

Junta Directiva 2023-2025

Presidente

Dr. Víctor Acosta Marín

Vicepresidente

Dr. Humberto López Fernández

Secretario

Dra. Elsa Di Leone

Sub-secretario

Dra. Adriana Pesci Feltri

Tesorero

Dra. María Teresa Coutinho

Bibliotecario

Dr. César Pacheco Porras

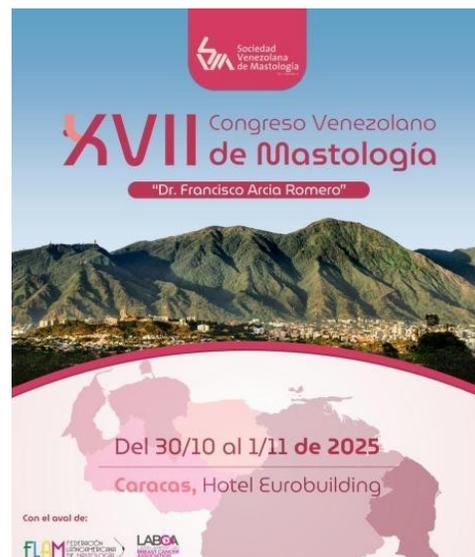
Vocal

Dr. Felipe Saldivia Saldivia

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 Mastológica. Para tal fin, se publica información epidemiológica, prevención, tratamiento quirúrgico, radiante y sistémico (quimioterapia, hormonoterapia y otros), por lo que sea dividido esta publicación en cuatro secciones. Normas generales de publicación: 1.- Serán aceptados artículos originales, de revisión, epidemiológicos, análisis de temas controversiales y sobre casos clínicos de relevancia. Todos los artículos serán revisados aprobados para publicación por un Comité de Redacción creado a tal efecto. 2.- Por razones de espacio deben ser resumidos, presentados en hoja blanca tamaño carta (no más de 4 páginas) a doble espacio, letra tamaño 12 y con no menos de 2,5 cm de margen en 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 el caso de más de seis referencias se debe indicar con un asterisco las más importantes, las cuales aparecen 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 sencilla, pequeñas, con líneas a doble espacio e identificadas con números romanos. Las figuras (gráficos) deben identificarse con números arábigos. En el texto se citarán las 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 aquella 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 publicación 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.

INFORMACIÓN DE CONTENIDO

Editorial del Capítulo Andino. Dr. Antonio Petrilli..	Pág. 2
Editorial del Capítulo Occidental. Dr. Jorge Uribe...	Pág. 3
Ultrasonido Intraoperatorio: una herramienta indispensable para el cirujano mastólogo. Dr. César Ramírez	Pág. 5
REDCAM TÁCHIRA La necesidad del registro de pacientes con cáncer de mama en el Edo. Táchira. Dra. Nelly Carrero	Pág.8
Una visión de las estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama. Dr. Fabio Adami.....	Pág.12
Resonancia mamaria: indicaciones, limitaciones, hallazgos claves y nuevas aplicaciones (full, abreviada y ultrafast) Dr. Oswaldo Ramos	Pág.14





Editorial - Septiembre 2025

Dr. Antonio Petrilli

Cirujano Oncólogo

Presidente del Capítulo Andino de la SVM.

Clínica de Mamas, San Cristóbal - Edo. Táchira

Con gran entusiasmo recibimos la noticia que, después de varios años de ausencia, se reactiva "La Carta Mastológica" de la Sociedad Venezolana de Mastología, esta publicación que en el pasado fue un pilar de nuestra comunidad, tiene el potencial de convertirse nuevamente en una herramienta indispensable para el desarrollo, la difusión del conocimiento y la actualización en el campo de la mastología en Venezuela.

"La Carta Mastológica" no solo será un espacio para publicar artículos científicos, sino, también una ventana para el debate, la reflexión y el intercambio de ideas.

"La Carta Mastológica" nos brindará una plataforma para divulgar información crucial sobre estrategias a seguir, educar a la comunidad médica y porque no, concientizar a la población general.

Como Presidente del Capítulo Andino de la Sociedad de Mastología, asumo el compromiso de trabajar con ahínco para que la Carta Mastológica ocupe un lugar preponderante dentro de las publicaciones científicas nacionales.

Invito a cada uno de ustedes a sumarse a esta empresa, juntos podemos hacer la diferencia.

Gran saludo.



 Sociedad Venezolana de Mastología

XVII Congreso Venezolano de Mastología

"Dr. Francisco Arcia Romero"

Del 30/10 al 1/11 de 2025

Caracas, Hotel Eurobuilding

svmastologia.org

Con el aval de:

 FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE MASTOLOGÍA  LATINOAMERICAN BREAST CANCER ASSOCIATION



Editorial - Septiembre 2025

Dr. Jorge Uribe

Cirujano Oncólogo/Mastólogo

Presidente Capítulo Occidental de la SVM.

Clínica de Mamas, Barquisimeto - Edo. Lara

EL PARADIGMA DEL CIRUJANO MASTÓLOGO MODERNO: ESCALAR O DESESCALAR

Nos encontramos en una era fascinante y, a la vez, desafiante para la mastología. El mundo oncológico, casi en su totalidad, ha abrazado un concepto, la filosofía de "desescalar". Se trata de una búsqueda incesante donde "menos, es más", o "menos es igual", siempre y cuando se preserve la irrenunciable seguridad oncológica y se disminuya la morbilidad para nuestras pacientes. Esta tendencia es palpable en cada área de la mastología. En la Oncología Médica, se busca activamente evitar quimioterapias innecesarias mediante el uso de plataformas genómicas como el OncotypeDx®, entre otras, con el objetivo de identificar con precisión quién realmente se beneficia, o incluso reducir la intensidad y duración de los tratamientos. En la Radioterapia, la tendencia es igualmente clara, se avanza hacia la reducción del volumen de tejido irradiado a través de la radioterapia parcial de la mama (IPM) o la optimización de esquemas como el hipofraccionamiento acelerado y en algunos casos planteamos la posibilidad de no irradiar la axila, cuando los ganglios cN1 se transforman en ypN0 luego del tratamientos neoadyuvantes. En nuestro campo, la cirugía, hemos

protagonizado evoluciones notables. El viaje desde la mastectomía radical a la mastectomía preservadora y hasta la mastectomía conservadora de piel y complejo areola-pezón con reconstrucción oncoplastica inmediatas, son testimonios de nuestro progreso. En la axila, el cambio ha sido monumental, con el estudio ACOSOG Z0011 pasamos de la disección axilar sistemática al ganglio centinela. Hoy, gracias a estudios de referencia como el, SOUND, INSEMA Y TAXIS, se intenta principalmente omitir la cirugía axilar después de haber evaluado los ganglios axilares con ultrasonido y determinar cuales son sospechosos para metástasis y estudiarlos con biopsias previas a la cirugía o marcar los enfermos para selectivamente extraerlos. Hemos incluso considerado omitir cualquier tipo de cirugía axilar en pacientes de muy bajo riesgo como aquellas post menopáusicas, con tumores luminales menores de 20 mm y axilas negativas al examen físico y el ultrasonido. La mayoría de los ensayos modernos que estudian la axila y proponen nuevas técnicas, tienen como objetivo principal, preservar los ganglios que drenan el miembro superior, para evitar el linfedema.

Por lo tanto, mientras nuestras manos aprenden a ser menos invasivas, nuestras mentes están obligadas a ser más expansivas. Es imperativo escalar en conocimiento. El cirujano mastólogo no puede, bajo ningún concepto conformarse con ser un mero ejecutor técnico de una cirugía rutinaria. Sería un grave error pensar que la cirugía es el elemento central y único de un equipo multidisciplinario. En esta era de multimodalidad, de plataformas genómicas, del ultrasonido mamario como

herramienta de importancia fundamental en el diagnóstico de las enfermedades de la mama y de la axila, con tratamientos que alcanzan tasas de curación extraordinarias, el cirujano mastólogo, debe escalar en la amplitud de su saber, abrazando la totalidad de lo que representa el manejo del cáncer de mama. Es imperativo entonces para nuestra conveniencia y la de nuestros pacientes, que rechacemos la inercia profesional, estancarse es retroceder. No podemos permitirnos una actitud estática en nuestra práctica. La mastología no es solo la práctica de la cirugía; es un viaje en constante evolución. Seamos integrales, es imperativo que estemos al día con cada nueva realidad, tecnología y práctica, no solo las quirúrgicas. Un cirujano mastólogo debe dominar el lenguaje de la genómica, comprender las sutilezas del diagnóstico por imágenes y participar activamente en las decisiones de la oncología médica y la radioterapia. Es obligatorio evolucionar continuamente, sin importar la edad. La obligación es actualizarse, debemos explorar continuamente nuevas alternativas para mejorar nuestras habilidades y los resultados para nuestras pacientes. La medicina nos pide desescalar nuestros tratamientos, hacerlos más precisos, más amables. Pero a nosotros, los cirujanos, se nos exige lo contrario, debemos escalar incansablemente en nuestros conocimientos. Les insto a abrazar esta realidad, pues es crucial para nuestro propio beneficio y, fundamentalmente, para el de nuestras pacientes.

Solo así podremos ser calificados como **Mastólogos Modernos**.



The poster features a blue sky background with a photograph of a city and mountains. A pink banner at the top contains the society's logo and name. The main title 'XVII Congreso Venezolano de Mastología' is in large, stylized letters, with the subtitle '“Dr. Francisco Arcia Romero”' in a pink oval below it. The dates 'Del 30/10 al 1/11 de 2025' and location 'Caracas, Hotel Eurobuilding' are displayed over a map of South America. The website 'svmastología.org' is at the bottom, along with logos for 'FLAM' and 'LABCA'.

Sociedad Venezolana de Mastología

XVII Congreso Venezolano de Mastología

“Dr. Francisco Arcia Romero”

Del 30/10 al 1/11 de 2025

Caracas, Hotel Eurobuilding

svmastología.org

Con el aval de:

FLAM FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE MASTOLOGÍA

LABCA LATINOAMERICAN BREAST CANCER ASSOCIATION



ULTRASONIDO INTRAOPERATORIO: UNA HERRAMIENTA INDISPENSABLE PARA EL CIRUJANO MASTÓLOGO

Dr. César Ramírez
Cirujano Mastólogo
Secretario del Capítulo Andino de la SVM
Adjunto del Servicio de Cirugía Oncológica del IHULA

El ultrasonido intraoperatorio (USIO) ha revolucionado la cirugía mamaria, transformándose de un complemento a un pilar esencial en el arsenal del cirujano mastólogo. Esta técnica, accesible, segura y en tiempo real, permite una evaluación dinámica de la lesión, los márgenes quirúrgicos y las estructuras adyacentes durante la cirugía. Su aplicación abarca desde la localización precisa de lesiones no palpables y la guía para biopsias, hasta la evaluación crítica de los márgenes de escisión en cirugía conservadora y la identificación de ganglios centinela o sospechosos. Este artículo revisa la evidencia actual que respalda su uso sistemático, demostrando su impacto significativo en la reducción de reintervenciones por márgenes comprometidos, la optimización de los resultados oncológicos y cosméticos, y la mejora en la eficiencia quirúrgica, consolidándolo como una herramienta indispensable para el cirujano mastólogo moderno.

La cirugía oncoplástica mamaria exige precisión máxima. Tradicionalmente, métodos como la palpación, la localización con arpón guiada por estereotaxia (LGGE) o el marcaje preoperatorio con partículas radiactivas (ROLL) aun siguen siendo utilizados. Sin embargo, el USIO emerge como una alternativa superior en múltiples escenarios, con ventajas claras respaldadas por la literatura reciente. Se realizó una búsqueda en PubMed, SciELO y LILACS (2019-2024) usando términos "intraoperative ultrasound breast cancer", "USIO márgenes", "ecografía intraoperatoria Venezuela". Se priorizaron metanálisis, ensayos clínicos

y estudios locales.

1. Localización de Lesiones No Palpables vs. Arpón: Estudios comparativos demuestran que el USIO es igualmente efectivo que el arpón para localizar lesiones no palpables, pero con significativas ventajas: elimina la incomodidad y ansiedad preoperatoria del arpón para la paciente, evita la dificultad en la correlación mamografía-campo quirúrgico, ofrece flexibilidad en la programación quirúrgica y reduce costos asociados al procedimiento de localización [1, 2]. López y Díaz (2024), en un estudio multicéntrico venezolano, confirmaron estos hallazgos en una cohorte de 185 pacientes, observando además una reducción del dolor postoperatorio y de la ansiedad asociada al uso de localizadores metálicos prequirúrgicos [3]. Yamashita et al. (2023) describieron el uso de transductores de alta frecuencia para mejorar la resolución en tumores subcentimétricos, logrando una exactitud de 98 % en la resección completa de lesiones ≤ 1 cm [4].
2. Evaluación de márgenes intraoperatorios: esta es la aplicación más impactante del USIO. La evaluación visual y palpatoria de los márgenes es subóptima, con tasas de reintervención por márgenes positivos reportadas hasta en un 20-40% en cirugía conservadora. Estudios prospectivos y retrospectivos robustos muestran que la evaluación sistemática de los márgenes con USIO durante la

cirugía reduce drásticamente estas tasas de reintervención [5, 6, 7]. El USIO permite al cirujano mastólogo mapear la lesión en 3D y evaluar el margen en múltiples planos en tiempo real, guiando resecciones adicionales inmediatas si son necesarias. Esto contrasta con la evaluación de márgenes por patología de rutina, que es postoperatoria y requiere una segunda cirugía si son positivos. Pons et al. (2020) demostraron en un ensayo aleatorizado (n=312) que el USIO reduce los márgenes positivos en un 69% (4.8% vs. 15.6%; $p < 0.01$) y las reintervenciones en 80%, validando su superioridad sobre la palpación [8]. En Venezuela, una cohorte multicéntrica (n = 198) dirigida por Pérez et al. (2023) reportó solo un 6,5 % de márgenes positivos con USIO, comparado con el 18,7 % en controles históricos sin guía ecográfica [9]. Este beneficio también se reflejó en la revisión sistemática de Yamada et al. (2019), que reportó una sensibilidad del 95 % y especificidad del 92 % en la identificación de márgenes tumorales con USIO frente al 78 % y 84 % con métodos convencionales [10]. Carlson et al. (2021) evaluaron el impacto del USIO en el tiempo operatorio y demostraron que, pese a un ligero aumento inicial de 12 min en el quirófano, se compensaba con una menor tasa de reoperaciones y mejor control cosmético a largo plazo [11]

3. Guía para biopsia de ganglio centinela y ganglios axilares: el USIO permite identificar ganglios centinela marcados preoperatoriamente (con radioisótopo o carbón activado) durante la cirugía, facilitando su localización precisa y minimizando la disección innecesaria [12]. Más importante aún, permite la evaluación intraoperatoria de ganglios axilares sospechosos palpables o identificados durante la cirugía. La biopsia guiada por USIO de un ganglio metastásico evidente puede evitar una biopsia de ganglio centinela innecesaria y guiar directamente a la linfadenectomía axilar en el

mismo acto quirúrgico [13]. Tsou et al. (2022) compararon USIO y técnicas de mapeo linfático con azul de metileno, mostrando una tasa de detección del 97 % vs. 89 % respectivamente, sin comprometer la especificidad nodal [14].

4. Otras Aplicaciones y Ventajas:

- El USIO identifica la fascia pectoral y las perforantes de la arteria torácica interna, cruciales en la reconstrucción colgajos DIEP y se ve reflejada en la reducción de necrosis en 12% [15].
- En tumores con clip post-neoadyuvancia, el USIO localiza el lecho tumoral residual con sensibilidad del 93% vs. 78% de la palpación [16].
- El equipo de ultrasonido es generalmente más accesible que otros sistemas de localización intraoperatoria (como ROLL o SAVI SCOUT) en muchos entornos, incluido el nuestro. No utiliza radiación ionizante y tiene un bajo costo operativo recurrente [17].

A pesar de los beneficios que se dan a conocer, existen limitaciones y desafíos técnicos como en los casos de mamas densas, una curva de aprendizaje de >20 procedimientos [11] y en las lesiones con microcalcificaciones que precisan una correlación con estereotaxia.

Conclusiones:

La evidencia acumulada en la última década es contundente: el ultrasonido intraoperatorio ha dejado de ser una opción para convertirse en una herramienta fundamental e indispensable para el cirujano mastólogo contemporáneo. Sus múltiples aplicaciones – localización precisa de lesiones no palpables sin las desventajas del arpón, evaluación dinámica y optimización de los márgenes quirúrgicos en tiempo real, reduciendo drásticamente las reintervenciones, y

guía para el manejo axilar – impactan directamente en la calidad de la cirugía, los resultados oncológicos, el bienestar de la paciente.

Su implementación sistemática en la cirugía conservadora de mama debe ser considerada un estándar de calidad. La curva de aprendizaje es razonable, y los beneficios superan ampliamente cualquier desafío inicial. Instamos a los cirujanos mastólogos y a las instituciones a priorizar el acceso, entrenamiento y uso rutinario del ultrasonido intraoperatorio. Adoptar esta tecnología no solo mejora nuestra práctica individual, sino que eleva el estándar de manejo oncológico mamario que ofrecemos a nuestras pacientes en Venezuela.

En nuestra práctica diaria, llevamos a cabo de manera sistematizada el marcaje preoperatorio guiado por ultrasonido evaluando tamaño tumoral y márgenes quirúrgicos, posteriormente la resección y la comprobación de los márgenes en la pieza quirúrgica intraoperatoria, los cuales se correlacionan en la misma línea de tiempo con los hallazgos anatomopatológicos, dando como resultado el no reintervenir pacientes por márgenes positivos.

Referencias:

1. Ahmed M, Douek M. Radioactive seed localization versus wire-guided localization for non-palpable breast lesions: A systematic review and meta-analysis. *Breast J.* 2021;27(3):236-244.
2. Postma EL, et al. Ultrasound-guided breast-sparing surgery to improve cosmetic outcomes and quality of life. A prospective multicenter randomized controlled trial (COBALT trial). *Ann Surg Oncol.* 2021;28(9):5150-5158.
3. López JM, Díaz R. Ultrasonido intraoperatorio en cirugía conservadora de mama: experiencia multicéntrica venezolana. *Rev Soc Venez Mastol.* 2024;15(1):12-20.
4. Yamashita A, Suzuki T, Horiuchi S, et al. High-frequency ultrasound transducers for localization of subcentimeter breast tumors intraoperatively. *Surg Oncol.* 2023;49:102135.
5. Krekel NMA, et al. Intraoperative ultrasound guidance for palpable breast cancer excision (COBALT trial): A

6. multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2023;24(3):262-270.
6. Karanlik H, et al. Intraoperative ultrasound reduces the need for re-excision in breast-conserving surgery. *World J Surg.* 2021;45(4):1095-1101.
7. Thill M, et al. Intraoperative assessment of margins in breast conservative surgery - still in use? *J Surg Oncol.* 2021;123(3):715-720.
8. Pons M, García F, Ruiz H, et al. Intraoperative ultrasound reduces positive margins in breast-conserving surgery: a randomized clinical trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2020;182(3):523-531.
9. Pérez M, Rodríguez L, Gómez P, et al. Experiencia multicéntrica venezolana en ultrasonido intraoperatorio para márgenes mamarios. *Rev Soc Venez Mastol.* 2023;16(2):45-52.
10. Yamada S, Nakamura K, Tanaka M, et al. Accuracy of margin assessment with intraoperative ultrasound in breast-conserving surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Surg Oncol.* 2019;120(5):892-901.
11. Carlson GW, Butler CE, Hughes LE. The role of intraoperative ultrasound in breast surgery: impact on operative time and re-excision rates. *Ann Surg Oncol.* 2021;28(2):670-678.
12. Park S, et al. Feasibility of intraoperative ultrasound guidance for sentinel lymph node biopsy in breast cancer. *J Ultrasound Med.* 2022;41(1):151-159.
13. Diego EJ, et al. Intraoperative ultrasound of the axilla in breast cancer surgery: A systematic review. *Ann Surg Oncol.* 2023;30(1):60-71.
14. Tsou Y-Y, Lin C-H, Chen J-K, et al. Intraoperative ultrasound versus methylene blue for sentinel lymph node identification in breast cancer. *Surg Oncol.* 2022;45:101712.
15. Gray RJ, Butler CE, Hughes LE. Intraoperative ultrasound in breast cancer surgery: A review of current applications and future perspectives. *Gland Surg.* 2022;11(1):248-60.
16. Diego EJ, McAuliffe PF, Soran A, et al. Intraoperative ultrasound of the axilla in breast cancer surgery: A systematic review. *Ann Surg Oncol.* 2023;30(1):60-71.
17. Gray RJ, et al. Intraoperative ultrasound in breast cancer surgery: A review of current applications and future perspectives. *Gland Surg.* 2022;11(1):248-260.



REDCAM - TÁCHIRA. LA NECESIDAD DEL REGISTRO DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL ESTADO TÁCHIRA

Dra. Nelly Carrero
Cirujano Oncólogo - Mastólogo
Policlínica Táchira
Hospital Oncológico del Táchira

El cáncer de mama sigue siendo la principal causa de muerte oncológica en las mujeres venezolanas, y en el mundo. Una de cada 8 mujeres será diagnosticada con cáncer de mama a lo largo de su vida.

Lamentablemente, en nuestro país no tenemos datos exactos sobre cuántas mujeres padecen o mueren por cáncer de mama, lo que impide tomar medidas para combatir y disminuir la incidencia y mortalidad por dicha causa. Es grave el subregistro de casos y muertes por esta enfermedad, tanto a nivel nacional como estatal.

En Venezuela, desde 1976, con el decreto de creación de la Dirección de Oncología, se consideró obligatorio la organización de un registro nacional de cáncer. Dadas las limitaciones actuales del Programa de control del cáncer del Ministerio del Poder Popular para la Salud, la información recogida en la mayoría de estos centros, tiende a ser insuficiente por aumento del índice de subregistros u omisiones de casos.

De acuerdo con el registro Central de Cáncer de Venezuela hasta el año 2015 (último boletín oficial), se diagnosticaron 6.293 mujeres con cáncer de mama. Sin embargo, según los datos estimados por parte del Observatorio Mundial del Cáncer, 8.896 mujeres habrían sido diagnosticadas por esta misma enfermedad en el año 2020, con un total de 3.258 muertes a causa de cáncer de mama, cifra que ascendió a 3.515 al cierre de 2023, según datos aportados por la Sociedad Anticancerosa de Venezuela, lo que lo ubica en el *tipo*

de cáncer más frecuente y por el cual fallecen más mujeres en Venezuela, convirtiéndolo en un problema de salud pública.

Esta situación empeora por la falta de recursos y la carente infraestructura del sistema de salud pública venezolano, lo que dificulta el diagnóstico temprano y el acceso a tratamientos adecuados. Por ello es necesario promover y fortalecer los programas de detección temprana, garantizar los tratamientos oncológicos (quimioterapia, radioterapia, cirugía, hormonas y terapia biológica), así como mejorar los sistemas de registro de datos sobre incidencia y mortalidad por cáncer de mama.

Esto, automáticamente nos plantea la necesidad de crear un sistema de registro de pacientes para recopilar, almacenar y gestionar información sobre esta población, importante para la vigilancia del cáncer de mama, ya que proporcionan datos que puedan servir de base para la investigación oncológica y para evaluar y planificar estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento.

La información que se recogerá incluye datos demográficos, detalles del diagnóstico y tratamiento, y se utilizará para comprender patrones de la enfermedad, identificar poblaciones en riesgo y evaluar la efectividad de las intervenciones de la salud pública.

¿Qué información se incluirá?

- Datos demográficos: nombre, fecha y lugar de nacimiento, raza, género, edad, número cédula de identidad, dirección, número telefónico, persona de contacto, sitio donde recibe atención médica (pública o privada)
- Información del diagnóstico: tipo histológico, localización del tumor (lateralidad y ubicación horaria), estadio, clasificación por Inmunohistoquímica.

- Datos del tratamiento: esquema de tratamiento recibido, ciclos, neoadyuvancia o adyuvancia, concurrencia. Quimioterapia, radioterapia, cirugía, tratamiento hormonal, terapia biológica.
- Resultados: estado actual del paciente, libre de enfermedad, progresión local o a distancia, recaída, causa de muerte, tiempo de supervivencia.

Esta información deberá recogerse de forma sencilla, en un formulario de fácil aplicación y llenado por parte del personal de salud, desde Especialistas en el área, hasta estudiantes de medicina en práctica hospitalaria, por lo tanto el lenguaje del instrumento de recolección o ficha del paciente debe ser sencillo y de interpretación fácil y clara, de llenado rápido y preciso, que no motive a confusiones ni abandono en la recolección de la información.

El número de aplicaciones móviles de salud está aumentando rápidamente, por esto se plantea que este instrumento de Registro de Datos pueda ser bajo la forma de una aplicación (App) de celular, compatible con cualquier teléfono, lo que garantizará su fácil y rápido llenado, pasando a formar parte de la gran base de datos en la que se podrán encontrar todos los pacientes con cáncer de mama, registrados por esa vía.

La información allí obtenida deberá ser procesada y analizada para identificar los factores de riesgo, resultados de tratamiento y la distribución del cáncer de mama en nuestra entidad, así como para garantizar la inclusión de estos pacientes en programas de salud para la obtención de tratamiento médico, quirúrgico oncológico o de radioterapia, además de evaluar la efectividad del sistema de salud.

Contar con un registro preciso de los casos de cáncer es fundamental para poder desarrollar políticas de prevención, detección temprana y tratamiento eficaz, además, la disponibilidad de datos confiables sobre la incidencia y prevalencia de esta enfermedad es crucial

para la planificación y la asignación de recursos en el sistema de salud.

La invitación es para todo el personal médico de la entidad, tanto de sistema público y privado, para que se incorporen al sistema de registro de pacientes con cáncer de mama del Estado Táchira, **RECAM – TÁCHIRA**, para poder tener información suficiente en los aspectos epidemiológicos, clínicos y de evaluación de todos los pacientes que son diagnosticados con este flagelo.

Solo a través de un registro integral del cáncer, podremos avanzar en la lucha contra esta enfermedad y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen. Hagamos frente al cáncer juntos, trabajando en la construcción y fortalecimiento de registros eficaces que permitan combatir esta enfermedad de manera más efectiva.



Sociedad Venezolana de Mastología

XVII Congreso Venezolano de Mastología

"Dr. Francisco Arcia Romero"

Del 30/10 al 1/11 de 2025

Caracas, Hotel Eurobuilding

Con el aval de:

FLAM FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE MASTOLOGÍA LABCA ASOCIACIÓN VENEZOLANA DE MASTOLOGÍA



UNA VISIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL CÁNCER DE MAMA

Dr. Fabio Adami
Cirujano Mastólogo
Clínica IDB, Barquisimeto Edo. Lara
Vocal del Capítulo Occidental de la SVM

Un punto de partida fundamental consiste en reconocer que “ningún individuo se encuentra preparado para recibir un diagnóstico de cáncer”. Ante esta situación, la paciente recurre a una serie de estrategias destinadas a gestionar las elevadas demandas físicas y emocionales que trae consigo la enfermedad, las cuales, en una primera etapa, suelen ser percibidas como desbordantes respecto a los recursos de cada individuo.

Desde la perspectiva teórica propuesta por Lazarus y Folkman, es relevante destacar que la valoración del cáncer como una amenaza constituye el eje central del proceso de afrontamiento. Dichas estrategias se entienden como dinámicas y cambiantes, lo que abre un abanico de posibilidades que pueden traducirse en un mejor ajuste a la enfermedad.

Asimismo, los rasgos de personalidad y la estabilidad emocional premórbida desempeñan un papel crucial en la manera en que los pacientes enfrentan los estresores vitales. En los pacientes con cáncer de mama, estos factores se relacionan con la respuesta cognitiva, es decir, como se procesa la información y las creencias asociadas a la enfermedad, así como con las respuestas conductuales, que abarcan actitudes de afrontamiento activo, evitación o negación. Por este motivo, es muy importante durante la consulta clínica, evaluar las experiencias previas del paciente y de su entorno familiar, así como los mitos y creencias existentes en torno al cáncer, ya que cada uno de estos elementos

influyen directamente en la manera en que la persona percibe y actúa frente a la amenaza que representa la enfermedad.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	ESQUEMA DE SUPERVIVENCIA		
	Diagnóstico	Control	Pronóstico
Espíritu de lucha	Desafío	Capacidad de control	Bueno No psicopatología
Evitación/ Negación	Mínima amenaza	Irrelevante	Bueno Posible abuso de sustancias
Fatalismo	Amenaza no muy grave	Depende de otros	No conocido Trastornos adaptativos
Indefensión	Pérdida	No hay control	Malo Trastornos depresivos
Preocupación Ansiosa	Fuerte amenaza	Capacidad de control	Incierto T. Ansiedad T. Somatomorfos

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL CONTROL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Control y pronóstico no siempre corresponden a una realidad objetiva, sino que muchas veces constituyen una percepción del paciente. Llama la atención observar

que, tanto en estrategias basadas en la evitación/negación como en aquellas caracterizadas por el “espíritu de lucha”, el pronóstico sea interpretado como optimista, aunque desde perspectivas diferentes. Finalmente, ambas estrategias permiten a la paciente controlar la ansiedad ante el diagnóstico.

La evitación/negación constituye una estrategia de afrontamiento centrada en la emoción, orientada a reducir el impacto del estrés mediante la evasión, la negación, el escape o el aislamiento. En contraste, el espíritu de lucha representa un afrontamiento centrado en el problema, generalmente vinculado a rasgos de personalidad previos y a las diferentes respuestas frente a situaciones adversas, donde la enfermedad es vista como un desafío. Este último implica participar activa y conscientemente en la búsqueda de información, planificación y resolución de problemas, no existe psicopatología en este caso.

En el contexto del cáncer de mama, son estas las pacientes que suelen solicitar información detallada y estadísticas precisas para participar activamente en la toma de decisiones, como la elección entre cirugía preservadora o mastectomía radical modificada. Involucrar a la paciente en dicho proceso incrementa su percepción de control y facilita la adaptación al tratamiento.

Si profundizamos, entendemos que la evitación constituye una estrategia más amplia que la negación. Implica alejarse del problema en lugar de afrontarlo. Puede presentarse en forma cognitiva (distracción, supresión de pensamientos relacionados con la enfermedad, evitación de conversaciones sobre el diagnóstico) o conductual (no asistir a consultas médicas, posponer tratamientos, evitar entornos asociados a la enfermedad). La negación implica un rechazo parcial o total, consciente o inconsciente, de la realidad del diagnóstico, minimizando posiblemente su gravedad o desconociendo las recomendaciones

médicas. Este mecanismo puede servir como un amortiguador inicial para procesar una noticia abrumadora, permitiendo que la persona se adapte a la nueva realidad de forma gradual.

Aunque la negación puede ser adaptativa, su uso prolongado se relaciona con menor adherencia terapéutica y peores desenlaces clínicos. En estos casos, la intervención debe ser abordada por profesionales de la salud; ahora bien, es hasta cierto punto esperable que existan elementos de negación en la narrativa de la pacientes en las primeras consultas, desde mi perspectiva no es necesario confrontarlos de entrada, habitualmente esas muletas mentales caen solas. En muchas ocasiones nos apresuramos y el tiempo de los procesos no son respetados.

Respecto al término “espíritu de lucha”, si bien algunos enfoques actuales desaconsejan su uso por connotaciones que son comprensibles, lo esencial es que habla acerca de la participación activa y consciente de la paciente en su proceso de afrontamiento. Si la paciente está en sintonía con luchar contra este desafío que le presenta la vida, pues estará alineada de un modo figurativo con su sistema inmunológico que con sus linfocitos T, B, macrófagos, células NK, libra verdaderamente una batalla; ahora bien, si toda esta terminología “cuartelaria” no resuena con el marco de referencia de la paciente podríamos también entenderla de un modo práctico como una siembra o un cultivo que merece atención y cuidado permanente. Desde mi perspectiva conviene que nuestra aproximación sea ecléctica lo que se traduce en un mejor ajuste a la enfermedad.

Otras estrategias de afrontamiento incluyen:

- Fatalismo: se caracteriza por una aceptación pasiva, donde el control se atribuye a factores externos como la familia, los médicos o la voluntad divina. Aunque puede coexistir con

creencias religiosas, en algunos casos conduce a trastornos adaptativos y abandono del tratamiento. No obstante, la reinterpretación de dichas creencias puede facilitar la adherencia terapéutica.

- Indefensión: el diagnóstico es percibido como una pérdida devastadora, independientemente del estadio de la enfermedad o del pronóstico real.
- Preocupación ansiosa: el cáncer es vivido como una amenaza intensa; aunque existe percepción de cierto control, este se ejerce a través de una preocupación excesiva que suele acompañarse de trastornos de ansiedad severos.

Diversos estudios coinciden en que el equilibrio entre estrategias centradas en el problema y en la emoción constituye el escenario más favorable para la adaptación del paciente. Por ello, además del tratamiento oncológico estándar (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia o terapias dirigidas), es fundamental ofrecer un espacio de atención psicológica que permita abordar no solo el diagnóstico, sino también la historia personal y social de la paciente. Aspectos como la construcción de la feminidad, los roles de género, las expectativas sociales y la autoexigencia suelen tener un impacto directo en la inmunocompetencia y en la forma de enfrentar la enfermedad.

En este sentido, la atención integral debe propiciar un proceso de resignificación personal, en el que la paciente pueda deconstruir y reconstruir sus creencias, generando nuevas formas de relacionarse con la vida, la salud y la enfermedad. Es importante internalizar que más allá de lo que sucede fuera, es determinante lo que sucede dentro. El reto es que nuestra paciente se sienta nuevamente una mujer plena y esa plenitud pasa también por conectar con un propósito de vida.

Referencias

1. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company.
2. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
3. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: A critical examination. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 462–476). Oxford University Press.
4. Buss, K., & Zupancic, M. (2007). Coping strategies and adjustment to a breast cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 16(11), 1011-1020.



RESONANCIA MAMARIA: INDICACIONES, LIMITACIONES, HALLAZGOS CLAVES Y NUEVAS APLICACIONES (FULL, ABREVIADA Y ULTRAFASST):

Dr. Oswaldo Ramos

Imagenólogo

Clínica La Sagrada Familia, Maracaibo - Edo. Zulia
Vocal del Capítulo Occidental de la SVM

La RM mamaria se ha establecido como estándar en la evaluación de mujeres de alto riesgo y en estadificación local del cáncer. El “full protocol” sigue siendo referencia para diagnóstico exhaustivo, pero el AB-MRI (Abbreviated Breast MRI) ofrece una alternativa rápida y costo-efectiva para cribado, especialmente donde el tiempo y la capacidad de escáner son limitados. La UF-MRI (Ultrafast Breast MRI) añade valor en la caracterización dinámica temprana, pudiendo integrarse al protocolo completo o abreviado.

No obstante, la RM presenta limitaciones: menor especificidad que mamografía, requerimiento de gadolinio, alto costo y menor disponibilidad.

La estandarización de AB-MRI y UF-MRI requiere validación multicéntrica y análisis de costo-efectividad a gran escala.

La RM mamaria se ha consolidado como el estudio de mayor sensibilidad para la detección del cáncer de mama, especialmente en mujeres con alto riesgo y en casos complejos. Su uso se ha expandido más allá del protocolo completo tradicional (full protocol MRI), incorporando modalidades abreviadas (Abbreviated Breast MRI) y ultrarrápidas (Ultrafast Breast MRI), que buscan mejorar eficiencia y accesibilidad. El reto radica en balancear su alto rendimiento diagnóstico con limitaciones inherentes como costo, disponibilidad y tasa de falsos positivos.

Indicaciones de RM mamaria:

- Cribado en alto riesgo: mutaciones BRCA1/2, antecedentes familiares significativos, radioterapia torácica previa, riesgo $\geq 20-25\%$.
- Evaluación de extensión tumoral: identificación de multifocalidad, multicentricidad y carcinoma contralateral oculto.
- Monitorización de terapia neoadyuvante: valoración de respuesta y predicción de respuesta patológica completa.
- Implantes mamarios: diagnóstico de rotura intracapsular y extracapsular.
- Casos problemáticos: hallazgos discordantes en mamografía/ecografía.

Modalidades técnicas

Full protocol MRI:

Duración: 20–30 minutos.

Secuencias: T1 pre y post contraste, T2, STIR, difusión, dinámica multipase.

Mayor información anatómica y funcional.

Abbreviated Breast MRI (AB-MRI)

Duración: 3–10 minutos.

Generalmente 1 pre contraste y 1 post contraste + sustracción y MIP.

Sensibilidad comparable al full protocol, menor especificidad en algunos estudios.

Ultrafast Breast MRI (UF-MRI)

Adquisición en segundos tras la inyección de contraste.

Captura fases de realce arterial precoz, útil en caracterización cinética y reducción de artefactos.

Descripción:

- Alto riesgo ($>20-25\%$): AB-MRI anual; full protocol si hallazgos sospechosos.
- Cáncer diagnosticado: full protocol \pm UF-MRI para cinética temprana.
- Implantes: full protocol sin contraste con secuencias específicas.
- Caso no resuelto por mamografía/ecografía: full protocol.
- UF-MRI: integrable a cualquier protocolo para información precoz.

Característica	Full protocol MRI	Abbreviated Breast MRI (AB-MRI)	Ultrafast Breast MRI (UF-MRI)
Duración de adquisición	20–30 min	3–10 min	20–60 s
Secuencias típicas	T1, T2, STIR, difusión, dinámica multipase	1 pre, 1 pos, sustracción y MIP	3D T1 alta temporalidad (1–3 s/volumen)
Sensibilidad	90–100 %	88–95 %	Similar para lesiones con realce precoz
Especificidad	70–80 %	65–80 %	Similar o ligeramente inferior
Ventajas	Información anatómica y funcional completa	Menor tiempo y costo	Caracterización cinética temprana
Limitaciones	Largo tiempo y costo	Menos datos en lesiones complejas	No sustituye full protocol
Uso típico	Diagnóstico exhaustivo	Cribado alto riesgo	Complemento dinámico precoz

Paciente candidata a RM mamaria

- |
- | — Alto riesgo (>20–25%)
 - | — Cribado → AB-MRI anual
 - | — Hallazgo sospechoso → Full protocol ± UF-MRI
- |
- | — Cáncer de mama diagnosticado
 - | — Full protocol ± UF-MRI
- |
- | — Implantes mamarios
 - | — Full protocol sin contraste (secuencias específicas)
- |
- | — Hallazgos no concluyentes en mamografía/ecografía
 - | — Full protocol

La integración de protocolos completos, abreviados y ultrafast en la práctica clínica amplía el espectro de aplicación de la RM mamaria, adaptando el estudio a las necesidades y al perfil de riesgo de la paciente. El radiólogo debe dominar los hallazgos clave y las indicaciones de cada modalidad para optimizar el rendimiento diagnóstico.

Referencias

1. Kuhl Ch. The Current Status of Breast MR Imaging Part I. Choice of Technique, Image Interpretation, Diagnostic Accuracy, and Transfer to Clinical Practice. *Radiology* 2007 244:2, 356-378

2. Kuhl Ch. Current Status of Breast MR Imaging Part 2. Clinical Applications. *Radiology* 2007 244:3, 672-691
3. Mann R, Cho N, Moy L. Breast MRI: State of the Art. *Radiology* 2019 292:3, 520-536
4. Sardanelli, F, Boetes C, Borisch B, Decker T, Federico M, Gilbert F, et al. Magnetic resonance imaging of the breast: Recommendations from the EUSOMA working group. *European Journal of Cancer*, Volume 46, Issue 8, 1296 - 1316
5. Rahbar H, Kurland B, Olson M, Kitsch A, Scheel J, Chai X, et al. Diffusion Weighted Breast MRI: A semi-automated voxel selection techniques improves inter-reader reproducibility of apparent diffusion coefficient measurements. *Acad Radiol.* 2012;19(6):661-76.



The poster features a blue and pink color scheme. At the top right is the logo of the Sociedad Venezolana de Mastología. The main title is 'XVII Congreso Venezolano de Mastología' in large, stylized letters. Below the title is a red banner with the name 'Dr. Francisco Arcia Romero'. The background shows a scenic view of a city with mountains. At the bottom, there is a map of South America with the text 'Del 30/10 al 1/11 de 2025' and 'Caracas, Hotel Eurobuilding'. The website 'svmastologia.org' is listed at the bottom right. Logos for 'FLAM' (Federación Latinoamericana de Mastología) and 'LABCA' (Latin American Cancer Association) are at the bottom left.