

V CONGRESO VENEZOLANO DE MASTOLOGIA

V CURSO DE LA ESCUELA LATINOAMERICANA DE MASTOLOGIA



Dr. Edgardo Bernardello
Disección Axilar. Presente y Futuro

¿Qué va a pasar con la axila cuando llegue el próximo milenio?

Actualmente, la cirugía de la axila es el factor de mayor perturbación en la mujer intervenida debido a un cáncer de mama. Por lo tanto, si es posible evitar la cirugía de las axilas que no se encuentren comprometidas, ello representaría un importante avance en el tratamiento localizado de este tipo de cáncer, pues al actuar exclusivamente sobre la mama, se reduciría en forma considerable la morbilidad.

Así inició su primera ponencia ayer en la mañana, el Dr. Edgardo Bernardello, profesor titular de Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Argentina), Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Piñero de esa misma ciudad, ex-Presidente de la Sociedad Argentina de Mastología y ex-Director de la Escuela Argentina de Mastología.

En cuanto las técnicas disponibles, el Dr. Bernardello señaló que, hoy por hoy, la más utilizada es la del ganglio centinela, la cual consiste en detectar y estudiar al ganglio afectado o al próximo, gracias a un contador o un medio de contraste. Este ganglio centinela puede constituir un marcador del resto de la axila.

"En Argentina, al igual que en Venezuela, hemos comenzado a realizar esta técnica a finales del año pasado, por lo tanto estamos juntando experiencia. En otros países cuentan con un poco más de tiempo aplicando la técnica, pero todavía estamos en proceso de definición en cuanto al futuro de la axila.

Nuestra meta consiste en no requerir detectar un ganglio centinela, sino encontrar otros marcadores, moleculares, bien sea en la mama o en la propia sangre, a fin de evitar intervenir a la axila" acotó el Dr. Bernardello.

Cáncer de Mama No Palpable

"Todos los que hacemos Mastología buscamos el

carcinoma no palpable, a través de mamografías, con la finalidad de brindarle mayor posibilidad de sobrevida a la paciente". Aunque esto no representa ninguna novedad, el Dr. Bernardello recalcó que los especialistas deben insistir en que sus pacientes, por encima de los 45 años de edad, se realicen estudios mamográficos de rutina cada año.

"Además debemos concientizar a nuestros colegas de la Medicina, que no hacen Mastología, a fin de que soliciten una mamografía anual a sus pacientes, con la finalidad de realizar un verdadero despistaje del carcinoma de mama no palpable y aumentar realmente la sobrevida."

El Dr. Bernardello comentó que cuando el cáncer no palpable es invasivo, se presenta un compromiso no despreciable de la axila, pues está por encima del 12%, lo cual obliga a realizar disecciones axilares. "Por lo tanto, estamos utilizando la técnica del ganglio centinela, con el objetivo de evitar vaciamientos axilares cuando la axila es negativa. Sin embargo, lo importante de este tipo de carcinoma es detectar las lesiones lo más pequeñas posible, pues son las que permiten la mayor probabilidad de sobrevida".

En cuanto al tratamiento, señaló que el mismo no ha variado, si el carcinoma lo permite se continúa realizando resección local y si la extensión es demasiado grande, tal como ocurre en algunos cánceres intraductales, se hace la mastectomía. En la actualidad, se está intentando aplicar tratamiento sistémico en cánceres de menores tamaños y este año se publicó un trabajo sobre terapia sistémica con Tamoxifeno para algunos carcinomas intraductales; sin embargo, todavía está planteada una discusión al respecto. "Las ventajas de este tipo de tratamiento podrían ser una mejoría en cuanto a recidivas del cáncer tanto invasor como no invasor, y disminución de las posibilidades de carcinoma bilateral" acotó el Dr. Bernardello.

**SOCIEDAD VENEZOLANA
DE MASTOLOGIA**

**Junta Directiva
1997-1999**

Presidente

Dr. Pedro Martínez Latuff

Vice-Presidente

Dr. Eduardo Undreiner

Secretario

Dr. Ricardo Paredes

Sub-Secretario

Dra. María Aguilera

Tesorero

Dr. Alvaro Gómez

Bibliotecario

Dr. Nelson Hamana

Vocal

Dra. Mariela Salazar

Comité Científico

Dr. Luis Betancourt

Dra. Anelisa Careddu

Dra. Urmila Dos Ramos

Dr. Dimas Hernandez

Dra. Morella Rebolledo

Dr. Alberto Urdaneta

Dr. Jorge Pérez

Dr. Augusto Tejada

Dr. José R. Troconis

TIPS

*Organo Divulgativo Oficial del
VI Congreso Venezolano de
Mastología*

Editor:

TIPS Servicios Informativos, C.A.

Dirección General y Redacción:

María Ximena Sánchez Aquique

Diseño Gráfico:

María Cristina Rico

TIPS Servicios Informativos, C.A.

Tlfs.: (02) 992.76.72 / 993.28.37

Fax: (02) 992.62.71

Se prohíbe la reproducción total o parcial
de este material sin la debida autorización
del editor.

Dr. Enrique Aguilar

En Honor a las Tetras de María Guevara

Para el Dr. Enrique Aguilar, Presidente del Comité Local de este evento y miembro fundador de la Sociedad Venezolana de Mastología, la importancia de realizar el último congreso del milenio en la Isla de Margarita está dada por varias y hermosas circunstancias.

En primer término, Las Tetras de María Guevara fueron declaradas monumento nacional, y aunque tienen una connotación de leyenda, ciertamente los dos cerros existen y tienen forma de mama. "Los poetas les han creado versos, los cantores le han hecho música y todo esto nos llevó a pensar en que debíamos hacer un evento de esta importancia científica en honor a ese monumento natural" comentó el Dr. Aguilar.

Otro de los puntos de gran relevancia, lo constituye la necesidad de nuestros especialistas de actualizarse permanentemente y, que debido a la situación económica no pueden viajar a otros países. De esta forma cuentan una excelente fórmula de actualización. "La calidad de los expositores internacionales es de la mayor envergadura, con lo cual está siendo posible abordar todos los aspectos de la patología mamaria, diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, evolución, quimioterapia y radioterapia".

Por otra parte, Margarita ocupa el segundo lugar entre las regiones venezolanas con mayor incidencia y mortalidad de cáncer de mama, y de esta forma los especialistas locales podrán comprender mejor la posibilidad de realizar diagnósticos más precozmente e iniciar ciclos de prevención especialmente en la población de mayor riesgo.

"Tenemos que aumentar la sobrevida de nuestras pacientes, pues la mujer es el pilar fundamental de la familia venezolana. Con este tipo de eventos contribuimos a que la sociedad no se desmorone, pues buscamos la forma de que la madre no falte en su familia.

Por último, quisiera agradecer a todos los delegados internacionales y de nuestro país, por su asistencia y participación. Aprovechen para actualizarse y disfrutar de nuestra bella Isla de Margarita" finalizó el Dr. Aguilar.

FARMORUBICIN®

(epirubicina)



Pharmacia & Upjohn

La opción de sobrevida en cáncer de mamas

Dr. Pedro Martínez Latuff
**Requerimos de una Política de
 Estado en Prevención**

"En la actual situación de la Mastología a nivel mundial, para los venezolanos es de gran importancia poder compartir con eminentes especialistas de diferentes países. Además este congreso representa una muy buena forma para culminar nuestra labor como Junta Directiva", expresó el Dr. Martínez Latuff, presidente de esta sociedad científica.

Este tipo de encuentros permiten confraternizar, intercambiar ideas y actualizar conceptos, además brinda una visión completa respecto a cómo será la Mastología del próximo milenio.

"Siendo que en Venezuela el cáncer de mama es un problema de salud pública y la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres venezolanas, desafortunadamente se diagnostica tardíamente, a tal punto que en nuestros hospitales de referencia recibimos un 50% de mujeres con estados avanzados de enfermedad. Por lo tanto éste será un punto importante a tratar durante el evento, pues se dará una visión en cuanto a las metodologías para detectar precozmente lesiones subclínicas no palpables" comentó el Dr. Martínez, al señalar que entre las razones por las cuales el porcentaje de cánceres avanzados es tan alto radican en desinformación por parte de la paciente y falta de una política de Estado coherente.

Otro de los temas importantes será la quimioprevención, con la cual, al parecer, es posible prevenir el cáncer de mama en un 50% aproximadamente. La misma consiste en la administración de Tamoxifeno en dosis de 10 - 20 mg/día, por un tiempo bastante prolongado. Su efecto sobre la glándula permite no sólo atenuar el cáncer sino prevenir la aparición del cáncer contralateral, lo cual están siendo demostrado en grandes trabajos de investigación.

"Desafortunadamente, la situación económica de nuestro país encarece cada día más las drogas quimioterapéuticas y los aparatos de última generación necesarios para hacer diagnósticos, por lo cual en ninguno de los centros hospitalarios donde se trata cáncer se cuenta con estos requerimientos, lo cual podría mejorarse si se implementara una política de Estado para realizar detección precoz" acotó el Dr. Martínez.

Finalmente, comentó "...nos sentimos realmente satisfechos de haber culminado nuestra gestión ante la Junta Directiva de la Sociedad por este período. Este Congreso está siendo todo un éxito, pues logramos reunir a varios especialistas del exterior de la más alta calidad que nos están permitiendo, junto a los especialistas venezolanos, intercambiar ideas. Sean todos bienvenidos".

Dr. Carlos Sánchez Basurto
**Perspectivas terapéuticas en el
 carcinoma in situ**

Cuando se logra el diagnóstico del carcinoma mamario in situ, las probabilidades de erradicarlo sobrepasan el 95%, de allí que éste haya sido uno de los temas que se plantearon ayer durante el Curso pre congreso de la Escuela Latinoamericana de Mastología, el cual estuvo a cargo del Dr. Carlos Sánchez Basurto, quien tiene 35 años dedicado a la Mastología, fundó la Sociedad Mexicana de Mastología y actualmente es el Presidente de la Sociedad Internacional de Senología, la cual está organizando un congreso mundial que se realizará en Cancún del 13 al 18 de mayo del 2000.

"El proceso degenerativo del cáncer comienza por una célula dentro de un conducto o lóbulo de la unidad productora de la glándula mamaria, desde allí se inicia la proliferación celular hasta romper el tubo donde se forma, entonces se convierte en cáncer invasivo. Mientras la estructura no se rompe, estamos frente a un carcinoma in situ, es decir, que se encuentra dentro de su punto de partida" explicó el Dr. Sánchez B.

Cuando las células rompen la pared pasan a la sangre o a los conductos linfáticos y se ubican en los ganglios regionales de la axila o forman nuevos nidos de células

tumorales en un lugar distante, como el hueso, pulmón, cerebro e, inclusive, la otra glándula. Por lo tanto, lo fundamental es descubrir el tumor lo más precozmente posible.

Ahora bien, si una mujer se logra detectar un tumor, por pequeño que sea, a través de una auto-palpación, significa que dicho tumor es grande en comparación a un carcinoma in situ, ya que éste puede medir entre 1 y 2 mm.

Hasta hace muy poco el carcinoma in situ no era bien conocido y ocasionalmente se podía diagnosticar, pero desde 1985, gracias a la imagenología es posible realizar mamografías, las cuales deben ser practicadas anualmente de rutina en mujeres mayores de 40-45 años de edad.

El advenimiento de la mamografía ha permitido el diagnóstico de una cantidad considerablemente mayor de cánceres in situ, lo cual conlleva a una erradicación del tumor, con preservación de la glándula y, por ende, una mayor sobrevida y mejor calidad de vida para este tipo de pacientes. "Antes veíamos uno o dos carcinomas

FARMORUBICIN®

(epirubicina)



Pharmacia & Upjohn

La opción de sobrevida en cáncer de mamas

in situ de cada 100 casos y actualmente estamos observando 2 de este tipo de cáncer de cada 10 casos.

Por lo tanto nuestras perspectivas se basan en el incremento de esa detección oportuna para poder atacarlo a tiempo, conservando la glándula mamaria”..

En Latinoamérica la cáncer mamario no es más frecuente que en otras regiones como el norte de Europa o en Estados Unidos, sin embargo comparativamente se presenta en edades más tempranas, por lo tanto es recomendable la realización de una mamografía anual, comparable con la del año anterior, a fin de detectar cualquier cambio, explorarlo y tratarlo a tiempo.

Resultados de la cirugía preservadora en estadios I y II

En su segunda intervención, el Dr. Sánchez B. hizo un análisis cualitativo de la situación de los tumores.

Existen dos tipos de tumores: los comedo y los no comedo. Los primeros son más difíciles de controlar y requieren un tratamiento complementario con radiaciones, mientras que en el carcinoma in situ no comedo, la pura extirpación quirúrgica es suficiente.

“Luego del cáncer in situ, que constituye el estadio 0 de los carcinomas mamarios, viene el estadio I, el cual consiste en un pequeño tumor menor a 2 cm, detectable por la propia paciente y que todavía no se ha ramificado a la axila. Los estadios IIa y IIb también son tumores de 2 a 5 cm que presentan un pequeño nódulo tumoral, pero que su invasión axilar no ha sido importante. El abordaje en muchos de estos casos, combina tres técnicas:

extirpación del tumor, resección de los ganglios de la axila y radiación de la glándula mamaria con radiaciones ionizantes. Esta combinación equivale a la extirpación de la glándula mamaria” explicó el Dr. Sánchez B, al señalar que aunque la cirugía radical no requiere radiaciones, es mutilante, a pesar de que se reconstruye luego de la intervención durante el mismo acto quirúrgico. Por lo tanto, es mejor preservar la glándula.

“Si se trata de un tumor en estadio I, que se logra extirpar en su totalidad con márgenes adecuados y no hay ganglios en la axila, las posibilidades de curación están por encima del 90%, lo cual disminuye en forma directamente proporcional al mayor tamaño del tumor o el aumento en la presencia de metastasis en la axila”.

Al extirpar un tumor, es muy importante que la periferia de la zona extirpada tenga tejido circundante sano, pues ello confiere mayor seguridad en cuanto a la probabilidad de recidivas, las cuales disminuyen considerablemente cuando se complementa la intervención con radiaciones.

“Considero que en la medida que eduquemos a la población, a fin de que tome conciencia en cuanto al diagnóstico precoz del cáncer de mama, lograremos una preservación mayor de la glándula mamaria.

Estamos en una buena etapa de transición, cada día se encuentran mayores perspectivas para curar más tempranamente un cáncer, y creo que a futuro lograremos controlarlo en forma más específica, con medidas profilácticas, químicas o genéticas en un futuro lejano” concluyó el Dr. Sánchez B.

Dr. Gerardo Hernández
Mejorando la Educación en Mastología

La Escuela de la Federación Latinoamericana de Mastología, creada por el Dr. Antonio Lorusso, tiene la finalidad de hacer educación médica continua para residentes, médicos generales y ginecólogos jóvenes de las diferentes naciones de este continente, con el objetivo de actualizarlo en cuanto a los avances diagnósticos y terapéuticos de las afecciones mamarias y de esa forma elevar el nivel de la Mastología latinoamericana.

El Dr. Gerardo Hernández, expresidente de las Sociedades Venezolanas de Mastología y Oncología, y Director del Centro de la Unidad de Mastología del Centro Clínico Leopoldo Aguerrevere, coordinó ayer el Curso Pre congreso que constituye el 5to. evento de actualización realizado por esta Escuela Latinoamericana.

El Dr. Hernández señaló que es bien conocido que el cáncer es un problema de salud pública y en Venezuela representa la segunda causa de mortalidad por cáncer en la mujer. Hasta 1990 el promedio de edad de aparición de cáncer en la mujer venezolana era 49-50 años, actualmente es de 38 años, y para el 2016, se estima que sea la primera causa de mortalidad en la mujer venezolana. Todo esto debido al uso indiscriminado de anticonceptivos en mujeres jóvenes y de la terapia de reemplazo hormonal sin un buen estudio de las pacientes, lo cual se une a la gran ingesta de grasas y bebidas alcohólicas. De allí la importancia de realizar un diagnóstico precoz y conocer los grupos de alto riesgo para el desarrollo de cáncer, ya que actualmente es posible prevenir su avance, gracias a la nueva utilidad del Tamoxifeno como quimioprevención.

El Dr. Hernández recordó que las mujeres de alto riesgo son aquellas con familiares de primer grado con antecedentes de cáncer, biopsia con hiperplasia uteroatípica, biopsia con carcinoma lobular in situ, menarquia precoz o menopausia tardía.

Dissección Axilar. Presente y Futuro

Durante la mañana de hoy, el Dr. Hernández planteará la actualidad y perspectivas respecto a la dissección axilar. "Desde 1896, cuando en la Universidad de John Hopkins se ideó la mastectomía radical con dissección axilar como tratamiento ideal del cáncer, este ha sido el

procedimiento estándar, con una modificación realizada en la década de los 60, basada en la preservación de la glándula mamaria, pero manteniendo la dissección axilar con un punto importante de estadificación para administrar terapias combinadas con drogas y hormonas.

Ahora bien, con los nuevos mamógrafos de alta resolución, que permiten detectar lesiones cada vez más pequeñas, y por tanto una posible prevención con parámetros histopatológicos del tumor, se ha puesto en entredicho la dissección axilar".

Sin embargo, hace 15 días, la Revista Surgery publicó un trabajo retrospectivo del Colegio Americano de Cirujanos, en el cual se estudiaron más de 40.000 mujeres, demostrando que la dissección axilar mejora la sobrevida de las pacientes, a pesar de la quimio y radioterapia. "Por lo tanto, el presente de la dissección axilar radica en que si existen ganglios, los mismos requieren dissección funcional, conservando los nervios para reducir la morbilidad" acotó el Dr. Hernández.

El futuro está en la determinación del ganglio centinela, el cual constituye el primer lugar de la axila donde la célula, luego de salir de la mama, se deposita y crece. Esto es posible con una inyección de Tecnesio 99 en sulfuro coloidal alrededor del tumor y la colocación de azul de isosulfan 20 minutos antes de operar. "Con la biopsia de la mama, se hace una pequeña incisión en la axila y con un contador de radioactividad se mide desde la mama hasta la axila, a fin de determinar centelleo en la mama y el punto más caliente. Con el contador abrimos la axila y observamos si el ganglio se tiñe de azul, de ser así, lo extraemos para realizar la biopsia correspondiente y además detectamos si existe más centelleo, lo cual indicaría la presencia de un segundo ganglio centinela" explicó el Dr. Hernández.

Si la biopsia es negativa no se realiza vaciamiento axilar. De esta forma, es posible realizar un vaciamiento axilar selectivamente, reduciendo así la morbilidad, ya que si el ganglio capta el tinte ello no significa que necesariamente sea un tumor, es sólo la primera referencia del mismo.

FARMORUBICIN[®]

(epirubicina)



Pharmacia & Upjohn

La opción de sobrevida en cáncer de mamas

Dr. Alfredo Carlos S. D. Barros
Ganglio Centinela. Significación.
Aspectos Clínicos

“Considero que el ganglio centinela representa el avance más importante en la cirugía de mama, desde 1981, cuando el Dr. Veronesi y su grupo, en Milan - Italia, publicaron su experiencia con cirugía conservadora. Ante la detección del ganglio centinela creo que no hay motivos para realizar una disección axilar completa en tumores pequeños, pues en la mayoría de estos casos la axila no está comprometida quirúrgicamente. Por lo tanto debe retirarse exclusivamente el ganglio centinela y si el mismo está comprometido, entonces disecar el resto de la axila”. Así lo expresó el Dr. Alfredo Carlos S. D. Barros, presidente de la Sociedad Brasileira de Mastología, quien participó ayer con varias ponencias en el curso de la Escuela Latinoamericana de Mastología.

El Dr. Barros planteó las técnicas disponibles para la identificación del ganglio centinela y señaló que su preferencia está en la técnica de Medicina Nuclear con la linfocentinelografía con Tecnesio. En la Universidad de Sao Paulo, donde trabaja el Dr. Barros, cuentan con una pequeña experiencia de un poco más de 50 casos, la cual genera buenas expectativas en la detección de tumores de hasta un centímetro de diámetro, pues la concordancia del ganglio centinela con la axila ha sido total. “Por lo tanto, en tumores pequeños no estamos disecando la axila, sólo el centinela”.

Según el Dr. Barros, la linfocentinelografía brinda una serie de ventajas frente otras técnicas de coloración, ya que permite mayor tasa de identificación del centinela y detectar otras vías de drenaje no axilares, como la cadena mamaria interna. Además, con Tecnesio es posible realizar simultáneamente la técnica del ROLL (radioidentificación de identidades sub-clínicas) y la identificación del centinela.

Terapia Hormonal de Reemplazo y Cáncer de Mama

Las cifras continúan confirmando que el cáncer de mama es un grave problema de salud pública, pues una de cada nueve estadounidenses lo padecen y en Brasil una de cada veinte.

Ahora bien, existe una gran preocupación en cuanto a

la ventaja de suministrar hormonas a este tipo de pacientes, pues teóricamente influyen en forma negativa. Sin embargo, debido al incremento en la esperanza de vida de la población, hay que considerar que en la actualidad la mitad de la vida de las mujeres transcurre luego de la menopausia y requieren una buena calidad de vida, para lo cual es muy útil la terapia de reemplazo hormonal. “Hace 20 años, los investigadores comenzaron estudios a este respecto, y actualmente podemos afirmar que la terapia de reemplazo hormonal produce sólo un discreto aumento del riesgo relativo, el cual se incrementa de 1.0 a 1.14. Ante este mínimo ascenso del riesgo relativo para cáncer de mama y las grandes ventajas que brinda a la calidad de vida de la mujer, considero que es válido y útil administrar terapia de reemplazo hormonal a las mujeres postmenopáusicas” acotó el Dr. Barros.

Respecto a la aplicación de este tipo de terapia en mujeres con cáncer de mama previo no existen conclusiones y la controversia persiste. “Aunque estamos observando que el problema no es tan grande, considero que debemos tener cautela. Tenemos que evaluar muy bien el balance riesgo/beneficio, ya que si la paciente presenta una alta probabilidad de desarrollar osteoporosis o coronariopatías podría administrársele hormonas. Sin embargo, como plantea el primer principio de Descartes: hay que dudar de todo antes de que se haya probado que es seguro. Hasta ahora, aunque recientes evidencias epidemiológicas sugieren que la terapia hormonal en mujeres que han sufrido cáncer de mama brinda seguridad, todavía faltan muchas pruebas para confirmarlo” acotó el Dr. Barros.

Por último, comentó que no considera tan riesgoso administrar hormonas en pacientes que han sufrido de un carcinoma mamario, mientras que por el contrario, mujeres sanas con alto riesgo de padecer de este tipo de carcinoma, el peligro es considerablemente más elevado. “En mujeres con hiperplasia típica en biopsia previa, neoplasia lobular in situ o con hermanas o madres que lo hayan padecido, debe administrarse una alternativa no hormonal como Tamoxifeno”.



Xeloda®

Capecitabine la Nueva Fluoropirimidina
Oral Tumoractivada Selectivamente



PRODUCTOS ROCHE, S.A.
Edificio Roche, Av Diego Cisneros, Los Ruices
Caracas 1071 - Venezuela
Teléfono: 02 239.51.11, Fax 235.14.18
Producto de Servicio