

# VII CONGRESO VENEZOLANO DE MASTOLOGIA



SOCIEDAD  
VENEZOLANA  
DE MASTOLOGIA

## QUIMIOTERAPIA PRIMARIA ¿CUÁNDO Y CÓMO?

Dr. Gumersindo Pérez Manga

La primera intervención del Dr. Gumersindo Pérez Manga, Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital "Gregorio Marañón" de Madrid, España, durante el día de ayer versó sobre cuándo y cómo administrar quimioterapia primaria, incluyendo consideraciones respecto al uso de taxanos y los factores predictores de respuesta.

Aseveró que el tratamiento primario en los casos operables logra disminuir de forma contundente el número de pacientes que conservan la mama y posiblemente mejora el tiempo de aparición de la progresión. Lamentablemente, hasta ahora, no se ha demostrado que la quimioterapia primaria permita aumentar la sobrevida, pero sí ha reportado que la conservación de la mama se incrementa en un 10-15% en comparación con los grupos que no reciben tratamiento previo.

En cuanto a los factores predictores de respuesta para estos casos, el Dr. Pérez Manga señaló que los mismos son: el tamaño del tumor, la cantidad de ciclos administrados y la sobre-expresión del HER-2.

Respecto a los taxanos, planteó que estas drogas están demostrando mayor eficacia que las combinaciones clásicas como AC o FAC. Esto implicaría que podrían incrementar la cantidad de pacientes sometidas a terapia posterior conservadora, en sustitución de la resección total de la mama. "Aunque todavía es muy temprano para predecir modificaciones en el pronóstico de supervivencia y posiblemente no la modifiquen, lo que sí se puede afirmar es que aumentarán el número de pacientes susceptibles a ser tratadas con terapia conservadora de la mama" explicó el Dr. Pérez Manga.

### QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA

En su segunda intervención del día de ayer, el Dr. Pérez Manga presentó las siguientes conclusiones:

- 1.- La quimioterapia ha demostrado mejoría en la supervivencia libre de enfermedad y global en pacientes menores de 70 años de edad.
- 2.- La poliquimioterapia es mejor que la monoterapia.
- 3.- De 4 a 6 ciclos de tratamiento parecen suficientes, pero no se descarta que terapias más prolongadas sean mejores.
- 4.- Los datos disponibles confirman que los regímenes con adriamicina producen un beneficio modesto pero estadísticamente significativo en la sobrevida.
- 5.- No hay estudios comparativos de CA vs. FAC o FEC, con el objetivo de definir el mejor régimen de tratamiento.
- 6.- No hay evidencias respecto a que la quimioterapia intensiva sea superior a la estándar, por lo cual aquella sólo debe administrarse en el marco de ensayos clínicos.
- 7.- Hasta el momento, no hay bases clara para recomendar el uso de taxanos en el tratamiento adyuvante. En pacientes con RE+, la quimioterapia debe estar seguida por tamoxifen, debido su impacto en la supervivencia.
- 8.- Hasta ahora, no disponemos de datos convincentes que soporten el uso de factores biológicos conocidos en las decisiones terapéuticas.
- 9.- Es aceptable aplicar quimioterapia en tumores con más de 1 cm de diámetro en pacientes con N+ y N-.
- 10.- En los tumores menores de 1 cm y N-, la decisión de aplicar quimioterapia debe individualizarse.
- 11.- Los tumores N- con histología favorable pueden no necesitar tratamiento adyuvante.
- 12.- No hay datos respecto al tratamiento adyuvante en pacientes mayores de 70 años de edad, aunque parece producir incremento de supervivencia. Debe analizarse la co-morbilidad de estas pacientes.

En cuanto a los beneficios de la quimioterapia en el incremento de la sobrevida, el Dr. Pérez Manga planteó que en la década de los 70 el CMF logró un aumento del 11%; en los años 80, el ADM agregó un 5%; mientras que en los 90, los taxanos incrementaron la expectativa de vida de estas pacientes en un 5% más.

**JUNTA DIRECTIVA**

DR. LEOPOLDO MORENO B.  
Presidente

DR. RICARDO PAREDES H.  
Vice-presidente

DR. ALBERTO CONTRERAS  
Secretario

DR. GABRIEL ROMERO  
Sub-Secretario

DR. GONZALO BARRIOS  
Tesorero

DR. RAFAEL COUTINHO  
Bibliotecario

DR. LUIS GUILLERMO TORRES S.  
Vocal

**T · I · P · S**

**ORGANO DIVULGATIVO  
OFICIAL DEL  
VII CONGRESO  
VENEZOLANO DE  
MASTOLOGIA**

**EDITOR**

TIPS Servicios Informativos c.a.

**DIRECCION GENERAL Y REDACCION**

Ximena Aquique

**DISEÑO GRAFICO**

Dayddy Gil

**ASISTENTE DE OPERACIONES**

Yackeline Rangel

**IMPRESION**

Ameco

TIPS SERVICIOS INFORMATIVOS, C.A.

Telefax: (0212) 753.61.68 / 753.82.85 / 753.41.65

Cel.: 0412.225.16.62

e-mail: tipsca@tipsinformativos.com

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

Todo esto da un total de 21%, siendo que todavía no se conoce cuál va a ser el beneficio aportado por los anti-HER2.

En conclusión, las pacientes N+, no tratadas con quimioterapia adyuvante, podrían vivir un 19% a los 20 años, mientras que con la mejor terapia disponible y demostrada podrían vivir hasta un 40% más.

**MARCADORES BIOLÓGICOS**

Durante la mañana de hoy, el Dr. Pérez Manga planteará su punto de vista respecto a los marcadores biológicos. Nos adelantó que considera que los únicos marcadores biológicos de respuesta al tratamiento, que han demostrado claramente su utilidad son la presencia de receptores para estrógenos y para progestágenos y la sobre-expresión del HER-2. Esto se agrega a su beneficio como factores pronósticos.

“En pacientes con RE+ es posible administrar hormonoterapia con tasas de respuestas y sobrevida muy elevadas, mientras que en pacientes con sobre-expresión de HER-2, la adición de un anticuerpo monoclonal como Herceptin puede aumentar la respuesta obtenida con quimioterapia, el intervalo de tiempo que la paciente está libre de enfermedad y, por ende, la supervivencia” comenta el Dr. Pérez Manga.

Analizará otros marcadores como Factores de Crecimiento Epidérmico,

de Crecimiento Vascular, amplificación de BCL2 y P53, los cuales han demostrado utilidad para el pronóstico de la enfermedad, pero no han reportado ningún beneficio en la predicción de la respuesta al tratamiento.

**QUIMIOTERAPIA PALEATIVA**

El objetivo del tratamiento paleativo es brindar una mejor calidad de vida a las pacientes e incrementar la sobrevida. “Hay un sub-grupo de pacientes de muy mal pronóstico en quienes los taxanos como tratamiento de primera línea en el cáncer de mama metastásico es obligatoria. Este grupo está conformado por pacientes jóvenes, con receptores para estrógenos negativos, de intervalo libre muy corto y metástasis viscerales en hígado o en pulmón”.

Durante su segunda intervención del día de hoy, Dr. Pérez Manga comentará que existen diferencias conceptuales entre los dos taxanos existentes, pero posiblemente taxotere sea más eficaz que taxol en cáncer de mama, especialmente en localizaciones metastásicas hepáticas, donde parece haber una diferencia de respuesta a favor de taxotere.

Por último, el Dr. Pérez Manga enfatiza en que hay que individualizar el tratamiento, tomando en cuenta los factores pronóstico para elegir la terapia, pues cada paciente debe ser tratada adecuadamente, en función de sus propias características.



**NOVARTIS**

**Definiendo el Nuevo Estándar**

## CARCINOMA DUCTAL IN SITU ¿IMPRESINDIBLE RADIOTERAPIA?

Dr. Isaac Vaisman

La categórica y contundente respuesta del Dr. Vaisman a la interrogante planteada es "indudablemente sí".

Este médico radioterapeuta venezolano, trabaja actualmente en el Hospital General de Palmetto, en Miami, Florida -Estados Unidos, y nos acompaña en este evento para compartir sus experiencias.

Ayer planteó que hay gran cantidad de información que avala su afirmación, con lo cual se recupera la credibilidad del Dr. Fisher, líder de estudios con esta técnica, que en algún momento se pusieron en entredicho, debido a que uno de sus integrantes falsificó data. "Se está reportando que la radioterapia permite la reducción de recurrencia en más de un 50%, lo cual es realmente asombroso".

Luego de que el carcinoma ductal "in situ" dejó de ser tratado con cirugía radical y se inició la resección conservadora, se observó que el 50% de las pacientes sufría recidivas locales, esto debido a sus características de tumor multicéntrico, muchas veces no detectable por mamografía. "Ante esta situación se inició la aplicación de radioterapia post-operatoria, lo cual modificó radicalmente los resultados, pues redujo la recurrencia local y, por ende, mejoró el pronóstico y calidad de vida de estas pacientes" explicó el Dr. Vaisman.

Comentó que las contraindicaciones para radioterapia en estos casos están dadas por la necesidad de reseca más de dos o tres veces, pues no habría tejido mamario que requiera de conservación, ya que estaría indicada una mastectomía. "En teoría, técnicamente en las mamas muy grandes es muy difícil aplicar radioterapia y mujeres con enfermedades del colágeno podrían constituir una contraindicación para esta técnica".

### RADIOTERAPIA PRIMARIA. CONSIDERACIONES. EXPERIENCIA

El Dr. Vaisman presentará hoy una panorámica de las técnicas más actualizadas en radioterapia, tales como, radioterapia conformada, planificada, tridimensional, equipos para definición de volúmenes de tratamiento y reducción de las áreas de radiación.

Como abre boca señala que "la radioterapia conformada le da forma al campo de tratamiento en la glándula, protegiendo al pulmón y al corazón, lo cual también es posible con braquiterapia. Nosotros utilizamos la técnica conformada en todas las pacientes y estamos haciendo algo que hemos denominado 'fusión', consistente en una superposición de la tomografía con la resonancia magnética, con el objetivo de obtener mayor definición, poder precisar blancos pequeños y tener un campo de radiación lo más económico posible, especialmente para el refuerzo, conocido con el anglicismo de 'boost'".

### RADIOTERAPIA VS. BRAQUITERAPIA

"La braquiterapia constituye la radioterapia conformada por excelencia, pues se realiza de adentro hacia fuera, con la mayor precisión y localización posible". Este será el segundo tema abordado hoy por el Dr. Vaisman.

A pesar de que existen datos respecto a la aplicación única de braquiterapia, los cuales serán informados por el Dr. Vaisman, él considera que todavía no existen evidencias suficientes sobre su eficacia a largo plazo como tratamiento exclusivo, por lo cual en su grupo la administran en conjunto con la radioterapia externa.

Señala que, ciertamente la braquiterapia permite reducir costos, pues requiere de 5 días de administración, contra 6 semanas con radioterapia externa o refuerzo. "Considero que este método no cuenta con suficiente experiencia acumulada, ya que se aplica desde hace sólo 5 años, aunque en los protocolos fase III que se están realizando, se reportan resultados comparables a los tratamientos convencionales con radioterapia".

El mensaje que, finalmente, el Dr. Vaisman desea transmitir es que la radioterapia constituye una herramienta fundamental en el tratamiento del cáncer mamario, "... a menos que requiera una mastectomía radical, no hay mujer que deba ser excluida del tratamiento complementario con radioterapia".

## CÁNCER DE MAMA Y ANTICUERPOS MONOCLONALES. FACTOR PRONÓSTICO

Dr. Raúl Suárez

**E**l Dr. Raúl Suárez Chacón, Inmunólogo Clínico de la Policlínica Metropolitana de Caracas, expuso ayer interesantes planteamientos sobre el factor pronóstico de los anticuerpos monoclonales en cáncer de mama.

Clásicamente, el tratamiento del cáncer se ha basado en cirugía, quimioterapia y radioterapia. En los últimos 10 años, el estudio y abordaje las características biológicas de los tumores y su susceptibilidad como factores pronóstico y de respuesta al tratamiento, han representado avances interesantes.

Se ha descrito marcadores que permiten terapias biológicas, con su consecuente reducción de toxicidad. "Por ejemplo, un cáncer de mama que posee receptores para estrógenos, es decir, su biología es dependiente de estrógeno, implica que al bloquear dichos receptores se detendrá la progresión del tumor" comentó el Dr. Suárez, al señalar que el marcador actualmente en boga es el HER2, receptor presente en un 30% de los casos.

Uno de los puntos enfatizados por el Dr. Suárez se refirió al doble mecanismo de acción de los anticuerpos HER2, pues "... además de destruir la célula, condiciona el comportamiento de aquellas que no se destruyen, haciéndolas más susceptibles a la quimioterapia y radioterapia.

He allí la importancia de que los mecanismos de laboratorio nos permitan determinar la positividad o negatividad para este receptor, recordando que en los casos positivos, la probabilidad de que el tratamiento sea exitoso es muy alta, tanto en cáncer temprano como avanzado, incluso nos permite definir el pronóstico de la paciente".

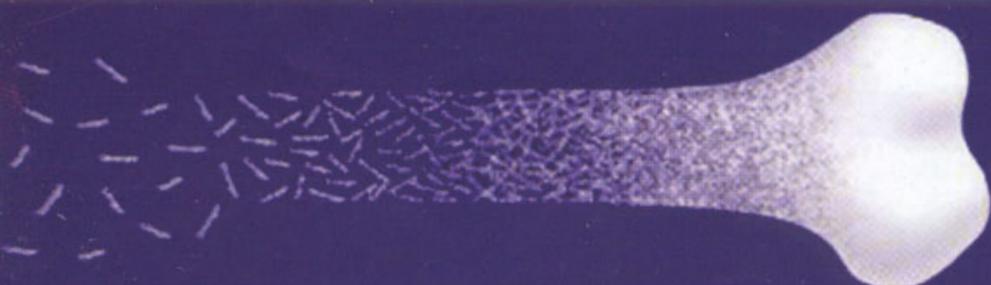
Según los últimos reportes de la Asociación Americana de Oncología Clínica, de mayo 2001, los

anti-HER2, asociados con múltiples formas de quimioterapia, han demostrado un 60% de respuesta en cáncer avanzado, lo cual es sumamente elevado.

El Dr. Suárez insistió en el condicionamiento biológico del suero. "Tenemos ejemplos con otros receptores, cuyo condicionamiento permite que la célula tumoral sea susceptible a otras drogas y modifique su comportamiento. Por lo tanto, no se trata sólo de determinar el HER2, es fundamental observar cómo se comportan los otros factores de crecimiento en pacientes HER2 positivos.

Por ejemplo, la producción de Factor de Crecimiento Vascular Endotelial se inhibe en presencia del HER2, lo cual hace que el tumor sea más metastatizante. Entonces, al administrar un anticuerpo monoclonal anti-HER2, se logra un efecto sucedáneo que mejora el pronóstico del cáncer, pues se reactiva la producción del Factor de Crecimiento Vascular Endotelial y otros sistemas involucrados, reduciendo así la agresividad de la célula tumoral e incrementando su susceptibilidad a otras formas de quimioterapia que actúan por vías metabólicas diferentes al HER-2".

Existen 28 anticuerpos en investigación para diagnóstico y algunos para tratamiento. "Herceptin es efectivo, pero no necesariamente es el mejor, por lo cual nos debemos mantener pendientes de los nuevos anticuerpos y sus modificaciones, porque hay monoclonales bi-específicos y tri-específicos, como el CD11 o el TA250, que incrementan la actividad anti-suero. Esta idea de HER2 se repite con cualquier otro marcador, pues el abordaje de receptores de esta índole condiciona una respuesta sistémica en diferentes órganos" concluyó el Dr. Suárez.



**ZOMETATA<sup>®</sup>**  
ácido zoledrónico



*Tratamiento superior en  
las complicaciones esqueléticas del cáncer*

 NOVARTIS

## ACIDO ZOLEDRONICO Y CANCER DE MAMA

**Dra. Patricia Núñez**

“Este año, el Acido Zoledrónico ha surgido como el bifosfonato más potente”. Esta afirmación la realizó la Dra. Patricia Núñez ayer durante el almuerzo simposio que ofreció Novartis de Venezuela.

La Dra. Núñez, Jefe de Servicio de Oncología Médica del Hospital Oncológico “Padre Machado” de Caracas, presentó los últimos resultados publicados sobre Acido Zoledrónico en el manejo de lesiones ósea en pacientes con mieloma múltiple y en pacientes con cáncer de mama.

Comentó el estudio 010, el cual fue aleatorio, doble ciego y paralelo con pacientes con mieloma múltiple, con cáncer de mama sometidas a quimioterapia y cáncer de mama en hormonoterapia. Todos con metástasis ósea y más de una lesión lítica.

Los resultados planteados por la Dra. Núñez demuestran que el Acido Zoledrónico posee un perfil de seguridad similar a Pamidronato, bifosfonato anterior a éste. “Además, los estudios preclínicos reportan que el Acido Zoledrónico posee una acción sobre el hueso 100 veces más potente que su antecesor”.

Entre los datos más interesantes, está que este nuevo bifosfonato ha demostrado beneficios significativos en la coadyuvancia de cáncer de próstata, mama, pulmón y mieloma. “Vamos a continuar evaluándolo en otros tumores, pues a su gran potencia se agrega la ventaja del corto tiempo de administración” explicó la Dra. Núñez.

El Pamidronato requiere de una administración en infusión de 2 horas, además de hidratar al paciente, mientras que el Acido Zoledrónico se administra en

sólo 15 minutos. “Esto significa un cambio muy importante, porque hay que recordar que nuestros pacientes detestan la sala de quimioterapia y administrarles un tratamiento en tan corto tiempo representa un gran alivio psicológico para ellos”.

La Dra. Núñez considera que hay tres factores que han mejorado sustancialmente la coadyuvancia de la quimioterapia:

- 1.- La aparición de los antieméticos
2. - La aparición de los factores estimulantes de colonia, los cuales permiten usar dosis más altas de quimioterapia.
3. - La aparición de los bifosfonatos.

En cuanto a la dosis adecuada de Acido Zoledrónico, informó que luego de realizar estudios con distintas dosis, se observó que la dosis adecuada es de 4 mg a 8 mg en infusión de 15 minutos, cada 28 días.

“Anteriormente, el manejo de las complicaciones óseas en pacientes con cáncer de mama era un gran problema, en especial por el manejo del dolor. Gracias al Acido Zoledrónico esto ha cambiado en forma dramática, pues disminuye el dolor causado por la metástasis en el hueso y además detiene el proceso de destrucción ósea” expresó la Dra. Núñez, agregando que esta droga posee un futuro muy promisorio, pues gracias a su efecto antitumoral e inducción de apóptosis de las células malignas, se están realizando estudios interesantes en otros tumores y en prevención de las complicaciones esqueléticas inducidas por cáncer.

## CARCINOMA DUCTAL IN SITU. FACTORES HISTOPATOLOGICOS DE PRONÓSTICO

Dr. Luis Gonzalo Gómez

Partiendo de la base de que "in situ" significa "en el sitio de origen", la denominación correcta de esta patología debería ser carcinoma intraductal, cuya definición es: lesión neoplásica epitelial, limitada al epitelio sin infiltración a la membrana basal.

Así inició ayer su primera intervención, el Dr. Luis Gonzalo Gómez, anatomopatólogo del Centró Médico de Caracas y del Centro Médico Docente la Trinidad.

En patología, los métodos diagnósticos disponibles para el carcinoma intraductal son: biopsia con aguja fina o normal, biopsia por congelación y biopsia definitiva. "Obviamente, la biopsia definitiva es el mejor método diagnóstico" aseveró el Dr. Gómez, al indicar que lo más importante en el tratamiento de esta enfermedad es el manejo de la pieza quirúrgica.

La mayoría de los casos se detectan por mamografía, se localizan las microcalcificaciones y se reseca la pieza con un localizador o se utilizan las biopsias por aguja. "La manipulación de la pieza es muy importante, ya que permite identificar microcalcificaciones y examinar bien los márgenes para confirmar la resección de cualquier residuo tumoral".

En relación a la citología por oposición, método en boga para examinar los márgenes, consistente en tomar células de alrededor de la muestra, el Dr. Gómez considera que no brinda información adecuada, pues no permite saber exactamente a qué distancia está el margen del núcleo del tumor.

Para la predicción de evolución de la enfermedad, los elementos principales son: tamaño, histología y margen. "Los receptores hormonales, la cinética celular y los marcadores oncogénicos, son elementos secundarios, con cierta importancia pronóstica, pero que por sí solos no tienen relevancia" explicó el Dr. Gómez.

Generalmente, estas lesiones son difíciles de observar macroscópicamente, por lo tanto hay que evaluarlas en el microscopio, incluso medir la

extensión de la lesión en la lámina histológica. "No hay una estandarización. Se plantea que una lesión de menos de 1 mm no es de preocuparse, hasta 15 mm es de precaución, entre 15 y 40 mm empeora el pronóstico y mayor de 40 mm implica un mal pronóstico".

Estos tumores se clasifican en: comedocarcinoma, cribiforme, micropapilar, papilar, sólido y apocrino; siendo el primero el más importante, debido a su malignidad. "El grado histológico es fundamental, pues hay que evaluar si los núcleos son uniforme y si la arquitectura está conservada o hay inicio de pleomorfismo de la célula" señaló el Dr. Gómez, al comentar las diferentes clasificaciones existentes.

Holland considera la diferenciación celular y arquitectural y clasifica los tumores en: pobremente diferenciados, diferenciación intermedia y buena diferenciación. Lagios toma en cuenta el Grado Nuclear (GN), la Necrosis (N) y la presencia de Comedonecrosis (C), en base a lo cual propone tres grados: alto (GN alto, N+ o C+), intermedio (GN alto, N+ y C-) y bajo (GN bajo, N -).

El Dr. Gómez considera que la clasificación de Van Nuys es mejor que las anteriores, pues toma en cuenta los tres parámetros de Lagios, pero es más sencilla y los divide en: grupo 1 (GN bajo con N-), grupo 2 (GN bajo C+) y grupo 3 (GN alto, sin importar la presencia o no de N). "Se da una puntuación a cada elemento, con lo cual se obtiene un índice diagnóstico que puede ir desde 3, como buen pronóstico, hasta 9 como peor pronóstico".

El Dr. Gómez concluyó planteando que el carcinoma intraductal es una enfermedad compleja, el manejo de la pieza es fundamental para obtener los parámetros, tamaño, tipo de lesión y márgenes, con el objetivo de definir mejor el tratamiento y prevenir su diseminación. "El diagnóstico y tratamiento de esta patología debe realizarse en equipo, con el concurso del oncólogo, el anatomopatólogo, el radiólogo, el cirujano y el radioterapeuta, sólo así se logra el éxito en cada caso".



**Navoban<sup>®</sup>**  
tropisetron

NOVARTIS

Sin náuseas, ni vómitos.

## GANGLIO CENTINELA. MANEJO CITOHIISTOLÓGICO

**O**bviamente, en el manejo del cáncer de mama, es fundamental el papel del patólogo, pues es quien da el diagnóstico y la información adicional que se necesita para la terapia, la definición del pronóstico de la paciente y, lo más importante, el diagnóstico de la presencia metastásica en los ganglios.

Este fue el inicio del segundo planteamiento del Dr. Gómez, quien comentó que el ganglio centinela modificó la necesidad de disección axilar y de sacar la glándula mamaria completa para poder realizar los estudios histológicos. "El centinela es un soldado que vela, guardando un puesto específico. En drenaje linfático no hay un lugar exacto por donde siempre pase el tumor, por lo cual es fundamental determinar el ganglio centinela en cada paciente en forma individual, el cual es el primer ganglio en la vía del drenaje, pues es el más susceptible de sufrir metástasis".

La mejor técnica para elegir el ganglio centinela es aquel que requiera del procedimiento quirúrgico más sencillo y menos invasivo. Teóricamente, si el ganglio centinela es negativo, el resto de los ganglios también lo son, mientras que si es positivo puede haber metástasis en los otros ganglios, en cuyo caso debe continuarse la evaluación. "La utilidad del centinela radica en no tener que sacar todos los ganglios de la axila a la mayoría de las mujeres, a fin de evitar los problemas que ello acarrea" explicó el Dr. Gómez.

El estudio del ganglio linfático debe hacerse en el peroperatorio. "Debemos estudiarlo con minuciosidad, con la aplicación de tinción de hematoxilina/eosina, y realizar múltiples cortes para estar seguros de estar haciendo una buena evaluación" acotó el Dr. Gómez y comentó que la queratina podría ayudar a determinar metástasis, pero con el riesgo de complicar el diagnóstico, por lo cual no recomienda la utilización de esta tinción.

En los casos en que el diagnóstico da un ganglio negativo sospechoso, el Dr. Gómez sugiere realizar una biopsia definitiva y, de resultar nuevamente en negativo sospechoso, entonces hacer inmunohistoquímica. "Hay quienes plantean hacer directamente inmunohistoquímica en presencia de ganglios negativo sospechosos, pero no estoy de acuerdo, pues este es un estudio complementario a la histología que no puede ser interpretado en forma aislada, pues sin base histológica puede convertirse en un elemento de confusión".

Es relevante comentar el trabajo de Weaver, en el cual se observó que los estudios de inmunohistoquímica disminuyen la tasa de falsos negativos sólo en un 10%, "... es decir, si con el procedimiento normal teníamos 10 positivos, con inmunohistoquímica tendremos 11, lo cual no es estadísticamente significativo".

Por su parte, Cody demostró la importancia de la curva de aprendizaje del cirujano, pues a mayor experiencia en la manipulación de la mama, mejor técnica y menos errores.

El Dr. Gómez presentó las recomendaciones de la Asociación Americana de Directores de Patología Anatómica y Quirúrgica, respecto al manejo del ganglio centinela, las cuales plantean que:

- 1.- El ganglio linfático adecuado depende de la habilidad y experiencia del cirujano.
- 2.- No hay peligro de radiación, pues no hay sustancias radioactivas.
- 3.- El examen peroperatorio se debe dejar sólo para los casos en que su resultado cambiaría el procedimiento quirúrgico.
- 4.- Cada ganglio debe ser procesado. Si no hay lesión macroscópica obvia, deben realizarse varios cortes, cuya cantidad depende del criterio de cada cirujano.
- 5.- La relevancia de la inmunohistoquímica está cuestionada.
- 6.- Todavía se presenta gran cantidad de falsos positivos, los cuales deben evaluarse con Hematoxilina/eosina.

### Contraindicaciones para el Ganglio Centinela

- Palpación clínica
- En pacientes con terapia neoadyuvante,
- Neoplasias multicéntricas,
- Embarazo o cirugía previa.

### Ventajas del Ganglio Centinela

- Cuando es negativo, evita la disección de ganglios axilares y su morbilidad.
- Estudios histopatológicos centrados en uno o dos ganglios.

Para finalizar, el Dr. Gómez planteó que, actualmente se piensa que todo se puede resolver con inmunohistoquímica, sin embargo esta técnica tiene peligros y desventajas, tales como, el poco conocimiento clínico de su verdadero significado, la falta de expectativas diagnósticas, requiere de técnicas delicadas, produce falsos negativos o positivos y hay un gran peligro de confusión diagnóstica. Por ende, no es una panacea.

Según el consenso de este año sobre ganglio centinela, todavía no hay evidencias acerca del significado de las lesiones menores de 0.2mm.

El Dr. Gómez concluyó recordando que el tratamiento del cáncer de mama requiere de un manejo multidisciplinario, a fin de contar con la mayor cantidad de información y una mejor estadística en beneficio de la paciente.

# FEMARA®

l e t r o z o l

## FEMARA®

**Composición:** Cada Comprimido Recubierto contiene Letrozol 2,5 mg.

**Indicación:** Tratamiento del cáncer avanzado de mama en mujeres post-menopáusicas.

**Posología:** 2,5 mg ( 1 comprimido ) una vez al día.

**Precauciones/ Advertencias:** Considerar cuidadosamente el riesgo/beneficio en pacientes con clearance de creatinina < 10 ml/min. Pacientes con daño hepático severo (Child-Pugh score C) deben mantenerse bajo cuidadosa supervisión.

**Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al Letrozol o excipientes. Status endocrino premenopáusico, embarazo, lactancia.

**Reacciones Adversas:** Las experiencias adversas más comunes, posiblemente relacionadas al tratamiento con la droga, son: dolor de cabeza, náuseas, edema, periférico, fatiga, oleadas de calor.

**Presentaciones:** Estuche x 30 comprimidos recubiertos – E.F. 29.677.

*Este material ha sido revisado y aprobado por las Direcciones Médica y Farmacéutica de Novartis de Venezuela S.A. Para mayor información favor dirigirse a Novartis de Venezuela S.A., 3ra. Transversal de Los Ruises, Edf. Novartis, Caracas, 1062-A, Apdo. Postal 68097 (Altamira). Telf: (0212) 239401; Fax: (0212) 2391068*

## Definiendo el Nuevo Estándar

 NOVARTIS