



CM

Carta Mastológica

Organo divulgativo de la Sociedad Venezolana de Mastología

EDITORIAL

JUNTA DIRECTIVA 1993 -1995

Junta Directiva (1993-1995)

Dr. Angel Emiro Rivas. Presidente.

Dra. Sarah Urdaneta. Vicepresidente.

Dra. América Montes. Secretario.

Dr. Luís G. Torres S. Subsecretario.

Dra. Ana Hollebecq. Tesorero.

Dr. José Francisco Mata. I. Vocal.

Dr. Leopoldo Moreno. Bibliotecario.

Colaboradores en este número:

Dr. José Francisco Mata.I.

Dr. Alberto Contreras Silva.

Dr. Alvaro L. Gómez Rodriguez.

Dr. Gonzalo Barrios Lugo.

Dr. Augusto Tejada.

Para la salida de esta Carta Mastológica debemos estar realizando nuestro IV Congreso. Travesía difícil a través de estos dos años de gestión. Las dificultades no se hicieron esperar, por lo que culminar con este evento fue en gran parte producto del empeño y el esfuerzo en concretar lo que ha sido tradición desde la fundación de nuestra Sociedad. Al comienzo el escepticismo era reinante y no faltaba quien argumentara que ante la adversidad y los innumerales tropiezos; sobre todo vale destacar fundamentalmente la falta de apoyo económico, lo sensato sería la no realización del Congreso. Esta posición a pesar de que pudiera haber sido emitida con algún razonamiento, nos pareció demasiado cómoda y quizás irresponsable. Atrincherarnos cada quien por su lado y dejar pasar estos dos años sin pena ni gloria hasta hacer el cambio de Junta Directiva, no era desde ningún punto de vista la salida.

Se trabajó intensamente y paso a paso se fueron venciendo los obstáculos, trabajando sobre lo que al comienzo era un túnel sin salida, hasta lograr ver un rayo de luz con creciente optimismo a medida que nos acercábamos a la fecha del Congreso.

Esta falta de apoyo, durante casi los dieciséis meses iniciales en parte fué explicable por la situación misma; económica y financiera por la cual atraviesa nuestro país reflejándose en todas las áreas y actividades de la vida nacional y por supuesto en las Empresas e Instituciones que tradicionalmente dan el respaldo necesario para el éxito de éste tipo de actividades.

Cuatro o cinco Empresas de Laboratorio que en ocasiones anteriores habían sido colaboradores automáticos; para esta ocasión no participaron, pero en descargo de ello los que están participando en su mayoría fueron incrementando su respaldo hasta hacerlo en forma plena. Dos años de gestión es corto tiempo y a la vuelta de la esquina está el Congreso. Digo esto porque entre muchas cosas que logramos tales como la realización de Jornadas en Barinas, Puerto Cabello, San Juan de los Morros y Puerto Ordaz, hubiesemos querido realizar una labor más divulgativa de penetración en la colectividad, en la población con un Programa Educativo. Todos estamos conscientes que dos años se van preparando el Congreso. Lamentablemente el tiempo es muy breve.

Otro logro significativo es el de conseguir para nuestra Sociedad un Medio Divulgativo y dejarle a la nueva Directiva un vehículo informativo como es esta nueva presentación de nuestro Boletín ó Carta Mastológica.

Esperamos que no solamente se mantenga la regularidad de su

**En éste número
IV Congreso Venezolano de Mastología**

publicación sino que sea el punto de partida para que en el futuro se diseñe una verdadera Revista de Mastología, esperando que nuestros auspiciantes, a quien agradecemos ésta iniciativa siga prestando su apoyo para alcanzar todos estos objetivos. Las Sociedades Científicas en general y especialmente las Sociedades afines atraviesan por situaciones difíciles, pero aún así dejando a un lado la parte meramente económica, que de hecho es vital, está el otro aspecto que no deja de tener importancia como es el de realizar Jornadas y Congresos que a la larga se hacen repetitivos. Es por ello que ante un planteamiento que surgió en una reunión del Consejo Nacional de la Sociedad de Oncología se discutió la presencia ó no de algunas Sociedades.

Sin embargo ya lo señalé en una ocasión nuestra Sociedad, lejos de que pierda vigencia, se le debe dar más solidez ampliando su base de sustentación mediante la activa participación de cada uno de sus miembros, sugiriendo cursos de acción o nuevas ideas que le den más fuerza y proyección.

De hecho en este período fuimos más activos en promover el intercambio con otras Sociedades internacionales de Mastología, quedando solventes ante ellas y habiendo participado en forma destacada en los recientes Congresos de la Federación Latinoamericana en Bogotá y el Iberoamericano de Buenos Aires.

Para finalizar queremos agradecer a todas las Empresas, Casas Comerciales e Instituciones que nos dieron su respaldo para culminar exitosamente este evento.

Igualmente y a título personal agradecer también a mis compañeros y amigos que junto conmigo integramos la Junta Directiva ya que la controversia interna, las posiciones y puntos de vistas distintos fueron a la postre necesarios para la realización de Nuestro Congreso.

Angel Emiro Rivas.

Cartas al Editor:

Sociedad Venezolana de Mastología
Torre Colegio Médico del Distrito Federal
Av. José María Vargas
Urbanización Santa Fé.
Telefonos: (02). 979.86.35

PÓNGASE AL DÍA CON LA SOCIEDAD

Una Sociedad científica requiere de un estado económico solvente: para esto es necesario e indispensable que sus miembros estén solventes con su Sociedad. Por esta razón le informamos que actualmente se ha contratado los servicios de un cobrador que gustosamente pasará por su consultorio, previa llamada a la secretaria de la Sociedad. Les recordamos que los cheques deben ser emitidos a nombre de SOVEPEM.

Cáncer de Mama en el hombre.

El cáncer de mama en el hombre es muy poco frecuente. Su incidencia es de aprox. 1% de todos los cánceres de mama y constituye entre el 0,2 y 1% de los tumores malignos en el sexo masculino.

Su etiología no se conoce, pero se ha asociado a factores hormonales, principalmente la acción estrogénica, exposición a las radiaciones ionizantes, factores hereditarios, como el Síndrome de Lynch II; el Síndrome de Klinefelter, etc. La ginecomastia está presente en 5 a 8% de los casos.

La manifestación clínica más frecuente es una masa retroareolar indolora. Puede haber retracción, úlcera o de-rame por el pezón. La axila es clínicamente positiva en la mitad de los casos.

Aunque los tumores benignos de la mama en el varón son aun más raros, debe hacerse diagnóstico diferencial con el tumor filodes, el papiloma o un lipoma, entre otros.

La imagen a la mamografía es útil, pero el diagnóstico definitivo lo constituye la **biopsia**.

La gran mayoría son carcinomas ductales infiltrantes, aunque han sido reportados todos los tipos histológicos descritos en la mujer. Del 70 al 85% de los tumores son **receptores estrogénicos positivos**.

El tratamiento es quirúrgico, generalmente la mastectomía radical modificada, aunque algunos autores recomiendan la extirpación del músculo pectoral subyacente. La radioterapia post-operatoria parece lograr un mejor control local de la enfermedad. Ha sido demostrada la respuesta a la manipulación hormonal, siendo la terapia con tamoxifen la más utilizada en la actualidad, aunque sus efectos colaterales son mayores cuando se utiliza en hombres que en mujeres. La quimioterapia adyuvante es utilizada por muchos autores, pero por otros está indicada solo para los tumores con receptores estrogénicos negativos y para las recidivas o progresión de la enfermedad.

El pronóstico depende fundamentalmente del estadio, especialmente de las metástasis axilares. En relación al cáncer de mama en la mujer, en el hombre es de peor pronóstico, comparando iguales estadios.

Dr. José Francisco Mata. I.

Tumor Filodes.

Se trata de un Tumor Fibroepitelial de la mama, poco frecuente, con un promedio de edad comprendido entre los 40 y 45 años, con una incidencia del 0.5% de la totalidad de los tumores mamarios y 2,5% de los tumores fibroepiteliales de la mama. Fue descrito por primera vez por Johannes Muller en 1838, siendo considerado como un tumor benigno sin potencial hasta 1943, cuando Cooper y Ackerman, reportan el potencial maligno de este tumor.

A su vez existe una variedad importante de sinónimos que tratan de definir a esta neoplasia mixta de tejido epitelial y tejido conectivo, que van desde fibroadenoma gigante, mixoma intracanalicular, fibroadenoma intracanalicular gigante, cistadenoma phyllodes, hasta cistosarcoma phyllodes.

Pero no es sino hasta 1982, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su clasificación histológica de Enfermedades de la Mama, aceptan como el término correcto el de TUMOR PHYLODES, quedando por aclarar el comportamiento biológico de este tumor.

ETIOLOGIA

Hay autores que coinciden en señalar la posibilidad del origen del Tumor Filodes, a partir de un Fibroadenoma preexistente, algo no totalmente definido.

PATOLOGIA

Los componentes del TUMOR FILODES, son dos: el epitelial y el estroma. Es importante la semejanza con el Fibroadenoma, del cual se diferencia por presentar un acentuado contenido estromal, en donde el epitelio no participa en la intensa proliferación, por el contrario, se considera que sufre la proliferación invasora del componente conectivo.

Así mismo desde el punto de vista histológico, se distinguen los tumores filodes benignos, malignos y los llamados limitrofes, reportándose en la literatura una incidencia de tumores filodes malignos que varía entre el 20 - 50%.

Cuando se presenta la metástasis, ésta por lo general se hace a través de vías hematógenas y no linfática, siendo las más frecuentes a pulmón (66%), huesos (23%), hígado y cerebro (6%).

DIAGNOSTICO

CLINICA: El antecedente de un tumor de mama voluminoso de rápido crecimiento, en corto tiempo, que logra adelgazamiento de la piel, con presencia de red venosa superficial aumentada, de consistencia variable, puede hacernos sospechar la presencia de este tipo de tumor.

MAMOGRAFIA: Imagen poco específica, generalmente redondeada, de bordes netos de características benignas, comprimiendo tejido mamario circundante, que puede tener calcificaciones gruesas.

ECOGRAFIA: Masa sólida lobulada, puede observarse espacios quísticos, alargados.

CITOLOGIA: Forma parte del manejo diagnóstico, observándose estroma celular, células mesenquimales, aisladas con o sin atipias, células ductales.

BIOPSIA CON AGUJA TRU-CUT: Hay autores que opinan, en tumores de tamaño importante, realizar este tipo de procedimiento.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Existen una serie de argumentos que deben analizarse al plantearse la cirugía en el tratamiento del tumor filodes. En primer lugar son tumores generalmente benignos (80%), y aunque no se puede definir con certeza cual de ellos se comportará en forma agresiva localmente, cirugías que contemplan algo más que una exeresis completa del tumor con margen de tejido sano alrededor, parecen en extremo agresivas.

En segundo lugar el tumor filodes maligno no se disemina por vía linfática, por lo cual no se justifica realizar una disección axilar.

En tercer lugar el índice de recidivas es alto, sobre todo relacionado más con tratamientos quirúrgicos inadecuados, y cuando ocurren probablemente no cambia su histología, pudiendo ser tratadas nuevamente con cirugías.

En cuarto lugar los pacientes con tumores malignos y de comportamiento agresivo, es decir que presentarán en el futuro metástasis hematógenas, probablemente su sobrevida y pronóstico dependerá de ellas y no del tratamiento quirúrgico realizado.

Por lo tanto el objetivo principal del tratamiento quirúrgico en el Tumor Filodes, es su completa excisión con margen adecuado en el tejido normal, sobre todo en lesiones histologicamente benignas. Puede ocurrir que la relación mama/tumor no permita realizar una cirugía con márgenes adecuados, y sea necesario realizar una Adenomastectomía con colocación de prótesis, hasta llegar a practicar Mastectomía Simple, algo poco frecuente.

En el caso de los tumores Filodes malignos, ha habido una evolución en el tipo de cirugía realizada, existiendo actualmente autores que ante el diagnóstico de malignidad, independientemente del tamaño de la lesión, realizan Mastectomía Simple, pero conociendo que el comportamiento y pronóstico no dependerá del tratamiento realizado, hay autores que justifican realizar una adecuada extirpación quirúrgica de la lesión, con márgenes adecuados.

Es importante mencionar que toda conducta quirúrgica deberá realizarse en base a la identificación microscópica del tumor, la cual obtendremos durante una biopsia extemporánea a partir de donde decidiremos la terapéutica a seguir, previo consentimiento del paciente.

Hay que recordar que la quimioterapia, la hormonoterapia y la radioterapia cumplen un pobre rol en el manejo terapéutico de las lesiones malignas.

Dr. Alvaro L. Gómez Rodríguez.
Servicio de Patología Mamaria H.O.P.M.

Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) y Cáncer de Mama

Son conocidos los efectos beneficiosos de la TRH en postmenopáusicas a nivel cardiovascular y músculo-esquelético; se ha demostrado que disminuye la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón y por accidentes cerebro-vasculares, incrementando así las expectativas de vida de la mujer asintomática de 50 años en 0.9 años (Grady) reduciendo la mortalidad en un 40% (Hunt).

Existen actualmente en el mundo 20.000.000 de mujeres con prescripción de Terapia Hormonal.

Según Dupont y Page en 1991, el riesgo asociado de Cáncer de Mama era de 1.07; Sillero y Arenas en 1992 calcularon un riesgo de 1.06 en las mujeres bajo TRH; en ninguno de los dos estudios se demostró relación entre la duración de la terapia y el riesgo de cáncer. Hiatt en 1984 reportó aumento de riesgo asociado al Estradiol y Dietilbestrol, pero no con Etinilestradiol o preparados conjugados.

La TRH no debe ser usada en pacientes con antecedentes de cáncer de mama por el rol demostrado por los estrógenos y progesterona en la promoción de éstas lesiones; en pacientes con historia familiar de cáncer de mama puede ser administrado con mucha cautela; la presencia de hiperplasia atípica o neoplasia lobulillar "in situ" representa un incremento alto de riesgo de cáncer de mama que debe alertarnos y evitar el uso de TRH en este grupo.

El Tamoxifen es un antiestrógeno sintético que compite por el receptor de estrógeno presente en las células tumorales, tiene actividad antiestrogénica sobre el tumor; pero ha demostrado propiedades estrogénicas en otros tejidos y esto incluye protección contra la pérdida de masa ósea, efecto favorable sobre el perfil lipídico y efectos similares a los estrógenos sobre el endometrio y el epitelio vaginal; pero no ha demostrado desaparición de los efectos vasomotores (Calorones) y existen estudios como el de Love en 1991 que demuestran un incremento de éstos. Existen también estudios sobre el efecto protector del Tamoxifen sobre el cáncer de endometrio; pero un estudio reciente del grupo Escocés no confirma esta asociación. El Tamoxifen ha demostrado ser una alternativa frente a la TRH en los pacientes de alto riesgo o con antecedentes previos

de cáncer de mama ya que controla el perfil lipídico reduciendo la pérdida de masa ósea y además disminuye el riesgo de cáncer en la mama contralateral. El Tamoxifen no mejora los síntomas vasomotores de la menopausia y debe buscarse en estos casos asociar drogas alternativas como: Clonidina, Betabloqueadores, Fenobarbital, Diazepan.

Existen dos interesantes estudios prospectivos en desarrollo, el primero de la NSABP que administra Tamoxifen a pacientes con elevado riesgo para cáncer de mama y otro del M. D. Anderson en pacientes con cáncer de mama, R.E negativos, con axila positiva ó negativa y libres de enfermedad por 5 años o más, y a las cuales se les está administrando TRH; estos estudios arrancaron en 1993 y esperamos ansiosos sus conclusiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Schover, L.-TAMOXIFEN AND SEXUALITY - 12Th Annual International Breast Cancer Conference - March 16 -18, MIAMI 1.995
- 2.- Jordan, C.- THE ROLE OF TAMOXIFEN IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF BREAST CANCER - Curr Probl. Cancer. May/June 1.992
- 3.- Isaacs, C; Meta, S.- HORMONE REPLACEMENT THERAPY IN WOMEN WITH A HISTORY OF BREAST CARCINOMA - Hem. Oncol. Clin. of N.A. 8 (6) 1.994
- 4.- Brown, M.-ESTROGEN RECEPTOR MOLECULAR BIOLOGY.Hem. Oncol. Clin. of N.A.- 8 (6) 1.994
- 5.- Margdese, R- TAMOXIFEN: MORE THAN JUST AN ANTI ESTROGEN 12Th Annual International Conference March 16 - 18, MIAMI 1.995.

Dr. Gonzalo Barrios Lugo - Dr. Augusto O. Tejada Pérez.
Servicio de Patología Mamaria. H.O.P.M.



Pesquisa y Diagnóstico Precóz del Cáncer en Mama.

La detección precóz del cáncer de mama conlleva al hallazgo de lesiones en estadios tempranos de la enfermedad, con la consecuente disminución de la mortalidad; como quedó demostrado inicialmente en el programa "H.I.P." llevado a cabo en Nueva York en la década del sesenta, donde se logró una reducción de la mortalidad del 35% en 31.000 mujeres asintomáticas en el grupo de más de 50 años de edad, comparadas con un grupo control. Se incluía en el estudio "Exploración Física y Mamografía", esto ha servido como marco de referencia para otros estudios de pesquisa (BCDDP suecia, Holanda), aunque no se ha demostrado beneficio significativo para las mujeres entre 40 y 50 años.

En cuanto a la mortalidad depende si las mujeres con cáncer de mama precóz puedan ser tratadas con procedimientos menos agresivos que en la enfermedad diagnosticada en estadio avanzado.

La implementación de un programa para Pesquisa y Diagnóstico Precóz del Cáncer de Mama, requiere de la correcta conjugación de elementos fundamentales como:

- Identificación del grupo de riesgo.
- Participación comprometida de personal calificado, médico y profesionales de la salud.
- Equipos de mamografía de "excelente" calidad.
- Financiamiento que garantice los recursos para el desarrollo del plan.

A lo anterior debe agregarse un amplio programa de Educación y Difusión a la población en general, tanto para informar acerca de los beneficios del Programa como para la enseñanza del "Autoexamen de las Mamas" como uno de los medios para lograr un

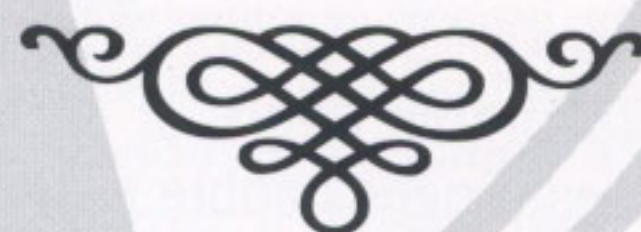
Diagnóstico Precóz.

La Sociedad Anticancerosa de Venezuela por intermedio de la Clínica de Prevención del Cáncer de Caracas, desarrolla desde 1993 un "plan" con propósito de diagnosticar lesiones precoces de cáncer de mama, basado en los estudios mencionados y recomendaciones de instituciones internacionales, el cual consta de:

- Evaluación clínica anual.
- Autoexamen mensual de las mamas.
- Mamografía cada año a partir de los 50 años.
- Grupo control evaluado clínicamente cada año, en las clínicas de Prevención del Cáncer del interior del país que no cuentan con mamógrafo.

Se espera abarcar un período de cinco (5) años y con el seguimiento posterior determinar el impacto de la Mortalidad y Morbilidad, de esta forma contaremos con estadísticas propias adaptadas a nuestra realidad económica y social en beneficio de nuestras mujeres.

Dr. Alberto Contreras Silva.
Adjunto del Servicio de Patología Mamaria.
Hospital Oncológico "Padre Machado".



MASTOLOGIA 95 IV CONGRESO VENEZOLANO DE MASTOLOGIA

01 / 04 de Noviembre de 1995 - HOTEL INTERCONTINENTAL - VALENCIA. EDO CARABOBO

INVITADOS INTERNACIONALES

Dr. Luís Campos. USA. Oncólogo Médico .
Dra. María Merino USA. Patólogo.
Dr. Manuel Cymberknoh Espinoza. Argentina. Radiólogo.
Dra. María Cristina Jacob .USA. Radioterapeuta.
Dr. Antonio Figueira. Brasil. Cirujano Mastólogo.
Dr. J. Sampaio Goes. Brasil. Cirujano Plástico.

Dr. Román Torres Trujillo. México. Cirujano Mastólogo.
Dr. Guillermo Ramírez. USA. Médico Oncólogo.
Dra. Gloria Ordonez. Colombia. Cirujano Plástico.
Dr. Luís Pernía. USA. Cirujano Plástico.
Dr. C. Vasquez Alvadalejo. España. Cirujano. Oncólogo.
Dr. Hector Guixa .Argentina. Quimioterapeuta.
Dr. Manuel Cortina. USA. Cirujano Mastólogo.

COMITE CIENTIFICO

Dr. Pedro Martinez L. Presidente .
Dr. Luís Betancourt Secretario
Miembros:
Dr. Dimas Hernández.
Dra. Evelyn Martínez.
Dra. Itala Longobardi.

Dra. Ivonne Rivas.
Dr. Alfredo Coello.
Dra. Angela Ruíz.
Dr. Rafael Casanova.
Dr. Ivo Rodríguez.
Dr. Gino Bianchi

CURSOS PRECONGRESO

Miercoles 01-11-95
8:00 am - 2:00 pm

IMAGENOLOGIA 95

Coordinadoras: Dra. Itala Longobardi. / Dra. Ivonne Rivas

HORMONAS

Coordinador: Dr. Luís Enrique Palacios

ANATOMIA PATOLOGICA

Coordinadores: Dr. José Antonio Estevez. / Dra. M. Paruta.

CURSOS INTRACONGRESO

Jueves 02-11-95 y Viernes. 03-11- 95
1:30 am- 3:00 pm

CURSO DE CIRUGIA PLASTICA

Coordinador: Dr. Rafael Casanova

CURSO DE PATOLOGIA BENIGNA

Coordinador: Dr. Ramón Pérez Brett

ACTIVIDAD CENTRAL DEL CONGRESO

PLENARIA

Factores pronósticos en cáncer de mama. / Avances en Imagenología. / Tratamiento de carcinoma mamario precoz. / Avances en cirugía plástica. / Carcinoma localmente avanzado / Tratamiento Sistémico en ganglios negativos
Conferencia Premio "Victor Brito"
Hacia donde vamos en Cáncer de Mama / La mama: otras perspectivas.

SIMPOSIUM Y MESAS REDONDAS

Quimioprevención / Reconstrucción Mamaria / Carcinoma localmente avanzado / Carcinoma de mama y embarazo
Ca. In situ / Biopsia operatoria: Manejo de la pieza / Tratamiento Preservador / Quimioterapia Neoadyuvante.
Cardioprotección / Cáncer de la Mama en la próxima década / La mama: otras perspectivas.

DIALOGO CON EXPERTOS

Lesiones Premalignas/ Terapia Hormonal / Lesiones Subclínicas / Quimioterapia de alta dosis.



NUESTRA MISION

Desarrollar una compañía farmacéutica exitosa que sea reconocida por la calidad de sus productos y servicios a través de un equipo humano altamente motivado