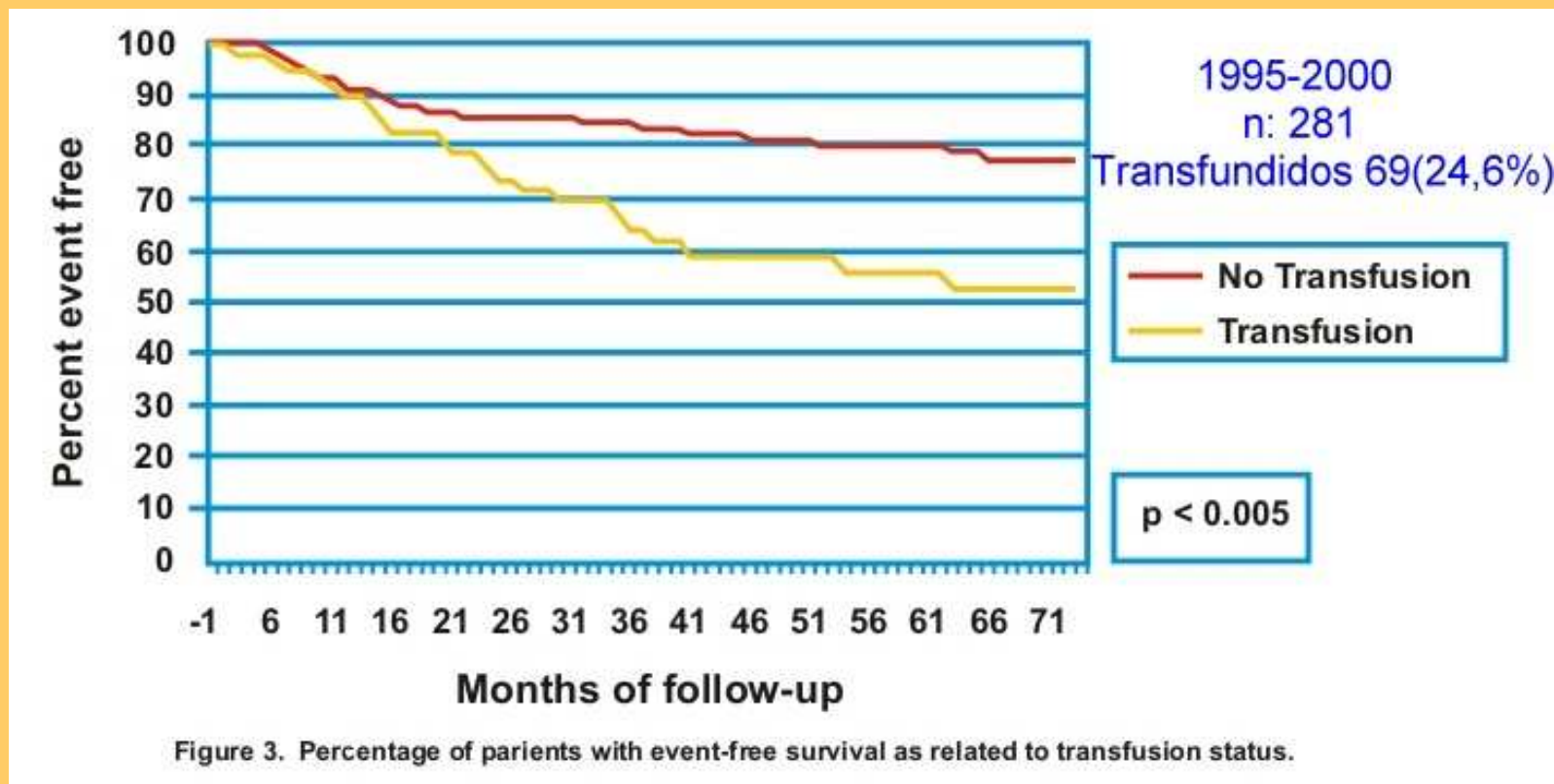
Fuente:
Science
New England Journal of Medicine



CANCER BRONCOPULMONAR

“CORRELATION BETWEEN PERIOPERATIVE BLOOD TRANSFUSION AND PROGNOSIS OF PATIENTS SUBJECTED TO SURGERY FOR STAGE I LUNG CANCER”

Nosotti M, Rebullá P, Riccardi D, Baisi A, and col. Chest.2003.124.1.103



Intervalo libre de enfermedad a 6 años: No T 78% - T 53%

Conclusions: Our data show that perioperative blood transfusion is significantly correlated to worse prognosis in patients undergoing surgery in for stage I lung cancer

CANCER BRONCOPULMONAR

EARLY LUNG-CANCER DETECTION WITH SPIRAL CT AND POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY IN HEAVY SMOKERS: 2 – YEARS RESULTS

Pastorino U, Bellomi M, Landoni C, De Fiori E, Arnaldi P, Picchio M, Pelosi G, Boyle P, Fazio F
Lancet.2003 – 362:593-97

n:1035 - >50 años – fumadores > 20 años

TAC helicoidal anual

Estudio inicial 11 casos

Estudio al año 11 casos

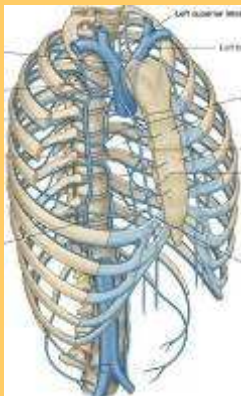
PET confirmó 18/20

Interpretation Combined use of low-dose spiral CT and selective PET effectively detects early lung cancer. **Lesions up to 5 mm** can be checked again at 12 months without major risks of progression



CANCER BRONCOPULMONAR

SINDROME VENA CAVA SUPERIOR



1973



2010

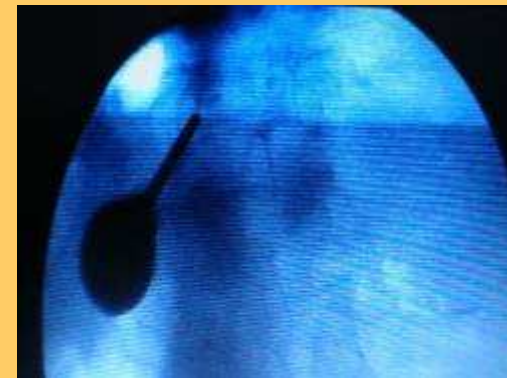
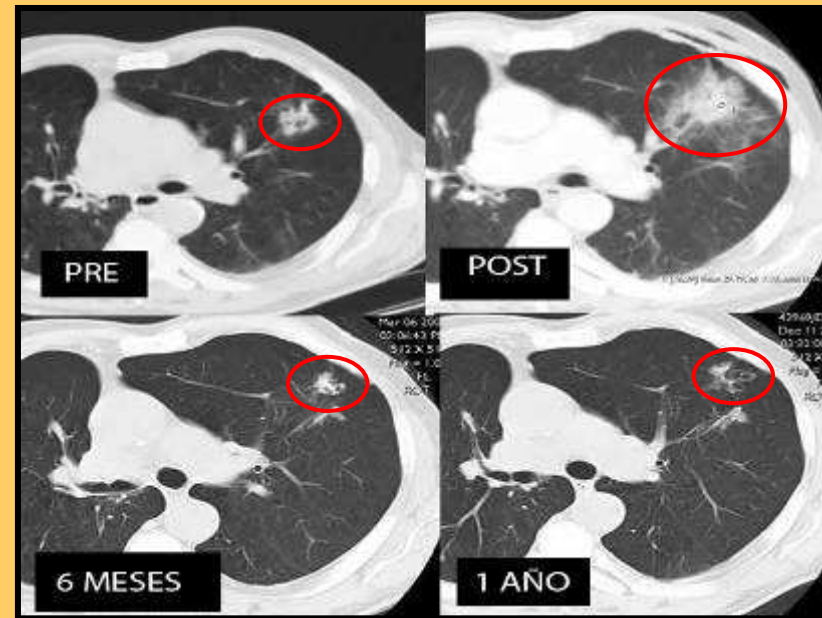
CANCER BRONCOPULMONAR

ABLACIÓN DE TUMORES POR RADIOFRECUENCIA

EQUIPO COOL-TIP



SEGUIMIENTO



METASTASIS

CANCER BRONCOPULMONAR

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

PRIMER NIVEL

PREVENCIÓN

NO FUMAR

SEGUNDO NIVEL

DIAGN Y TRAT

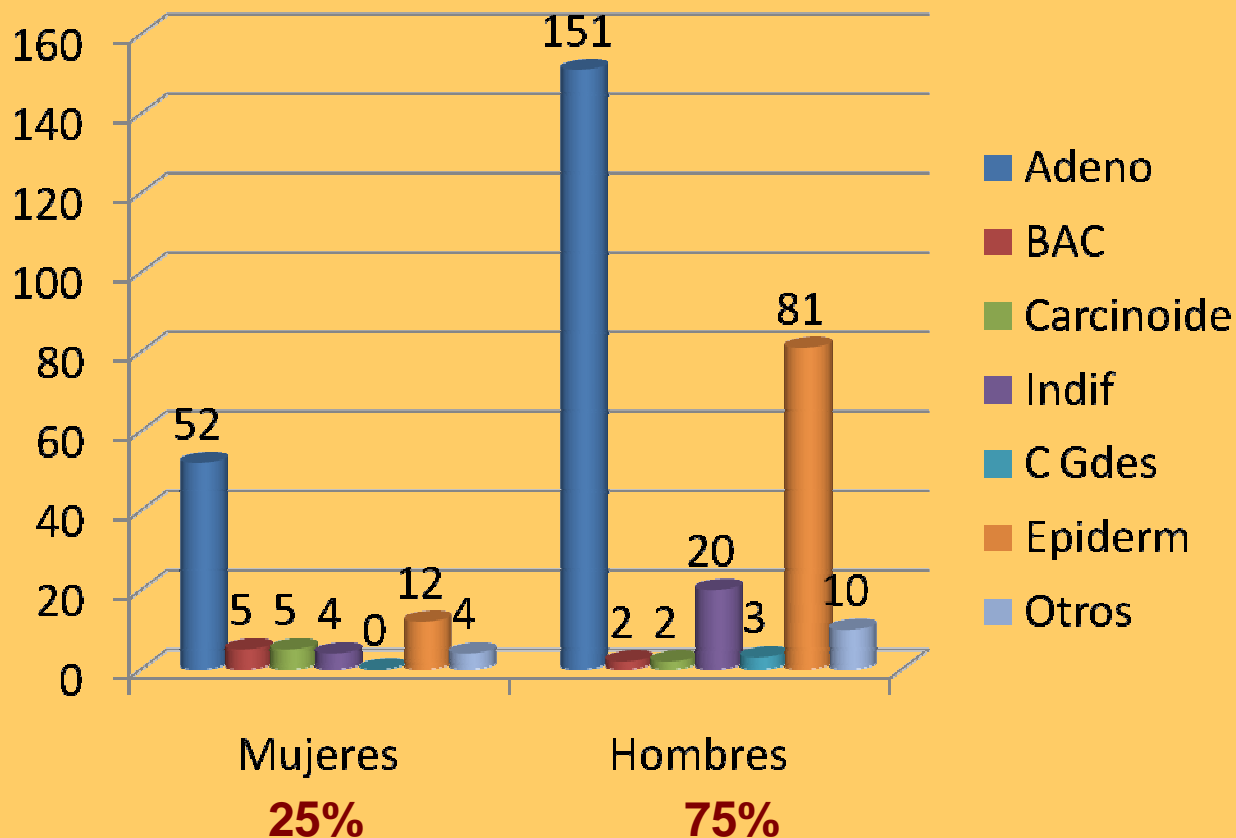
TERCER NIVEL

REHABILITACION



CANCER BRONCOPULMONAR

SEXO x Histología



1 mujer por 3 hombres

CANCER BRONCOPULMONAR

	Adeno	Epidermoide
Hombres	(n=144) 66%	(n=74) 34%
Mujeres	(n=63) 82%	(n=13) 18%

1,94 : 1

4,55 : 1

Chi square test **p = 0,0056** DF: 1

Pacientes operados y resecaados (n = 294)

1 mujer por 3 hombres

CANCER BRONCOPULMONAR

SUPERVIVENCIA

MUJERES

LO 95% CI	1023.8
MEAN	1328.4
UP 95% CI	1633.1
SD	1126.9
VARIANCE	1.270E+06
SE MEAN	151.96
MINIMUM	4.0000
1ST QUARTI	398.00
MEDIAN	1131.0
3RD QUARTI	2069.0
MAXIMUM	5246.0
SKEW	1.1265
KURTOSIS	1.3874

HOMBRES

LO 95% CI	833.52
MEAN	1027.2
UP 95% CI	1220.9
SD	1338.9
VARIANCE	1.793E+06
SE MEAN	98.173
MINIMUM	1.0000
1ST QUARTI	160.75
MEDIAN	508.00
3RD QUARTI	1449.3
MAXIMUM	6604.0
SKEW	2.1022
KURTOSIS	4.1886

1 mujer por 3 hombres

(n=241)



CANCER BRONCOPULMONAR

BIBLIOGRAFÍA: EHH

1960 “Cáncer Broncopulmonar. Formas clínicas de iniciación aparente”.

Tesis de Doctorado. Fac de Medic Univ Bs As. Biblioteca Central

1 mujer por 10-12 hombres

1991. “Cáncer de pulmón. Relación entre el tamaño ganglionar e invasión Neoplásica en pacientes resecados con RO”.

Rev Argent Cirug. 60(5):166-174

1 mujer por 10 hombres

1992 “Neadjuvancia en cáncer de pulmón a no pequeñas células”.

Rev Asoc Med Argent , 105 (5): 1-4

Ninguna Mujer

2003 “Cáncer de Pulmón” (Libro Multimedia en CDRoom) Asoc Med Argent; Bibl Med Digital-PLEMED.

2010 “CANCER DE PULMÓN EN LAS MUJERES” Rev Asoc Méd Argent.

2010.Vol 123. (2) 3-5.

1 mujer por 3 hombres

2012 CONSENSO NACIONAL INTERSOCIEDADES sobre CARCINOMA DE PULMÓN no células pequeñas.



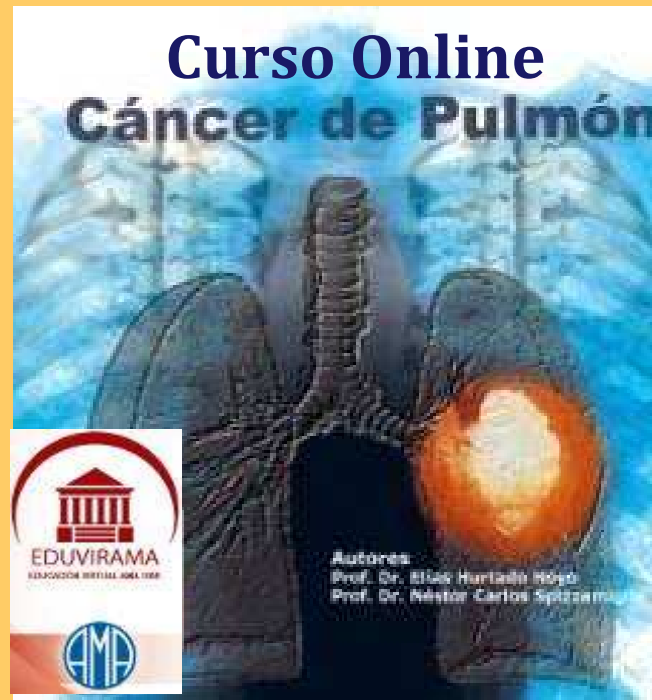
CANCER BRONCOPULMONAR

EDUVIRAMA

PROGRAMA LATINOAMERICANO DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

BIBLIOTECA MEDICA DIGITAL EN CDROM

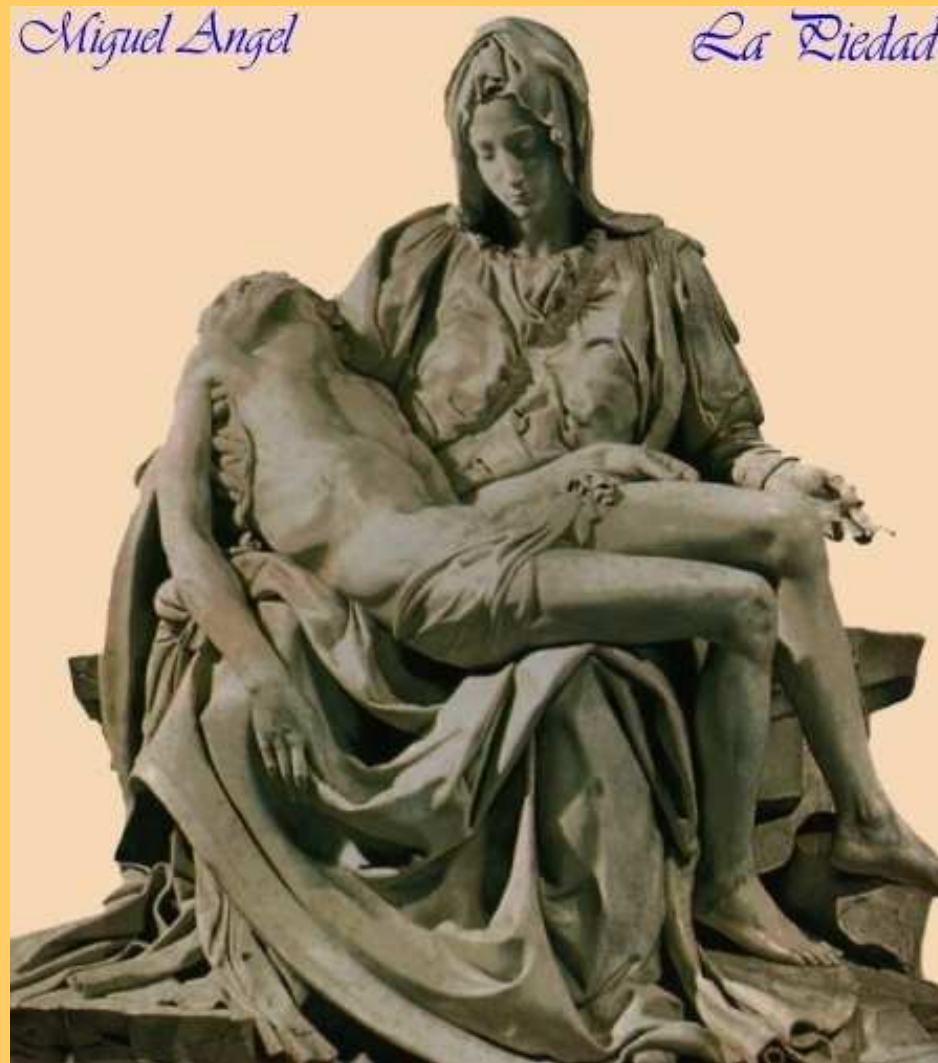
1996-2012



85 libros electrónicos multimedia
42.000 imágenes con locución - 915 videos
1100 autores nacionales – 359 extranjeros

EDUVIRAMA : www.ama-med.org.ar

CANCER BRONCOPULMONAR



Muchas gracias