



EVENTOS SOCIEDAD VENEZOLANA DE MASTOLOGIA 2007

03-Mar-07
Jornadas Halsted - Valencia

09-Mar-07
Curso Actualización Cancer Mama - Barinas

24-Mar-07
Biología Molecular Caracas

14-Abr-07
Jornadas de Cirugía Oncoplástica- Caracas

01-Jun-07
Reunion Consenso Imagenes -Caracas

Jun/ Julio 2007
Hormonas y cancer de mama . Curso para Ginecologos -Maracaibo

10 al 13 Octubre 2007
IX Congreso Venezolano de Mastologia Maracaibo

Una vida más viva con Oncológicos Sandoz.



Este material ha sido revisado y aprobado por la dirección médica y farmacéutica de Novartis de Venezuela, S.A.

Sandoz a Novartis company, 3ra. transversal de Los Ruices, Edif. Segre, Piso 2, Telf.: 2108290 Fax: 2108341.
Aptdo. 68097 Caracas 1062-A, Caracas, Venezuela. Rif.: J-00334676-4. Web Site: www.sandoz.com

Calidad Suiza a precios accesibles.



a Novartis company

JUNTA DIRECTIVA

Presidente
Dr Alvaro Gómez Rodríguez

Vicepresidente
Dr Alberto Contreras

Secretaria
Dra. Sara Ott

Subsecretaria
Dra. Analisa Caredu

Tesorerera
Dra Ana Hollebeck

Bibliotecario
Dr Antonio Petrilli

Vocal
Dra Milka González

Reglamento de Publicación. Carta Mastológica es una publicación periódica auspiciada por la Sociedad Venezolana de Mastología cuyo fin es la difusión de información sobre avances recientes en el área de mastología. Para tal fin, se publica información epidemiológica, prevención y despistaje, tratamiento quirúrgico, radiante y sistémico (quimioterapia, hormonoterapia y otros), por lo que se ha dividido esta publicación en cuatro secciones. **Normas Generales de Publicación.** 1. Serán aceptados artículos originales, de revisión, epidemiológicos, análisis de temas controversiales y sobre otros clínicos de relevancia. Todos los artículos serán revisados y probados para publicación por un Comité de Redacción creado para este efecto. 2. Por razones de espacio, deben ser resumidos, presentados en hojas blancas tamaño carta (no más de 4 páginas) a doble espacio, letra tamaño doce y con no menos de 2,5 cm de margen a ambos lados. 3. Los artículos originales deben seguir el siguiente orden: título, autores, resumen, introducción, materiales y métodos, resultados y discusión. 4. Todos los trabajos deben tener bibliografía y en caso de más de seis referencias se deben indicar con un asterisco las cinco más importantes, las cuales aparecerán en la publicación, mencionando que existe bibliografía adicional que estará disponible para los interesados. Para las referencias bibliográficas deben seguirse las normas internacionales (ISO/R 77; 1958). Deben ser numeradas de acuerdo a su aparición en el texto, y su numeración podrá ser modificada si son más de seis. 5. Las tablas deben ser sencillas, pequeñas, con líneas a doble espacio e identificadas con números romanos. Las figuras (gráficos) deben identificarse con números arábigos. En el texto se citarán los correspondientes tablas o gráficos. En cada trabajo no debe existir más de 2 tablas y/o gráficos. 6. No se usarán abreviaturas a excepción de aquellas reconocidas internacionalmente. 7. Los Productos o drogas aparecerán con su nombre genérico, evitando nombres comerciales. 8. No serán editados artículos aparecidos en otras publicaciones, y en caso de suceder esto, el comité de redacción se reserva las medidas a tomar. 9. Los trabajos serán enviados a la Sociedad Venezolana de Mastología, torre del Colegio de Médicos del Distrito Federal, Santa Fe Norte, Piso 2, oficina 2.

Sociedad Venezolana de Mastologia
Av Dr José Ma Vargas . Torre El Colegio Piso 2
Santa Fe Norte - Baruta Las Mercedes Caracas
t 0212 9798635 fax 02129764941
www.ovepem.org

EDITORIAL

El año 2007 se presenta con grandes expectativas para la Mastología venezolana, se realizará del 10 al 13 de Octubre el IX Congreso Venezolano de Mastología con la asistencia de 11 invitados internacionales, donde se revisaran temas relacionados con la patología mamaria benigna, actualización en imágenes, aspectos controversiales como el manejo del carcinoma in situ de la mama, braquiterapia, neoadyuvancia y otros tópicos de interés.

No cabe duda que una de las especialidades en la cual se ha avanzado de manera vertiginosa es la Mastología, lo cual nos obliga a mantener a nuestros médicos actualizados en forma constante y continua.

Es por ello que hay programadas diversas actividades dirigidas a los médicos en general, estudiantes, residentes y especialistas en el área de la oncología. El 9 de febrero del año en curso realizamos en Caracas la I Reunión de Consenso para patólogos, en donde se llegó a conclusiones importantes en la inmunohistoquímica de los tumores de mama, especialmente receptores estrógenos, progesterona y cerb 2 neu, contando con el apoyo y colaboración de la Sociedad Venezolana de Anatomía Patológica, Roche y Novartis

Este Consenso será divulgado en los diferentes eventos de Mastología y de Anatomía Patológica, con la finalidad de mantener uniformidad en el manejo del cancer de mama y sobre todo en los informes de anatomía patológica.

El 10 de Febrero se realizó un Curso de Actualización en Cáncer de Mama, en el Hotel Pippo de Maracay, con la coordinación del Dr Angel E Rivas y de la Dra Blanca Garcia, con la asistencia de más de 60 inscritos, y con el apoyo de Astra Zeneca, evento que beneficiará a la población médica y pacientes de la region central del país.

Continuando con éstas actividades el 3 de Marzo daremos apoyo a las Jornadas Interhospitalarias de Oncología, en la ciudad de Valencia, y el día 9 de Marzo se llevarán a cabo con el apoyo del Colegio de Médicos del Estado Barinas, el Curso de Actualización en Patología Mamaria, especialmente dirigido a cirujanos generales y gineco- obstetras, evento en el cual contaremos con el apoyo de Pfizer.

En Caracas tendremos el 14 de Abril en Hotel El Paseo Las Mercedes, un evento internacional con la participación de 2 invitados, el Dr Fernando Magallanes de México y con el Dr Alexandre Munhoz de Brasil, los cuales disertarán sobre Oncoplastia en Cáncer de Mama, contando con la participación de expertos venezolanos y el apoyo de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica y reconstructiva de Venezuela.

Para los meses de Junio y Julio, tenemos el compromiso de realizar cursos de actualización en hormonas y cáncer de mama en Puerto Ordaz y Maracaibo, información que haremos llegar a nuestros colegas

Como ven los primeros 6 meses del año estaremos tratando de mantener el contacto de la Sociedad de Mastología con los diferentes especialistas dedicados al estudio de las enfermedades de la glándula mamaria, motivo por el cual esperamos el apoyo de todos para el éxito de todos éstos eventos.

Dr Alvaro Gómez Rodríguez
Presidente de la Sociedad Venezolana de Mastología

El martirio de Santa Agatha



condiciones miserables, Quintianus la mando traer de nuevo a su corte solamente para darse cuenta de que la fe en Dios de Santa Agatha era inquebrantable. Su vida permanecía pura y continuaba resistiéndose a al ardor pasional de Quintianus.

En este punto del martirio de Santa Agatha existe una diversidad de enseñanzas legendarias y varias versiones tormentosas sobre las torturas sufridas por Santa Agatha. De acuerdo con las mas autenticas tradiciones, Quintianus reacciona con ira y decreta que Santa Agatha "sea atada a un pilar y sus senos sean arrancados con tijeras de acero"

Ella fue luego despojada de sus ropas, sufriendo la agonía y angustia de cruel y prolongada tortura. Finalmente fue enviada a una celda a morir, pero el Señor le envió al príncipe de sus apóstoles para sanar y restaurar sus senos. Quintianus al enterarse del milagro de San Pedro, se llenó de ira y con furia decretó que Santa Agatha fuese quemada viva. Pero en el momento en que fue colocada sobre una pira ardiente un violento sismo sacudió la ciudad de Catania. Creyendo que este evento fue causado por el martirio de Santa Agatha, la gente de Catania exigió que inmediatamente ella fuese liberada. Sus tormentos finalizando, fue de nuevo confinada a una celda donde ella oraba al Señor para que lo dejase morir. El Señor la llevó con El.

Otra vívida versión de sus sufrimientos coloca a Santa Agatha sobre una reja, placas de hierro caliente son colocadas sobre su carne, y sus senos son cruelmente arrancados. Este tormento brutal fue aceptado por la mártir con tal compostura que Quintianus estaba furioso. Durante esa misma noche San Pedro y Cristo visitaron a Santa Agatha en su celda y, cuando ellos se fueron, sus heridas habían sanado y sus senos restaurados.

Poco tiempo después la ciudad de Catania fue sacudida por un violento terremoto y dos de los mas íntimos amigos del gobernador murieron. La gente estaba en tal estado de exaltación que Quintianus temía una rebelión general si Santa Agatha no era liberada. Santa Agatha fue liberada y aun así ella seguía pidiendo al Señor que llevase su alma con El. El 5 de febrero ella murió, y los cristianos la enterraron con bendiciones y reverencia.

Un año después de la muerte de Santa Agatha, la ciudad de Catania fue amenazada con fulminantes erupciones volcánicas del cercano Monte Etna. Los devotos y fehecentes cristianos corrieron a la tumba de Santa Agatha en busca de refugio. Allí, desde sus santos restos, tomaron su velo, lo colocaron en un alanza y marcharon hacia la lava derretida. La brillante masa ya estaba

Las leyendas, torturas y martirio de de Santa Agatha, la Santa Patrona de de las enfermedades de los senos. La historia de Santa Agatha comienza en el tercer siglo antes de Cristo. En la isla de Sicilia. Nacida en Palermo o en Catania, vivió durante el régimen del emperador Romano Decius, durante la séptima persecución de la iglesia Cristiana. De familia noble e ilustre, temprano en su vida fue considerada destinada a consagrarse a Dios. Desde su infancia Santa Agatha fue pre ordenada como una niña de bendición.

Su gran belleza, carisma y posición social pronto cautivó el corazón de Quintianus, el gobernador de Sicilia. El utilizaba la persecución de los Cristianos como pretexto para traerla ante sus tribunales. Su corte no escatimaba esfuerzos para conseguir sus designios inmorales. Aun así Santa Agatha se rehusaba a su amor y lo ridiculizaba por su malicia en contra de la iglesia. Fracasando en conseguir su afecto, Quintianus la encontró presuntamente culpable de superstición Cristiana y en represalia la internó en la casa de Aphrodesia, una mujer de reputación inmoral y desagradable. De esta forma maligna el esperaba profanar la iglesia y forzar a Santa Agatha fuera del sendero de las virtudes y honor Cristiano. Durante el periodo de su encarcelamiento, Santa Agatha mantuvo su determinación de mantener su fe y castidad. Después de ser mantenida cautiva por un mes en

llegando a la ciudad cuando, de repente al enfrentarse con la sagrada reliquia, la lava se disperso a un lado salvando a la ciudad de Catania. Los escépticos e infieles que presenciaron este milagro pronto pagaron homenaje a Santa Agatha y fueron bautizados y convertidos a la Cristianismo.

Santa Agatha es una santa y una mártir cuyo nombre es protegido en la Letanía de lo9s Santos. En el siglo seis Fortunato la menciona en su poema de virginidad como una de las mas celebradas Cristianas y mártir. En la Biblia, La Canción de Salomón se dice que cuenta sobre las torturas brutales sufridas por Santa Agatha. Ella es

venerada como la Santa Patrona de las isla de Malta y de la ciudad Siciliana de Catania y Messina. Como la santa Patrona de los senos y enfermeras, su auxilio siempre es buscado en todas las enfermedades de los senos, fuego, cólicos, disentería también.

En arte a veces es representada llevando sus senos en una bandeja. Estos han sido confundidos por hogazas de pan y de allí la costumbre de bendecir el pan el día de Santa Agatha. En los países escandinavos creen que Santa Agatha fue cepillada a muerte. Por lo tanto, el 5 de febrero, el día de Santa Agatha, es tradición de que las niñas se abstengan de cepillarse el cabello.

Opciones Quirúrgicas en Cáncer de Mama después de Tratamiento Neoadyuvante

Experiencia del Grupo de Mastología Valencia

Dr. Luis Guillermo Torres Strauss

Dr. Humberto López Fernández

Enero 2007

El cáncer de mama es la 2ª causa de muerte oncológica en Venezuela después del cáncer de cuello uterino, y la primera a nivel mundial, representando el 18% de todos los cánceres femeninos (1,2). A su diagnóstico del 10 al 20% son cánceres localmente avanzados (3) y viene a ser la forma de presentación más común entre las mujeres latinoamericanas (4). Por este motivo, y debido a la aparición progresiva de nuevos procedimientos terapéuticos, nace la inquietud de realizar estas nuevas opciones.

En un principio la Quimioterapia Neoadyuvante se empleaba para la reducción del volumen tumoral en aquellas pacientes inoperables (irresecables) y tratar micrometástasis ocultas; posteriormente para poder ofrecer cirugía conservadora en tumores grandes (5) al reducir considerablemente su tamaño, y actualmente lo usamos como método de prueba de quimiosensibilidad tanto del tumor como de los ganglios linfáticos axilares (prueba "in vivo"), además de usarla como herramienta de investigación (compara agentes de quimioterapia y estudia la biología tumoral).

Como desventajas de la quimioterapia Neoadyuvante tenemos:

- No diferencia estadística entre neo vs adyuvancia

en Sobrevida Libre de Enfermedad (SLE) y Sobrevida Global (SG).

- Indicaciones poco claras para Radioterapia postmastectomía
- Controversias en la indicación de Ganglio Centinela (GC).
- Aumento de recidivas en Mastectomía Parcial Oncológica (MPO).

Actualmente, la evaluación del grado de respuesta (%) y la determinación de la extensión apropiada de la resección quirúrgica luego del tratamiento neoadyuvante aun permanecen siendo un verdadero reto clínico.

Predictores de respuesta.

- Tumores con reducción > 75% Ki67
 - Mayor Probabilidad de Respuesta Patológica Completa (RPC)
 - 77,8% Vs 26,7% P .004
 - Burkcombe RJ, Makris A, et al. *Br J Cancer* 2005
- Tumores Receptores Estrógenos (RE) negativos
 - Más propensos a RPC que RE (+)
 - 21,6% Vs 8,1% P < .001
 - Petit T, Wilt M, et al. *Eur J Cancer* 2004
- Tumores RE negativos sin expresión Bcl2
 - Más oportunidad de destrucción celular
 - Ogston KN, Miller ID, et al. *Breast Cancer Res Treat.* 2004

Perfil de expresión génica

- Usado para predecir respuesta completa Ayers M, et al. *J Clin Oncol.* 2004 Razonamiento (evidencia) para MPO (6)
- 80-90% de casos tienen respuesta significativa
- Mastectomía debe dirigirse al nido residual
- Mejor tratamiento cosmético
- El tratamiento neoadyuvante aumenta la probabilidad de MPO en 25% de los casos.

Mastectomía Parcial post-neoadyuvancia (6). Pasos a cumplir:

1. Muestreo de cualquier anomalía clínica ó radiológica
2. Biopsia generosa del tejido mamario "normal" en el área que ocupaba el tumor
3. Considerar tanto los márgenes como la extensión del tumor residual viable y su patrón de crecimiento para determinar la resección adecuada

Atención: Estamos ante un carcinoma Localmente Avanzado, con un riesgo importante de Metástasis a Distancia.

Manejo de la Axila luego de QT primaria

La Disección Axilar (DA) permite la evaluación de los siguientes parámetros

- A. Volumen de enfermedad residual
- B. No de ganglios (+)
- C. Decisión de tratamiento sistémico
- D. Control local (remueve focos de enfermedad)
- E. Campos de RT (fosa supraclavicular en N(+))

La técnica de biopsia de GC ofrece una correcta estadificación y mejora la calidad de vida; en este escenario, es imperativo tratar de responder estas preguntas:

- ¿Por qué no realizarla?
- ¿Tiene algún beneficio clínico???
- ¿Ayuda a tomar decisiones que de otra forma no podríamos?

OJO: la mayoría de las pacientes con N(+) de inicio continuarán teniendo positividad ganglionar luego de QT primaria

Tratamiento Neoadyuvante. Evidencia Científica.

Metaanálisis de Mauri (7)

- Incluye 9 estudios aleatorizados con 3946 pacientes.
- Concluye que: SG, progresión de la enfermedad y recurrencias a distancia son equivalentes para terapia primaria vs adyuvancia.

Terapia Endocrina Neoadyuvante

• Atractiva alternativa para pacientes posmenopáusicas con Receptores positivos quienes no son candidatas a cirugía de inicio o no pueden ó no quieren recibir Quimioterapia.

• Más efectiva mientras mayores sean los niveles de Receptores Hormonales.

Evidencia Científica

Estudio P024 (8)

- 337 pac RE ó RP positivos T2-T4
- Aleatorizadas para Letrozole o Tamoxifeno x 4 meses.
- Respuesta Global: L 55% T 36% p<.001
- Cirugía Preservadora: L 45% T 35% p 0.22
- Respuesta Clínica y Radiológica superior con Letrozole
- Pacientes RE (+) HER 2 (+) respondieron mejor a L

IMPACT Immediate Preoperative Anastrozole, Tamoxifen or combined with tamoxifen (9, 10)

- 330 pac y 3 meses de tto en 3 brazos.
- No diferencias en Respuesta General.
- Anastrozole incrementó Cirugía preservadora 44% vs Tamo 31% p.23
- En pac Her 2 ++ se observó incremento de Respuesta 58% vs 22% p 0.18

PROACT Preoperative Arimidex compared with Tamoxifen (11)

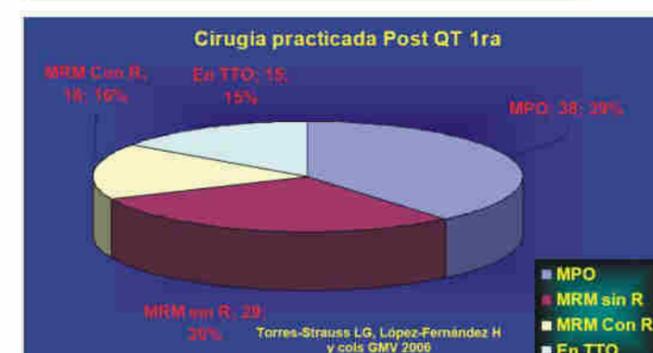
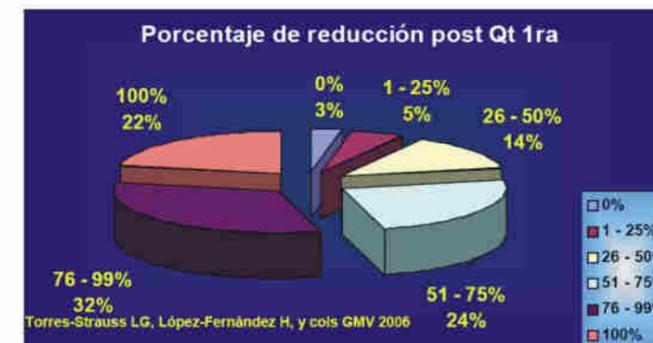
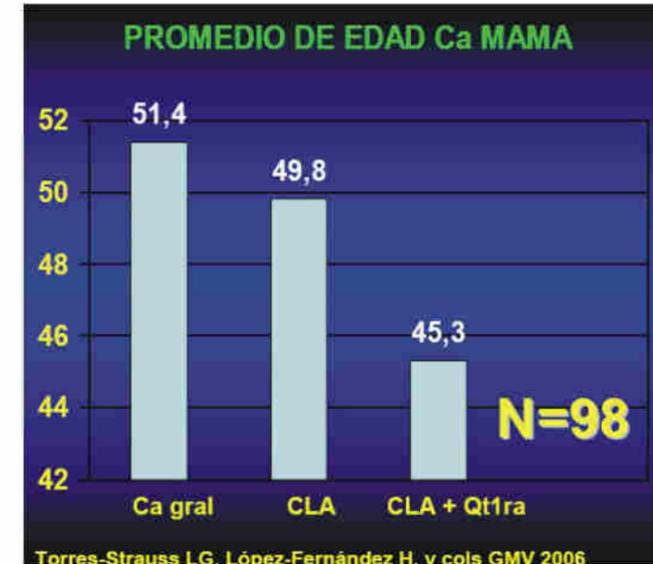
- 451 pac Aleatorizadas a A o T x 12 semanas.
- En el grupo de A a más pacientes se les practicó Cirugía preservadora
- En pac con Tu inoperables pasaron a Cirugía A 43% Tamo 31% p.04
- Respuestas Objetivas: A 37% Tamo 27% p.03

EXPERIENCIA VALENCIANA

Al mes de Noviembre de 2006 tenemos 98 pacientes en el protocolo de Quimioterapia neoadyuvante, con un promedio de edad de 45,9 años (23-72), destacando que este promedio de edad es más bajo que el del grupo general (51,4).

Al momento del diagnóstico el 53% de las pacientes eran T3 y el 11% T4, logrando reducción del volumen tumoral TOTAL (100%) en el 21,4% de los casos, y reducción del volumen mayor al 50% (76,5%), logrando efectuar cirugía conservadora en el 38,8% de los casos que al momento del diagnóstico se consideraban no candidatas a dicha cirugía.

Con respecto a Terapia Endocrina Neoadyuvante estamos comenzando un protocolo de trabajo, con 23 pacientes reclutadas, teniendo 2 grupos de trabajo, usando en uno Anastrozole y en el otro Letrozole; este estudio se encuentra corriendo actualmente. Como datos preliminares podemos comentar que las pacientes de mayor edad y elevados niveles de RE y RP hemos obtenido un buen porcentaje de Respuesta Objetiva incluyendo Respuesta Completa



CONCLUSIONES

- El mayor beneficio es la reducción del Tumor para practicar cirugía conservadora.(12)
- No existen diferencias significativas en SLE y SG. (13, 14)
- La sobrevida de las pac tratadas con Qt primaria seguida de terapia loco-regional vs loco-regional seguida de terapia adyuvante es EQUIVALENTE.
- La Cirugía conservadora luego de neoadyuvancia esta asociada a un aumento en la frecuencia de la recurrencia local.

BIBLIOGRAFÍA

1. K McPherson, C M Steel, J M Dixon ABC of Breast Diseases, Breast cancer epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ* 2000; 321:624-628
2. MSDS. Anuario de Mortalidad años 2001 y 2004
3. Ahearne P, Leach S., Feig B. Cáncer de mama invasivo en M.D. Anderson Oncología, edit. Marban 2ª edic., 2000 p31-32
4. Valero V., Hortobagyi G. Cáncer de Mama Localmente Avanzado en: Cáncer de Mama, edit. McGraw-Hill Interamericana 1998: 438-448
5. Chin-a-loy M y Cols El análisis a los 7 años de un protocolo prospectivo diseñado para demostrar la factibilidad de conservación de la mama en tumores mayores de cuatro centímetros utilizando quimioterapia neo-adyuvante. *Rev Venez Oncol* Vol 8, NO 3 Julio-Septiembre 1992
6. Monica Morrow. Surgery after preoperative adjuvant therapy. 23rd annual Miami breast cancer conference. Febrero 2006
7. Mauri D, Pavlidis N. Neoadjuvant versus adjuvant systemic treatment in breast cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97:188-194.
8. Eiermann et al. Preoperative treatment of postmenopausal breast cancer patients with letrozole. *Ann Oncol.* 2001;12:1527-1532
9. Baum M, Buzdar A, Cuzick J et al. Anastrozole alone or in combination with tamoxifen vs tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early breast cancer: first results of the ATAC randomised trial. *Lancet* 2002;359:2131-2139.
10. Ian E. Smith, Mitch Dowsett, Stephen R. Ebbs, J. Michael Dixon, Anthony Skene, J.-U. Blohmer, Susan E. Ashley, Stephen Francis, Irene Boeddinghaus, and Geraldine Walsh. Neoadjuvant Treatment of Postmenopausal Breast Cancer With Anastrozole, Tamoxifen, or Both in Combination: The Immediate Preoperative Anastrozole, Tamoxifen, or Combined With Tamoxifen (IMPACT) Multicenter Double-Blind

- With Tamoxifen (IMPACT) Multicenter Double-Blind Randomized Trial J Clin Oncol 23:5108-5116.
- Cataliotti L, Buzdar A et al. Efficacy of preoperative Arimidex compared with tamoxifen as neoadjuvant therapy in postmenopausal women with hormone receptor positive breast cancer. 4th European Breast Cancer Conference. 2004
 - Fisher B, Bryant J, Wolmark N, et al. Effect of preoperative on the outcome of women with operable breast cancer. J Clin Oncol. 1988;16:2672-2685.
 - Charfare H, Limongelli S. Neoadjuvant chemotherapy in breast cancer. Br J Surg. 2005;92:14-23.
 - Kaufmann M et al. International expert panel on the use of primary systemic treatment of operable breast cancer: review and recommendations. J Clin Oncol. 2003;21:2600-2608
 - Schwartz GF, Hortobagyi G. Proceedings of the consensus conference on neoadjuvant chemotherapy in carcinoma of the breast. Cancer 2004;100:2512-2532.

- Pacheco C., Barrios G., Tejada A., Moreno L., y cols. Tratamiento multidisciplinario del cáncer de mama localmente avanzado, Rev Venez Oncol Vol 10 N°1 Enero-Marzo 1998:1-17
- Singleary SE, Allred C, Ashley P, et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer Staging System for Breast Cancer. J Clin Oncol 2002;20:3628-3636.
- Godoy A., Taronna I., Martirené E. y cols. Valor pronóstico de la respuesta tumoral y axilar a la quimioterapia neoadyuvante en pacientes con carcinoma de mama localmente avanzado. Rev Venez Oncol Vol 13 N°2 Abril-Junio 2001:45-56
- Barreto G., Uribe J., Márquez M., y cols. Quimioterapia de Inducción o Neoadyuvante en el Carcinoma de la Mama en Estadios II y III Rev Venez Oncol Vol 13 N°4 Octubre-Diciembre 2001:120-136
- Cáncer de mama invasivo en M.D. Anderson Oncología, edit. Marban 2ª edic., 2000:31-32



Vinorelbina 10 y 50 mg

Indicado en:

Cáncer bronquial de células no pequeñas.
Cáncer de mama metastásico.

Le garantiza:

Una mejor relación costo beneficio en la quimioterapia.
Calidad Suiza a precios accesibles.
Seguridad respaldada con farmacovigilancia.
Procesos de manufactura aprobados por la F.D.A.

Vinorelbina 10 mg y 50 mg

Indicaciones: Tratamiento de cáncer avanzado de mama y de cáncer bronco pulmonar de células no pequeñas. **Posología:** 30mg/m² a la semana, por infusión intravenosa por 10 a 30 minutos. **Advertencias:** No se administre durante el embarazo o cuando se sospeche su existencia, ni durante la lactancia. En caso de ser imprescindible su uso por no existir otra alternativa terapéutica, suspéndase definitivamente la lactancia materna. Por riesgo de precipitación, este producto no debe diluirse en soluciones alcalinas. El tratamiento con este producto debe efectuarse bajo estricta vigilancia hematológica. Antes, durante y después de su administración se debe efectuar recuento leucocitario, recuento de plaquetas y concentración de hemoglobina. El recuento de neutrófilos debe ser igual o superior a 2.000/mm³; en caso contrario, se suspenderá la administración de dicho producto hasta tanto no se alcancen dichos valores. Este producto no debe mezclarse con otros agentes citostáticos. **Precauciones:** En pacientes con disfunción hepática. Durante el tratamiento con este producto debe realizarse determinación de las enzimas hepáticas. Por el posible efecto neurotóxico, que se manifiesta por neuropatía autonómica, desde la constipación hasta ileo paralítico, el médico debe estar alerta de cualquier signo o síntoma prodromico de alteración gastrointestinal. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la Vinorelbina. Recuento de neutrófilos < 2000/mm³. Insuficiencia hepática severa. **Reacciones Adversas:** Hematológicas: neutropenia, sepsis, anemia, trombocitopenia. Neurológicas: Pérdida de reflejos tendinosos profundos, parestesias. Gastrointestinales: Constipación, ileo paralítico, náuseas, vómitos, diarrea. Otras: alopecia. Reacciones alérgicas: bronco espasmos y rash cutáneo. Locales: Flebitis, dolor venoso en el momento de la infusión. **Interacciones:** Soluciones alcalinas.

Para mayor información consulte la información completa para prescribir.

Este material ha sido revisado y aprobado por la dirección médica y farmacéutica de Novartis de Venezuela, S.A.

Sandoz, 3ra Transversal de Los Ruices, Edif. Segre, Piso 2, Telf.: +58-212-210.82.00, Fax: +58-212-210.83.41. Apto. 68097 Caracas 1062-A, Caracas, Venezuela. RIF: J-00334676-4 Web Site: www.sandoz.com



Una decisión saludable

a Novartis company

IX Congreso Venezolano de Mastología Maracaibo Edo Zulia



IX CONGRESO VENEZOLANO DE MASTOLOGÍA
Maracaibo,
10 al 13 de Octubre 2007

Hotel del Lago Inter Continental

IX Congreso Venezolano de Mastología

Maracaibo - Estado Zulia - Venezuela
10 al 13 de Octubre del 2007
Hotel Intercontinental del Lago.

3er ANUNCIO

Tema: actualización en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la glándula mamaria.

Invitados Internacionales.

Bruno Salvadori	Presidente de la SIS, Italia
Aysegül Sahin	MD Anderson - USA
Eric Strom	MD Anderson - USA
Merrick Ross	MD Anderson - USA
Pierre Chevray	MD Anderson - USA
José Russo	Fox Chase CC - USA
Michael Dixon	Reino Unido
David Diershaw	MSK - USA
Rafael Salvador	España
J López Vega	España
Cristine Kuhl	Alemania
Jean Nabholz	Francia

COMITE CIENTIFICO

Presidenta: Dr. Leopoldo Moreno Brand

JUNTA DIRECTIVA

Presidenta:	Dr. Alvaro Gómez Rodríguez
Vice:	Dr. Alberto Contreras
Secretaria:	Dra. Sara Olt
Subsecretaria:	Dra. Ana Careddu
Tesorera:	Dra. Ana Hollebeck
Vocal:	Dr. Antonio Petrilli
Bibliotecaria:	Dra. Milka González

INFORMACION

Sociedad Venezolana de Mastología
Teléfono: (0212) 979.86.35
www.sovepem.org • icm145@cantv.net

COMPANIA ORGANIZADORA

FRANCISCO IZQUIERDO (0212) 373.46.23
www.organizadormastologia.com

MIÉRCOLES 10 OCTUBRE 2007

CURSOS PRECONDRESO

- Correlación imágenes y anatomía patológica.
- Oncología Médica y mama.
- Manejo de la patología benigna

JUEVES 11 OCTUBRE 2007

Riesgo y prevención

- Nuevos paradigmas en prevención
- Pesquisa en mujeres de alto riesgo
- Mamografía digital: aplicaciones en pesquisa
- Resonancia magnética y pesquisa
- Mastectomía de reducción de riesgo
- Inhibidores de aromatasa y quimioprevención
- Símpoio hormonas y cáncer de mama

Lo nuevo en imágenes y mama

- Radiología intervencionista
- Biopsias por resonancia magnética
- Tecnología PET
- Radiocalización mamaria.

VIERNES 12 OCTUBRE 2007

Carcinoma ductal in situ y ganglio centinela

- Nuevas clasificaciones
- Manejo quirúrgico del CDIS
- Papel de la radioterapia en el CDIS
- Inhibidores de aromatasa y CDIS
- Símpoio Ganglio centinela: micrometástasis

Tratamiento integral del cáncer de mama

- Papel de las imágenes en tratamiento conservador
- Radioterapia parcial de la mama
- Avances en adyuvancia
- Terapias biológicas

SÁBADO 13 OCTUBRE 2007

Neoadyuvancia

- Lo que el mastólogo debe saber de Biología molecular
- Neoadyuvancia: indicaciones, beneficios
- Como evaluar la respuesta a la neoadyuvancia
- Tratamiento Conservador después de neoadyuvancia
- Radioterapia después de reconstrucción inmediata