

El cáncer de mama es la neoplasia de mayor incidencia en la mujer a nivel mundial

Prevención y tratamiento del **cáncer de mama**



Dr. Eduardo Musetti
Ginecólogo - Mastólogo

“El cáncer de mama se encuentra asociado a un fenómeno de urbanización, siendo en la actualidad del orden de 630 muertes anuales en todo Uruguay, lo que lo ha colocado entre los países con más alta tasa de mortalidad a nivel internacional”.

En la última década, en Uruguay, se han diagnosticado alrededor de 2.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 30% de todos los tumores femeninos. La mortalidad también es muy frecuente por esta enfermedad y tuvo un incremento sostenido entre 1953 y 1991, siendo en la actualidad de 25 por 100.000 mujeres.

La cifra absoluta se duplicó de 300 a 600 casos de muerte en menos de 40 años, siendo en la actualidad del orden de 630 muertes anuales en todo Uruguay. Estas cifras de incidencia y mortalidad lo han colocado entre los países con tasas más elevadas a nivel internacional.

Al igual que sucede en otros países, en Uruguay el cán-

cer de mama se encuentra asociado a un fenómeno de urbanización, y es por esto que dentro del esquema sanitario nacional, el mutualismo y/o seguros de salud, concentran cerca del 80% de los casos, con un predominio claro entre las clases socio-económicas-culturales, media y media-alta. Además, dentro de nuestro propio país hay una mayor prevalencia en la capital y departamentos del sur, incluso en Montevideo, hay mayor incidencia en la franja costera sur este del departamento.

Prevención primaria

Una posible influencia de factores locales de Uruguay en población inmigrante es planteada en estudios de 1990 que detectaron aumento de riesgo para esas poblaciones emigradas con respecto a sus naciones europeas de origen.

El rol de algunos factores epidemiológicos ligados a la historia gineco-obstétrica como la historia menstrual y reproductiva, el antecedente de cáncer de mama en primer grado, la menarca precoz, la menopausia tardía, historia de mastopatías crónicas, la obesidad de tipo androide (masculina) y los antecedentes de otras neoplasias de origen ginecomamario, han sido estudiados exhaustivamente. Con respecto a una causa alimentaria, se sabe que aunque la dieta involucra elementos cuya participación como factor de riesgo está en discusión, se ha aceptado el consumo de frutas y vegetales como protector y el consumo excesivo de carne vacuna, sobre todo en las modalidades de asada y frita, como asociadas a un aumento de riesgo para desarrollar cáncer de mama. Esto nos habilita a plantear posibles acciones de prevención primaria en nuestro medio dado las características del consumo dietario de nuestra población, con altos niveles de carnes rojas y grasas de origen animal y bajos consumos de vegetales y frutas. Algunos estudios más recientes han asociado un riesgo aumentado también al consumo elevado de leche entera, leche chocolatada y algunos tipos de quesos más grasos. También el consumo de pollo con pie, y pescado frito. El sedentarismo, considerado como la realización diaria de menos de 30 minutos de actividad física, la obesidad, factores metabólicos, insulinoresistencia, diabetes, dislipemias, stress y otros, también han sido estudiados y deben ser corregidos.

Prevención secundaria

Como en todos los países donde el cáncer de mama es un problema sanitario relevante, en Uruguay se han puesto en marcha mecanismos referentes a la prevención secundaria, que son los únicos que realmente han demostrado hasta ahora impacto sobre la mortalidad y están referidos a mecanismos de tamizaje o screening. Esto se viene desarrollando en Uruguay desde 1991 por el **PRONACAM** (Programa Nacional de Cáncer de Mama) que alcanza a la población dentro de la franja de los 30 a 65 años.

No obstante las recomendaciones existentes, en nuestra práctica diaria como mastólogos, destacamos los aspectos que consideramos útiles para la detección y tratamiento precoz de esta enfermedad:

- 1) **Autoexamen mamario:** si bien sabemos que este método tiene un alcance limitado, debemos enseñarles a todas las mujeres, ya desde su adolescencia, a conocer y explorar sus mamas.
- 1) **Estudios imagenológicos de screening:** como regla general, una mamografía anual



a partir de los 35 años. Desde esta edad, en general, hay una disminución de la fibrosis mamaria juvenil que permite la realización de la mamografía. En caso que sea necesario se puede asociar la ecografía mamaria. Tampoco nos parece que solo deba hacerse hasta cierta edad, creemos que toda mujer tiene el derecho a realizarse una mamografía mientras tenga una situación de salud favorable.

Cuando exista un familiar directo (madre o hermana) con cáncer de mama, debemos realizar el primer estudio 10 años antes de la edad de aparición en ese familiar.

- 1) **Citología y/o histología:** en los casos de nódulos palpables, aunque no tengan traducción mamográfica o ecográfica, igualmente deberán ser estudiados por punciones citológicas con aguja fina o muestras histológicas por biopsias core.

El cáncer de mama debe ser considerado una enfermedad crónica

Tratamiento

El objetivo principal de todo tratamiento oncológico es lograr el control loco-regional de la enfermedad y prevenir la aparición de metástasis a distancia.

Control loco-regional

El tratamiento de primera elección es la **cirugía**, siempre que sea posible, y la magnitud de la misma dependerá del tamaño tumoral y su ubicación dentro de la mama. Desde el siglo 19 y hasta mediados del siglo 20, se reali-

sarrolla el GANGLIO CENTINELA aplicado al cáncer de mama.

Esta técnica ya se estaba aplicando para los melanomas de piel, y se basa en el concepto que la diseminación por vía linfática de los tumores, por ejemplo de mama, siguen un trayecto conocido e ingresan a la región axilar por uno o más ganglios llamados CENTINELAS. Por una inyección previa a la cirugía de un radio trazador (albúmina marcada con Tc 99), se pueden marcar el o los ganglios centinelas y con un detector el cirujano mastólogo los puede resear en forma selectiva y solamente si el



zaban cirugías radicales, **verdaderas mutilaciones**, según la técnica descrita por Halsted, que reseca toda la mama, la totalidad de los ganglios axilares homolaterales y los músculos pectoral mayor y menor. La idea en ese momento era erradicar el tumor, el órgano que le dio origen y su principal vía de diseminación.

En la segunda mitad del siglo pasado, basados en los estudios del profesor Veronesi, de Milán, Italia, y luego de Fisher, de USA, se pudo demostrar que en ciertos tumores de pequeño o mediano tamaño, con una relación tumor/ mama adecuada, se obtenían iguales índices de curación, con cirugías que solo extirpaban el tumor con un margen sano a su alrededor y la extirpación de los ganglios axilares, seguidas de radioterapia, que con la extirpación de toda la mama. Está totalmente demostrado entonces, que cuando es posible, una **cirugía conservadora** seguida de un plan adecuado de radioterapia, obtiene a mediano y largo plazo índices de mortalidad similares.

En 1985, nuevamente el Profesor Veronesi da un paso más en pos de la reducción de la cirugía mamaria y de-

patólogo nos informa que son patológicos completamos la resección de la totalidad de los ganglios; pero para tumores pequeños, menores a 3 cm, se evitarán alrededor de 70 vaciamentos axilares de cada 100 mujeres portadoras de cáncer de mama.

Es por esto que en la actualidad solo realizamos cirugías radicales en casos de tumores muy grandes, o con ubicaciones retroareolares, o en mamas muy pequeñas, donde luego de la resección del tumor no nos queda suficiente tejido mamario remanente para ofrecer un buen resultados cosmético, **pero siempre que sea posible le ofrecemos a la paciente la posibilidad de realizarse reconstrucción inmediata o diferida**, ya que consideramos de vital importancia el impacto psicológico que sufre una mujer con la pérdida de este órgano, que reviste importancia suprema en varios aspectos, como los maternos, estéticos y sexuales.

Control sistémico

Otras herramientas para el tratamiento del cáncer de mama, con fundamental impacto sobre todo el organismo, ya sea en el control de metástasis a distancia o la

prevención de las mismas, son la **quimioterapia y la hormonoterapia**.

De acuerdo a la variedad histológica de cada tumor, podrán ser aplicados distintos tipos de tratamientos llamados ADYUVANTES, que al igual que la radioterapia, intentan complementar el tratamiento quirúrgico.

El informe anatómo patológico también nos brinda datos de los receptores hormonales que tienen los tumores frente a los ESTRÓGENOS Y PROGESTERONA. De acuerdo a esto, se podrá plantear tratamientos de hor-



monoterapia específicos.

Ya en forma más reciente, han sido múltiples los avances en otros marcadores tumorales moleculares, como por ejemplo el HER 2, entre otros, que abren gran expectativa para futuros tratamientos direccionados a **BLANCOS MOLECULARES** específicos para cada tumor.

No podemos dejar de resaltar, además, que el cáncer de mama debe ser considerado una **enfermedad crónica** y por lo tanto una paciente que fue tratada por un cáncer de mama debe recibir controles de por vida, apoyo psicológico, y en este aspecto destacamos la formación de organizaciones de mujeres que han padecido la enfermedad y que ahora en etapa de remisión aportan toda su experiencia y vivencias para ayudar a otras que recién están sufriendo el impacto del diagnóstico y tratamiento.

Es importante destacar que, por lo expuesto, nuestras autoridades sanitarias nacionales están abocadas a reforzar las campañas de prevención primaria y fundamentalmente secundaria, con el objetivo de lograr mejores índices de curación y disminuir la morbilidad de la mujer uruguaya.

El cáncer de mama en el mundo en general y en Uruguay en particular, es la neoplasia de mayor incidencia en la mujer,

Uruguay como país, está formando parte de un estudio multinacional, en conjunto con otros 4 países latinoamericanos, (Argentina, Brasil, Chile y México) con la financiación y supervisión del NCI (Instituto Nacional de Cáncer) de USA.

El objetivo es estudiar y conocer más a fondo sobre los tipos de cáncer de mama de las mujeres latinoamericanas y, por lo tanto, elaborar planes de tratamiento específicos que redunden en un mayor beneficio para las mismas y los servicios sanitarios de cada país.

Se están estudiando y tratando en forma protocolizada mujeres portadoras de cáncer de mama en estadios 2 y 3 durante 5 años para poder sacar conclusiones significativas que puedan marcar pautas de tratamiento específicas.

Uruguay está participando con 4 centros, HOSPITAL DE LA MUJER DEL PEREIRA ROSSELL, HOSPITAL DE CLÍNICAS, INSTITUTO DE ONCOLOGÍA y HOSPITAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, y se propuso aportar entre 40 y 50 casos por año para este proyecto.

En resumen

El cáncer de mama en el mundo en general y en Uruguay en particular, es la **neoplasia de mayor incidencia en la mujer**, con elevados índices de morbilidad y mortalidad, con una tasa de prevalencia que ha ido en aumento en los últimos años, y con una tasa de mortalidad que afortunadamente parece estar descendiendo en la actualidad.

Como vimos, los factores de **prevención primaria** no parecen ser muy efectivos y es en la **prevención secundaria** donde debemos apostar todos nuestros esfuerzos para lograr diagnósticos más tempranos que conlleven tratamientos más conservadores y cosméticos, con mayores tasas de sobrevida a largo plazo y menores índices de morbilidad.

La cirugía sigue siendo el GOLD STANDARD para el tratamiento siempre que sea posible, y la radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia deben ser aplicadas como complemento de la cirugía, cuando estén indicadas.

Los recientes avances en terapias moleculares parecen ser la esperanza para nuevos y específicos tratamientos, pero aún están en plena etapa de desarrollo.