



CARTA MASTOLÓGICA

ORGANO DIVULGATIVO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE MASTOLOGIA

Junta Directiva 2007 - 2009

Presidente:

Dr. Alberto Contreras Silva

Vicepresidente:

Dra. Ana Hollebeqç

Secretaria:

Dra. Milka González

Subsecretaria:

Dra. Jemcy Jahon

Tesorerera:

Dra. Sara Ott Itriago

Bibliotecario:

Dr. Ricardo Ravelo Pagés

Vocal:

Dr. Miguel Bracho

**Comité Científico
X Congreso Venezolano
de Mastologia
Octubre 2009**

Dr. Luis José Betancourt

Dr. Augusto O. Tejada P.

Dr. Raul Vera Vera

Editorial

La Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Mastología, en cumplimiento de su misión de educar e informar a sus asociados y demás personas interesadas en las enfermedades de la mama y gracias al apoyo de Laboratorios Nolver, re-inicia la entrega periódica de la "Carta Mastológica" órgano divulgativo de nuestra Sociedad. De igual manera pone a su disposición la página Web: www.sovepem.org.ve, completamente renovada. En la misma encontrarán temas de interés y tendrán la oportunidad de interactuar en el foro emitiendo sus opiniones en la discusión del "Caso del Mes".

El avance de los conocimientos así como el gran caudal de información disponible actualmente, requiere una selección y orientación acerca de las innovaciones y revisión de puntos básicos en nuestra área de trabajo. Con este propósito se han celebrado jornadas en el interior del país y en Caracas.

Recientemente se realizaron las II Jornadas: "Las Hormonas y su relación con la Glándula Mamaria", evento que contó con importante asistencia de médicos de diferentes especialidades afines con la Mastología.

Continuaremos en nuestra labor educativa mediante la organización de reuniones científicas en todo el país con la valiosa colaboración de nuestros colegas de las diferentes regiones y el siempre oportuno y generoso apoyo de nuestros amigos de la Industria Farmacéutica y Casas Comerciales. Es nuestro objetivo lograr la participación de todos nuestros asociados por lo que procuramos mantener contacto y un intercambio permanente de ideas y conocimientos que procuren el mayor fortalecimiento de nuestra especialidad.

Como ya ha sido anunciado La Federación Médica ha reconocido a la Mastología como especialidad, ahora se han iniciado los trámites para la creación del curso de postgrado en Mastología para lo cual se realizan los contactos previos con la Dirección de Estudios de Postgrado de la Universidad Central de Venezuela, esperamos cumplir con sus requisitos sobre el pensum de materias bajo la orientación de la Sociedad Venezolana de Mastología.

Iniciamos desde ya la promoción de nuestro "X Congreso Venezolano de Mastologia", siendo escogida la ciudad de Mérida como sede desde el 08 al 11 de octubre de 2009. El comité científico conformado por los Drs. Luis Betancourt, Oswaldo Tejada y Raúl Vera, ha presentado un atractivo programa con temas innovadores y de gran interés en el manejo de la patología mamaria.

Se contará con la presencia de notables invitados nacionales e internacionales. Además con las ofertas de alojamiento y el atractivo turístico de los majestuosos Andes venezolanos, confiamos en que será un evento de gran provecho intelectual y de disfrute con nuestros amigos de siempre.

Dr. Alberto Contreras Silva

Presidente



Anastrozol: inhibidor de aromatasa

Su importancia en el tratamiento del cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas receptores hormonales positivos.

Revisión Bibliográfica: **Dra. Urmila Dos Ramos Rocha**
Oncólogo Médico Centro Clínico de Estereotaxia "Ceclines"

El desarrollo de Inhibidores de Aromatasa de tercera generación (Anastrozol, Letrozol y Exemestane) ha demostrado a través de grandes series de trabajos publicados y de la práctica diaria ser superiores a los Inhibidores de Aromatasa de segunda generación (Acetato de Megestrol) en el tratamiento adyuvante del cáncer de mama y superior al Tamoxifen como tratamiento de primera línea en cáncer de mama metastásico en mujeres postmenopáusicas receptores hormonales positivos (1), en consecuencia la efectividad y efectos secundarios de los mismos han sido evaluados en grandes series en adyuvancia (ATAC: Anastrozol vs Tamoxifen, MA-17: Letrozol vs Tamoxifen, TEAM: Exemestane -Tamoxifen).

Específicamente el ANASTROZOL ha sido evaluado como: TRATAMIENTO ADYUVANTE en mujeres post- menopáusicas receptores hormonales positivos:

1.- Como terapia secuencial antes o después del uso de Tamoxifen por 2-3 años vs 5 años de Tamoxifen⁽²⁾, donde el uso de la combinación resulta ser superior al uso de Tamoxifen solo, cuando se plantea en términos de sobre-vida libre de recaída.

ATAC evalúa el uso de Tamoxifen más Anastrozol vs Anastrozol vs Tamoxifen. Donde la importancia de este reporte está dada por el

número de pacientes ingresados (3.999) y el tiempo de seguimiento (100 meses), concluyéndose que la curva de sobrevida libre de enfermedad favorece a Anastrozol cuando se compara con Tamoxifen, sin embargo el efecto secundario más importante es el riesgo de fractura en el grupo tratado con Anastrozol.

En cuanto a la duración del tratamiento adyuvante con bloqueadores hormonales ya sea la combinación (Tamoxifen-Anastrozol) o Anastrozol, no debe sobrepasar los cinco años (St. Gallen-2007).

TRATAMIENTO NEOADYUVANTE en mujeres post- menopáusicas muy ancianas o con expectativa de vida corta (<2 años).

El tamoxifen ha sido evaluado en este subgrupo específico de paciente en innumerables trabajos (3-4-5-6), en general la respuesta local ha sido satisfactoria, pero el problema en algunos de estos reportes, es que no en todos los casos se le realizó determinación de Receptores Hormonales en las muestras de biopsias, por lo que revisiones retrospectivas demuestran que a muchas pacientes Receptores Hormonales negativos se le indicó Tamoxifen, concluyéndose que la indicación de Tamoxifen a título de Neoadyuvancia solo puede darse en casos muy seleccionados: Receptores Hormonales Positivos, en mujeres con una corta expectativa



de vida, en cuanto a la duración del tratamiento no debe ser más de tres meses ya que la cirugía nunca debe ser omitida en estos casos⁽⁷⁾.

Los primeros estudios con Inhibidores de Aromatasa se realizan con Letrozol vs Tamoxifen⁽⁷⁾, obteniéndose respuestas locales de hasta un 55 % vs 36% respectivamente, esta diferencia se mantiene en cuanto a respuestas mamográficas y ecográficas.

Anastrozol en Neoadyuvancia⁽⁸⁾ es reportada en el trabajo publicado por Cataliotti en la 4ª Conferencia Europea sobre Cáncer de Mama en 2004 y en la serie del IMPACT TRIAL⁽⁹⁾ donde se compara Anastrozol vs Tamoxifen vs Tamoxifen más Anastrozol, se observa un porcentaje francamente favorable al grupo que recibe Anastrozol en términos de lograr cirugía menos extensas (45% vs 22%), el estudio similar realizado por el grupo cooperativo europeo (PROACT) obtiene similares resultados.

Como conclusión importante en todos estos trabajos se obtiene que:

- La cirugía nunca debe ser omitida a pesar de obtener respuestas clínicas y radiológicas satisfactorias.
- Uso de Inhibidores de Aromatasa solo está indicado en aquellos casos receptores hormonales positivos, por lo que siempre se ha de exigir un estudio inmuno-histoquímico confiable.

- La combinación de Anastrozol seguido de Cirugía y posteriormente Anastrozol es una indicación aceptada en mujeres ancianas Receptores Hormonales Positivos con una expectativa de vida superior a los 2 años.

- El monitoreo de la respuesta al uso de Anastrozol en neoadyuvancia es indispensable, no tiene objeto mantener un tratamiento más allá de los tres meses, por lo que la indicación de cirugía al cabo de ese tiempo es imperativo.

TOXICIDAD: El uso de Inhibidores de Aromatasa en general incrementa el porcentaje de riesgo de fractura de una manera estadísticamente significativo con respecto al uso de Tamoxifen (10% vs 7%), por lo que el uso de terapia sustitutiva de Calcio, bifosfanatos e incluso el uso de Ácido Zoledrónico está aceptado en los casos de osteopenia o de osteoporosis respectivamente.

Artritis, mialgias, artralgia en un 36% de los casos.

Cefalea (10%), hipertensión (13%), sudoración y rubicundez (36%), edema periférico (10%).

No se recomienda el uso concomitante de Tamoxifen y Anastrozol ya que se incrementa los efectos secundarios, además no debe indicarse terapias con contenido estrogénico ya que disminuye la acción farmacológica de los Inhibidores de Aromatasa.

Bibliografía:

- 1.-Mauri D.L,N.C.I.2006.,
- 2.- Jonat W,Lancet Oncology.2006.
- 3.- Guaneri V, JCO 2006.
- 4.- Dixon J.M. Br. Cancer Res Treat 2006.
- 5.- EORTC Eur J. Cancer 2003.
- 6.- Fennessy B. Br. J. Surg 2004.
- 7.- Ellis,J.C.O 2001.
- 8.- Cataliotti, 4. Euro Breast Cancer Conference 2004. 9.- IMPACT Trial BCR Treat, 2003.



Y es lo femenino

Dra. Mariela Matamoros

Cirujano Mastólogo- Centro Clínico San Cristóbal



La gloriosa bendición de la feminidad, que es la expresión de la vida, es expresión que se contiene a sí misma y no necesita hablar.

Lo femenino en persona es colectivo y es regulado; lo femenino en el tiempo no existe, el tiempo no existe para la feminidad; y en el espacio, lo femenino es lo que queda adentro, lo que se reproduce y que crece infinitamente adentro.

La feminidad transforma mágicamente su sangre en el líquido celestial que se llama LECHE. La hembra convierte sus dos senos en un pozo de milagros y en vez de salir dos chorros de sangre humana, salen dos chorros de leche divina.

Las mujeres sanas no se mueren, simplemente se retiran mirando, con unos ojos encantadores, a las hijas que dejaron y que están haciendo hijas como las que ellas hicieron, ó mejores que las que hicieron y entonces dulcemente, reclinan la cabeza y se vuelven a meter en la tierra, entregan sus despojos para que la "Madre Tierra" las abrigue de nuevo con la seguridad del "Eterno Retorno" que es la imagen preferida de la feminidad.

Las características masculinas y femeninas no están basadas tanto en diferencias biológicas como en condicionamientos culturales. Si queremos conseguir una cultura más rica en valores contrastados, debemos tener en cuenta la suma de todas las potencialidades humanas, y conseguir así un tejido social menos arbitrario en el que cada talento humano encuentre un sitio en el que encajar.

La historia de las mujeres ha sido mucho más que la historia de la discriminación y el sometimiento. Desde los albores de la humanidad las mujeres han conseguido grandes logros, aunque con frecuencia los historiadores (casi siempre masculinos) han obviado este hecho. En todos los rincones del mundo la historia une relatos nada menos que por el hecho común de su sexo.

La mujer ha desempeñado un papel más activo en la vida pública durante los siglos XIX y XX. La medicina se sensibilizó con la cantidad de mujeres, que durante el siglo XX decidieron encaminar su destino profesional por el sendero de la salud.

Desde que se conoce la historia, las mujeres participaron en la medicina, aunque el comienzo lo hicieron como curanderas. Una inscripción descubierta en un templo cerca de Memphis en Egipto dice así: "He venido de la Escuela de Medicina de Heliópolis y he estudiado en la escuela de mujeres de Sais, donde las mujeres divinas me han enseñado como curar enfermedades". En el antiguo Egipto, a menudo la palabra para designar a un médico también se refería a las sacerdotisas. Ello se explica, porque las mujeres que trabajan como médicas o

cirujanas, atribuían sus habilidades a la Diosa Isis. Así algunas curanderas se especializaron en Ginecología e incluso practicaron cesáreas y extirparon pechos afectados de cáncer.

Los antiguos romanos deben gran parte de sus conocimientos de Medicina a los griegos. A pesar de que por lo general y bajo la ley Romana, las mujeres tenían un status inferior, fueron respetadas como médicas y estaban facultadas para tratar a hombres, mujeres y niños. Cleopatra, una médica del siglo II escribió un libro de referencia sobre Ginecología y Obstetricia. Después de la era Romana el acceso de las mujeres a la medicina se fue reduciendo paulatinamente y sus prácticas se limitaron, primero a las enfermedades de las mujeres y después a las parterías y los remedios herborísticos y es así, con estas limitaciones, como llegaron al siglo XIX.

En el siglo XI un reputado colectivo de médicas al que se conoció como las "Damas de Salerno" trabajaron en la Facultad de Medicina de la Universidad de esa ciudad del Sur de Italia. Trótula la más conocida, fue autora de varios libros sobre Medicina General incluyendo "Passionibus Mulierum Curandorum" (las enfermedades de las mujeres), un texto fundamental durante siglos.

Elizabeth Backwell (1.821-1.910) fue la primera mujer en licenciarse en una facultad de Medicina Estadounidense. "Estoy sola", escribió: Un muro de antagonismo social y profesional se alza ante la mujer médica y crea una situación de dolorosa y singular soledad, dejándole sin apoyo, respeto o consejo profesional". Blackwell fue rechazada por 29 universidades y recibió un trato humillante por parte de profesores y estudiantes de Medicina, tanto en la Universidad de Ginebra como en las Escuelas de Medicina de Londres y Europa. Cuando empezó a ejercer vivió en sus carnes no sólo el desprecio callejero, sino el vacío del Hospital y de los centros de Nueva York, lejos de desfallecer abrió su propio hospital y más tarde una Escuela de Medicina. El Hospital de Nueva York para mujeres y niños se convirtió en el primer centro en el que las estudiantes pudieron practicar con médicas y adquirir la experiencia clínica que necesitaban. Más adelante, su escuela médica de mujeres, inaugurada en 1.868 en Nueva York mejoró la formación de las futuras médicas.

La lucha interminable por la superación de la mujer está protegida por Palas Atenea, diosa de la sabiduría y la tecnología, las mujeres de carrera dicen hoy: "No es que yo puedo tanto como vos, sino que siempre puedo más que vos"...

Deberíamos poder hablar de tantas y tantas mujeres valiosas...



Quimioterapia preoperatoria

(primaria, neoadyuvante) en el cáncer de mama

Dr. Gabriel E. Romero Marciales

Médico adjunto al Servicio de Patología Mamaria- Instituto Oncológico Luís Razetti, Caracas

La quimioterapia preoperatoria o primaria o más conocida como Neoadyuvante es aquella que se administra antes que cualquier tratamiento quirúrgico con el objeto de conseguir la máxima reducción de masa tumoral y el control de la enfermedad micrometastásica, Inicialmente fue utilizada para pacientes con Carcinoma Inflamatorio de la Mama y no inflamatorio como el Cáncer localmente avanzado de Mama.

La quimioterapia (Q.T.) neoadyuvante es capaz de reducir el tamaño de grandes tumores primarios de la mama, permitiendo a muchos pacientes inoperables ser operables y de mejorar la sobrevida en pacientes con Carcinoma inflamatorio de la Mama.

Después de los estudios iniciales los investigadores se preguntaron si la Q.T. neoadyuvante podría lograr beneficios adicionales en pacientes con Cáncer de Mama operables. La primera pregunta y objetivo fue: Si la Q.T. neoadyuvante, al reducir el tamaño tumoral (pero operable) en grandes tumores de Mama, permitiría a mas pacientes preservar la mama? Muchos estudios no randomizados y randomizados publicados subsecuentes (ej. NSABP B-18 y EORTCS 10902) lo comprobaron, con un porcentaje de éxito que varía entre el 13 al 83%.

La segunda pregunta y objetivo fue sugerido por los estudios preclínicos: Si la administración temprana de Q.T. (antes que la Q.T. adyuvante post operatoria) podría mejorar la sobrevida en pacientes con Cáncer de mama? Desafortunadamente la Q.T.

neoadyuvante demostró sus límites, los estudios randomizados han fallado en demostrar beneficio en la sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global cuando se compararon con la Q.T. adyuvante.

Entre los beneficios de la Neoadyuvancia es que permite valorar en vivo la sensibilidad del tumor a la quimioterapia, siendo la respuesta patológica completa el factor pronóstico mas importante, la cual tiene varias implicaciones, una de ellas es la eliminación de la enfermedad metastásica microscópica.

Al revisar la literatura como ejemplo el estudio NSABP B-18 (4 ciclos de Doxorubicina y Ciclofosfamida luego cirugía) se encontraron varios datos de relevancia: que la Q.T. neoadyuvante y la adyuvante post operatoria fueron equivalentes , no hubo un beneficio estadísticamente significativo en la sobrevida libre de enfermedad como en la sobrevida global , sin embargo hay una tendencia a favor de la neoadyuvancia para sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global en mujeres menores a 50 años cuando se compararon con la quimioterapia adyuvante.

Ciertos factores se han atribuido como causales del aumento de las recurrencias: Compromiso ganglionar avanzado al momento del diagnóstico inicial, tumor residual post neoadyuvancia mayor a 2 cm, enfermedad residual multifocal y la invasión linfovascular, éstos factores se han tomado en cuenta para el desarrollo del índice pronostico de recurrencia que podría ayudar a definir las pacientes de riesgo aumentado de recurrencia local



Otro de los estudios relevantes, el NSABP B-27 (4 ciclos de Doxorubicina y Ciclofosfamida + 4 ciclos de Docetaxel, seguido de cirugía) demostraron que la adición del Docetaxel no impactó significativamente tanto en la sobrevida libre como en la sobrevida global. El estudio indicó que el uso de los taxanos mejoró estadísticamente significativa la sobrevida libre de recaída. También se demostró que la adición de los taxanos al A.C. duplicó la respuesta patológica completa a 26.1 % comparado con el 13.7% visto con A.C. solo y un incremento en el porcentaje de respuestas clínicas completas de 40. a 63. %. Sin embargo fue decepcionante encontrar que los Taxanos no aumentaron el porcentaje de preservación mamaria, el cual fue idéntico en los dos grupos.

Con las respuestas patológicas completas vistas con los regimenes basados en Docetaxel los resultados son esperanzadores. Sin embargo no se sabe cuanto del grado de mejoría de respuesta completa va a ser trasladado en la mejoría de la sobrevida global, por otro lado no todos los pacientes que logran respuesta patológica completa permanecen libres de recurrencia y no todos los pacientes que no logran respuesta completas desarrollan enfermedad recurrente.

En otro estudio Escocés (Heys S) sugiere que cambiando el régimen basado en antraciclinas a régimen basado en taxanos mejora tanto la respuesta completa como en la sobrevida a 3 años.

Existe una nueva generación de estudios neoadyuvantes que está evaluando una variedad de nuevas estrategias tales como el uso de esquemas de Dosis Densa, sugiriendo que el uso de factores de estimulación de colonias de granulocitos puede resultar en una mejoría de recaída y en la sobrevida global.

Otro enfoque es utilizando los taxanos como plataforma, agregándoles otros agentes quimioterapeúticos como la Capecitabina, la adición de la Capecitabina al Docetaxel ha demostrado una mejoría en la sobrevida global, de esta manera es razonable esperar que esta adición en el tratamiento adyuvante pueda mejorar el porcentaje de cura en la enfermedad temprana también.

En el contexto neoadyuvante existen otras posibilidades no quimioterapeúticas como los regimenes basados en Trastuzumab en combinación con quimioterapia las cuales ya se han utilizado en pacientes HER -2 positivos y con respuesta completas entre 47.4 a 86.9% y respuestas parciales entre el 26.3 a 65.2 %.

También hay grupos trabajando en drogas nuevas como los inhibidores de angiogénesis, se ha reportado la factibilidad del uso de terapia basada en Bevacizumab después de la Q.T. Neoadyuvante. El NSABP está desarrollando estudio clínico randomizado comparando el uso del Sunitinib con placebo.

Estudios mas recientes han sugerido el uso de Terapia Hormonal neoadyuvante para pacientes E.R. positivos, aunque no existen estudios comparativos los datos sugieren que pudiera ser una conducta razonable a considerar en algunos pacientes.

Otro punto es el potencial del uso clínico para explorar marcadores de respuesta, mediante la toma de muestra de tejido antes de la terapia, tratar el paciente y luego obtener tejido residual al momento de la cirugía definitiva y analizar este tejido para evaluar marcadores moleculares de respuesta y resistencia, con las nuevas tecnologías tales como cDNA microarrays, donde ésta tecnología podrá ser posible predecir quien se beneficiaria de esta terapia.

Con todos estos avances médicos logrados en el manejo del Cáncer de Mama, el rol de Cirujano es importante y se ha visto en la necesidad de establecer nuevas estrategias al momento de la cirugía.

Es indispensable una perfecta planificación para ello hay que tomar en cuenta lo siguiente:

- 1- Los estudios de imágenes deben realizarse antes y después del tratamiento neoadyuvante tanto Mamográfica como Ecosonográficamente para la evaluación de la respuesta. El uso de la R.M.N puede ser útil en estos casos como la detección de lesiones ocultas.

- 2- La colocación de un tutor metálico intramamario en los márgenes tumorales para los estudios de imágenes, en caso de respuesta completa facilitar



la resección local del área.

4- El marcaje de la piel con tinta china en los límites tumorales, con la finalidad de valorar la respuesta local.

5- Previo a cada ciclo debe realizarse una evaluación de la respuesta del tumor primario y región axilar mediante palpación, para valorar o detectar precozmente progresión de enfermedad.

6- La consideración de la cirugía preservadora debe ser muy cuidadosa y dependerá de varios factores tales como: A) Si la reducción del tumor va a permitir una buena estética residual tras la resección quirúrgica completa del tumor con márgenes adecuados. B) La presencia de tumor extenso, Microcalcificaciones difusas, Tumor multicéntrico. C) Desaparición de manifestaciones cutáneas como Edema, ulceración, fijación a la pared torácica.

7- Tomar en cuenta la extensión quirúrgica o márgenes de resección al momento de la cirugía, para lograr con seguridad resección completa de la enfermedad, tomando en consideración la relación mama - tumor

8- Plantear la posibilidad de utilizar técnicas de reconstrucción mamaria en casos seleccionados, Mastectomía preservadora de piel con reconstrucción inmediata

9- La factibilidad de la realización de biopsia del Ganglio Centinela aun esta en estudio de investigación, las publicaciones iniciales mostraron una tasa de falsos negativos comparable con casos no tratados cifras aproximadas al 10%, sin embargo la fibrosis secundaria a la quimioterapia dificulta la exploración axilar. También se están realizando biopsias del G.C. antes de iniciar Q.T. neoadyuvante en casos de Axila negativa.

10- No olvidar que la Radioterapia juega un rol crítico en los pacientes tratados con Q.T. neoadyuvante y preservación mamaria

Por lo tanto en la actualidad en estos casos, tras el diagnóstico histológico, el tratamiento con quimioterapia neoadyuvante es casi obligado, exceptuando los casos que se precisaría la cirugía de inicio y ha demostrado tener un valor crecientemente en el tratamiento del Cáncer de mama.

Bibliografía:

- 1- Buchholz T, Lehman C. et al. Statement of the science concerning locoregional treatment after preoperative chemotherapy for Breast Cancer: A National Cancer Institute Conference. J.C.O. 26:791-797,2008
- 2- Burstein H. Therapeutic implications of residual disease after preoperative chemotherapy, Miami Breast Cancer Conference 2008: 94
- 3- Buzdar A. , Preoperative chemotherapy treatment of Breast Cancer –A review. Cancer 110:2394-2407,2007
- 4- Fisher B., Brown A., Mamounas E. Et al. Effect of preoperative chemotherapy on local regional disease in women with operable Breast Cancer, finding from the N.S.A.B.P. B-18 , J.C.O. 1997; 15:2483-93
- 5- Gralow J. , Burstein H. , et al. Preoperative therapy in invasive Breast Cancer: Pathologic assessment and systemic therapy issues in operable disease. J.C.O. 26: 814-819, 2008
- 6- Mamounas E. , Sentinel node after neoadjuvant chemotherapy in Breast Cancer: Results from N.S.A.B.P. B-27, J.C.O. 232694-2702, 2005
- 7- Hansen Nora, Conservative surgery after preoperative chemotherapy: Role of surgical margins in local recurrence and survival, 2008: 94
- 8- Oncología de Cancer de Mama Comunidad Valenciana, www.ivo.es/images3/oncoguia.mama.pdf
- 9- Rastogi P., Anderson S. et al, Preoperative chemotherapy: Updates of N.S.A.B.P. B-18 and B-27. J.C.O. 26: 778-785,2008
- 10- Wolff A. , Berry D., et al. Research issues affecting preoperative systemic therapy for operable Breast Cancer. J.C.O. 26:806-813, 2008
- 11- Sledge G. et al. Preoperative chemotherapy for Breast Cancer : Lessons learned and future prospects. J.C.O. 21: 4481-4482,2003



CARTA MASTOLÓGICA

ORGANO DIVULGATIVO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE MASTOLOGIA

Eventos Nacionales e Internacionales 2008-2009

Fecha	Evento
14/11/2008	IV Jornadas Andinas de Mastología Mérida www.ovepem.org.ve
11-14/12/2008	31st San Antonio Breast Cancer Symposium (SABCS) San Antonio - U.S.A. http://www.sabcs.org4-
7/03/2009	26th Annual Miami Breast Cancer Conference Miami - U.S.A. http://www.cancerconf.com
Marzo/2009	Controversias en Mastología Valencia
24-25/4/2009	III Jornadas Binacionales de Mastología San Cristobal
08-11/10/2009	X Congreso Venezolano de Mastologia Mérida http://www.ovepem.org.ve



Trozolet
Anastrozol 1 mg

Trozolet 1mg (Registrado en el M.P.S.S. bajo el N° E.F. 32.206)

Doxopeg
Clorhidrato de Doxorubicina Liposomada 20 mg (2mg/ml)

Doxopeg 20 mg (Registrado en el M.P.S.S. bajo el N° E.F. 35.800)

Taxus® 10 mg
20 mg
Tamoxifeno

Taxus 10 mg (Registrado en el M.P.S.S. bajo el N° E.F. 26.139)
Taxus 20 mg (Registrado en el M.P.S.S. bajo el N° E.F. 26.140)

Sociedad Venezolana de Mastología.

Avenida José María Vargas. Torre el colegio, piso 2 Santa Fé norte- Baruta lasmercedez caracas. Teléfonos: 0212-979.86.35 / fax:0212-976-49-41.www.ovepem.org