

*XVIII CONGRESO NACIONAL
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 2017*

*“Contribuyendo a la Salud Sexual y
Reproductiva de la Mujer como pilar del
Desarrollo Humano”*



AVANCES EN CÁNCER DE CERVIX Y MAMA A NIVEL MUNDIAL

22 de Marzo de 2017



ONCOGYNE

Dr. David Larín

Ginecólogo-Oncólogo

XVIII CONGRESO NACIONAL
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 2017

*“Contribuyendo a la Salud Sexual y
Reproductiva de la Mujer como pilar del
Desarrollo Humano”*



epidemiología



ONCOGYNE

Dr. David Larín

Ginecólogo-Oncólogo

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Cáncer

MUNDO

▶ 2014 { 12,7 millones de casos nuevos

▶ 2030 { 21,3 millones de casos nuevos
13,1 millones de muertes

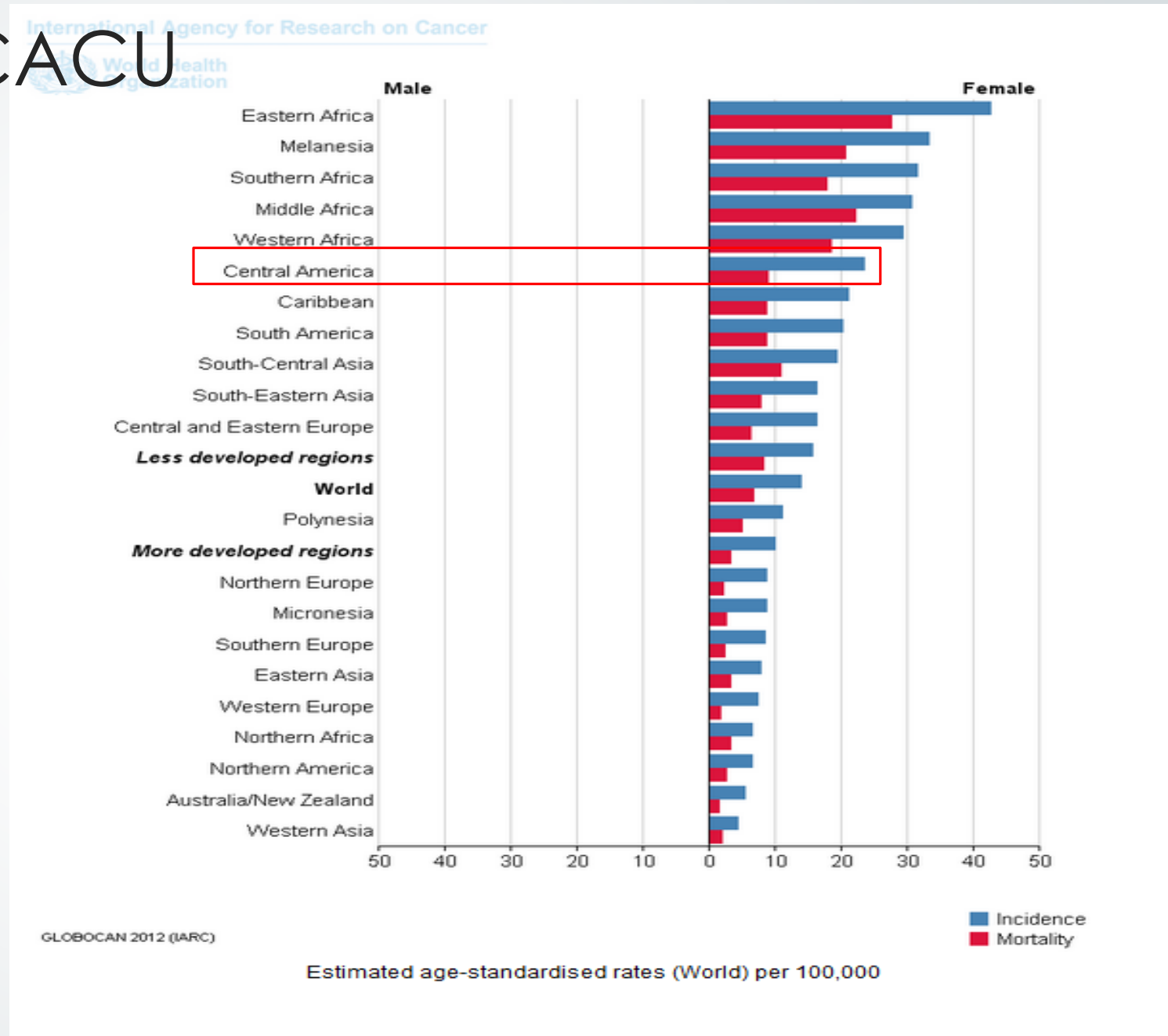
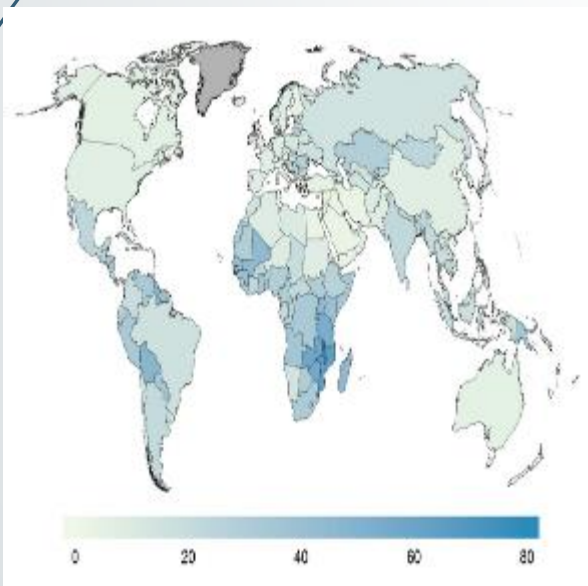
A. Latina
y el
Caribe

▶ 2030 { 1,7 millones de casos nuevos
1 millon de muertes



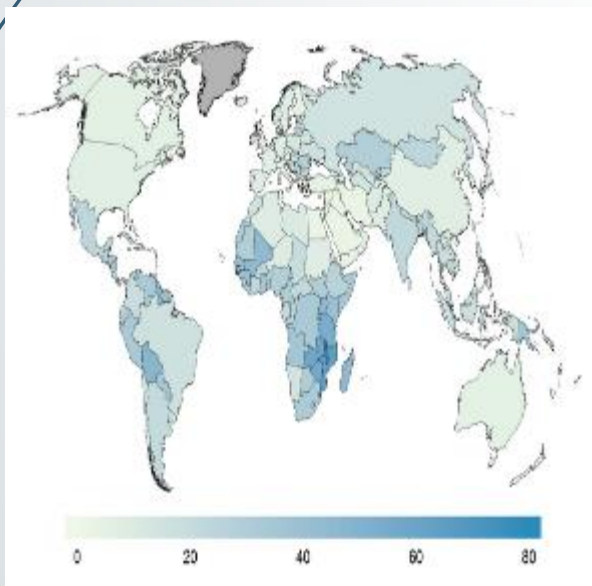
EPIDEMIOLOGIA CACU

- En el 2012 al año.
 - 528.000 casos nuevos
 - 266.000 defunciones



EPIDEMIOLOGIA Ca. MAMARIO

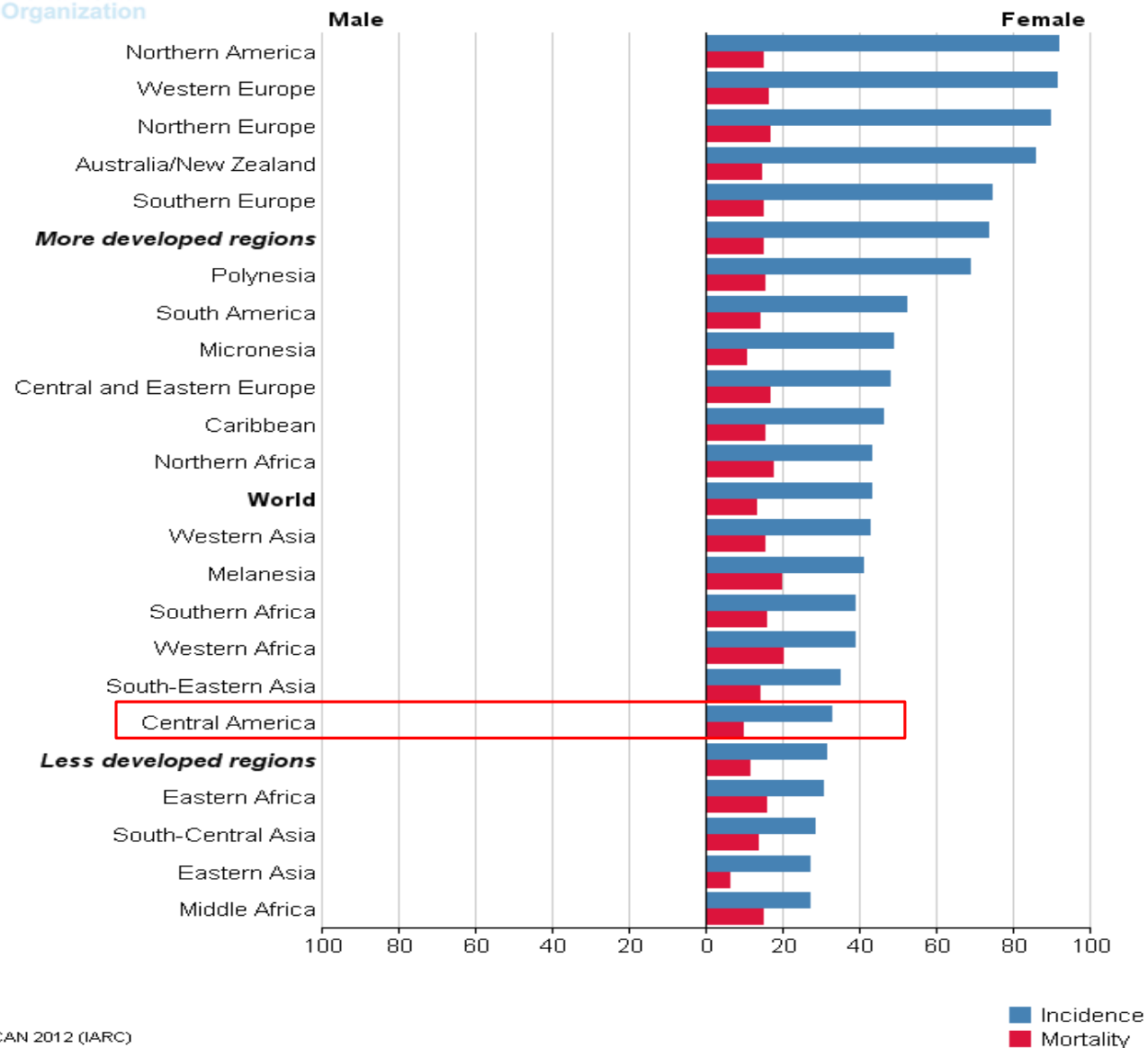
- En el 2012 al año.
 - 1,671.000 casos nuevos
 - 522.000 defunciones



International Agency for Research on Cancer



World Health Organization

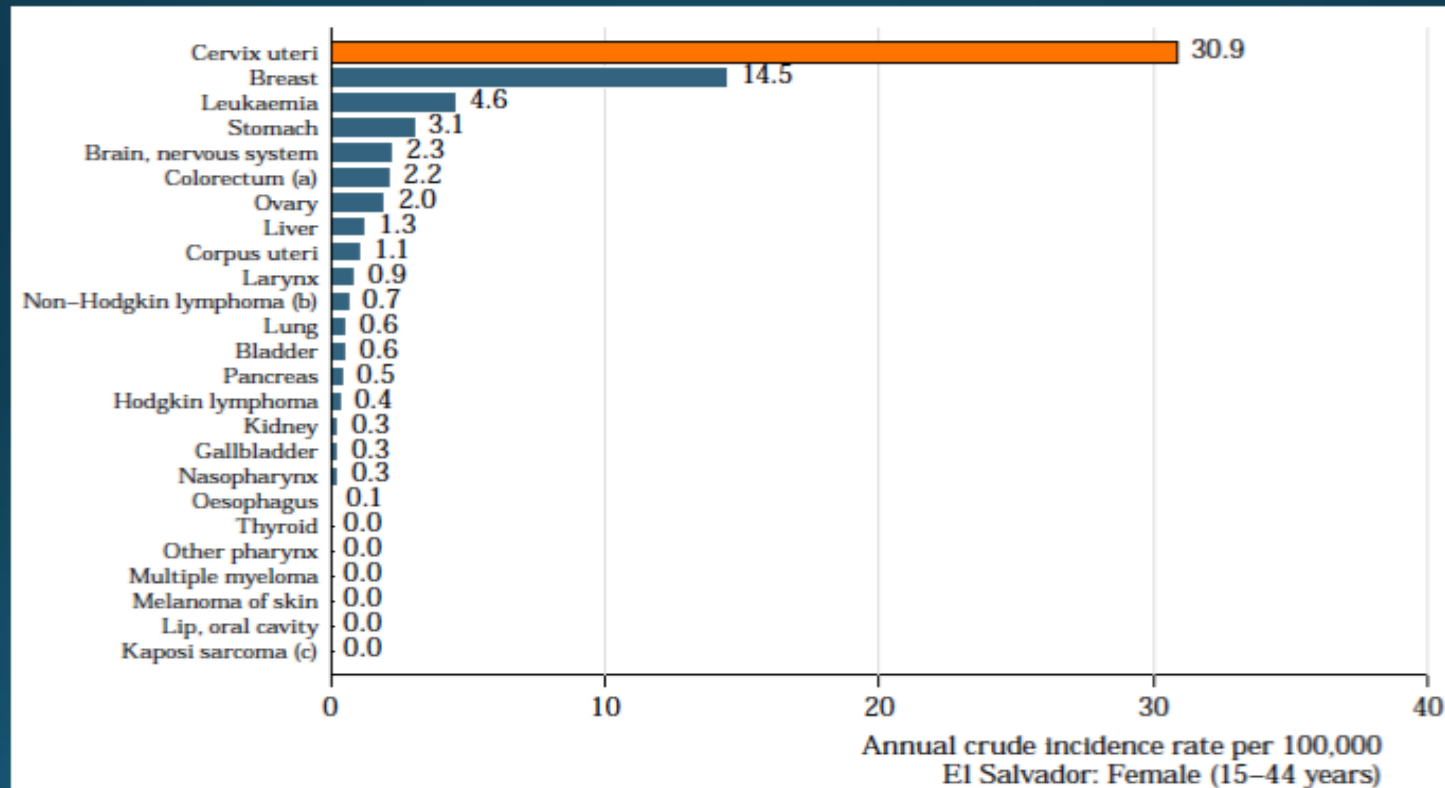


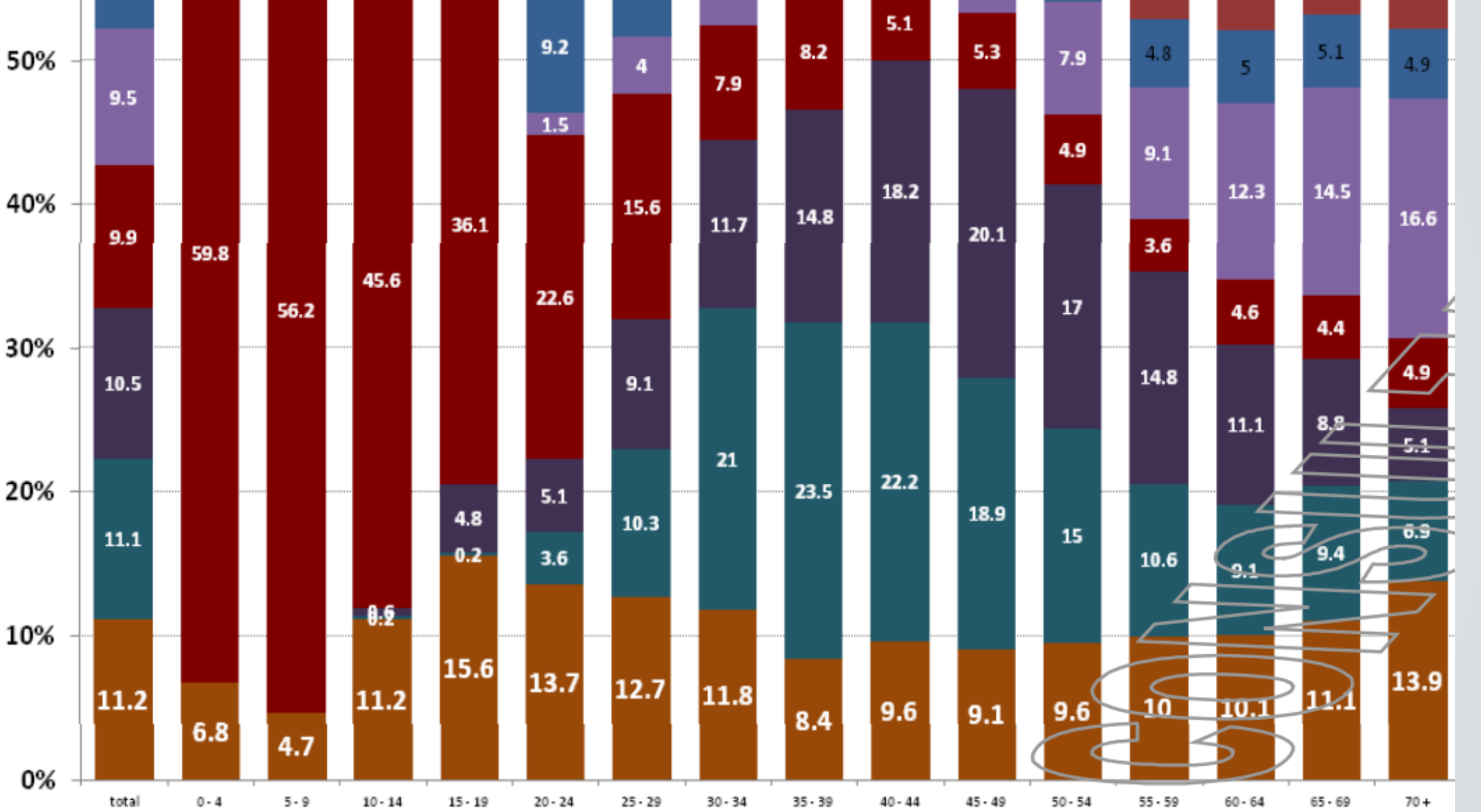
GLOBOCAN 2012 (IARC)

■ Incidence
■ Mortality

INCIDENCIA DE CANCER EN EL SALVADOR ENTRE MUJERES DE 15- 44 AÑOS GLOBOCAN 2012

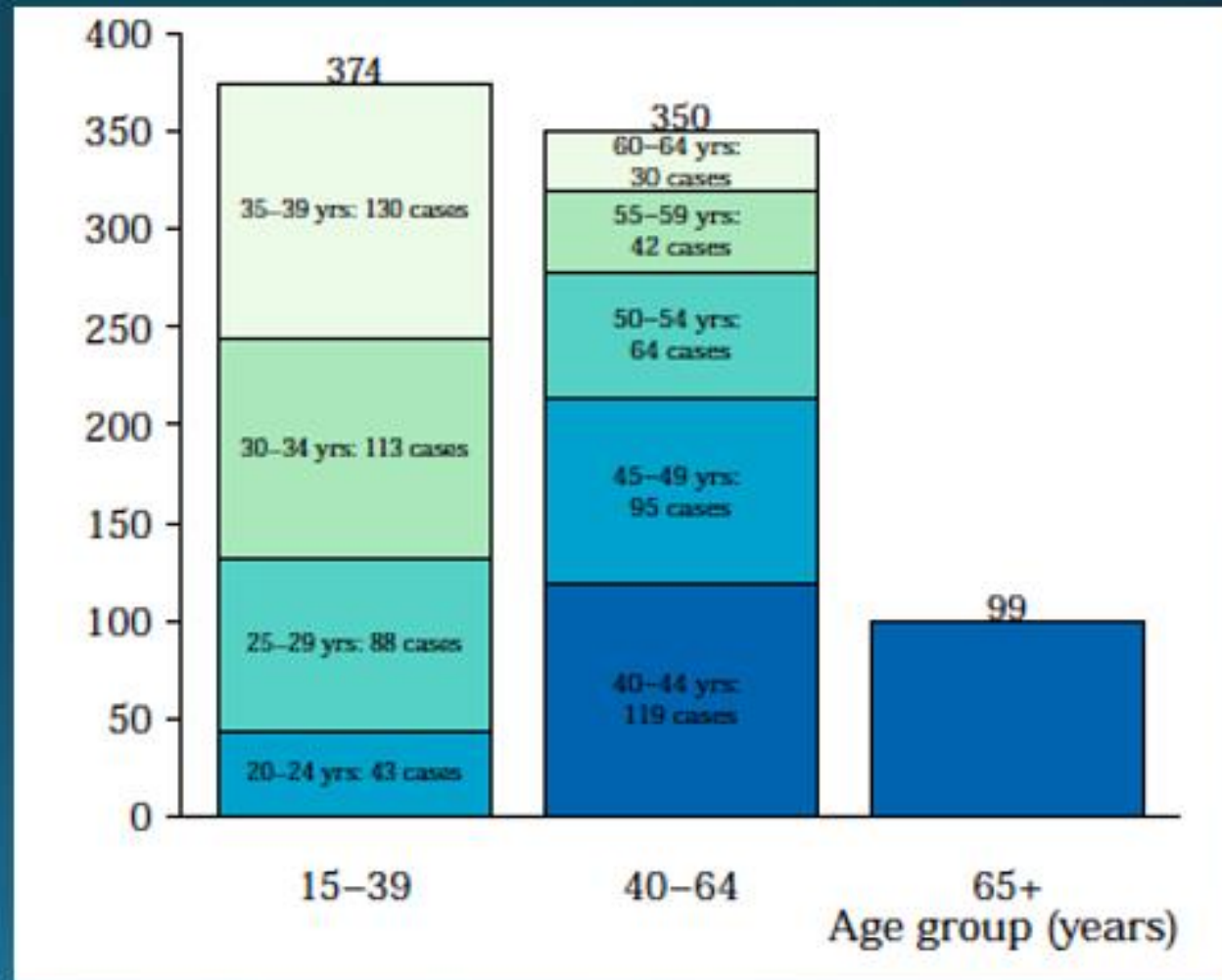
INCIDENCIA EN EL SALVADOR DE CÁNCER CERVICOUTERINO COMPARADO CON OTROS TIPOS DE CÁNCER ENTRE MUJERES DE 15 – 44 AÑOS – GLOBOCAN 2012.



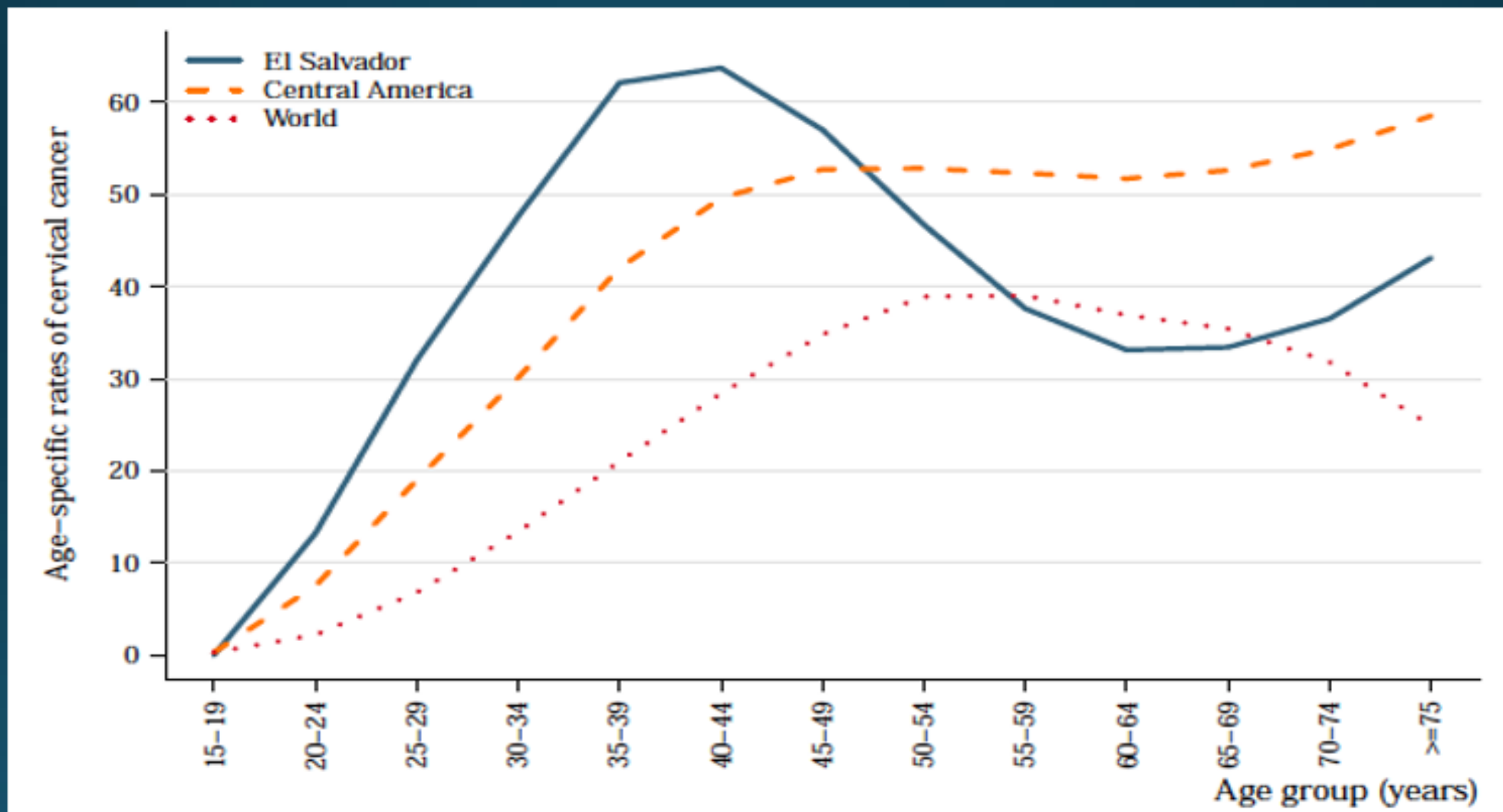


NÚMERO ANUAL DE NUEVOS CASOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL SALVADOR POR EDAD

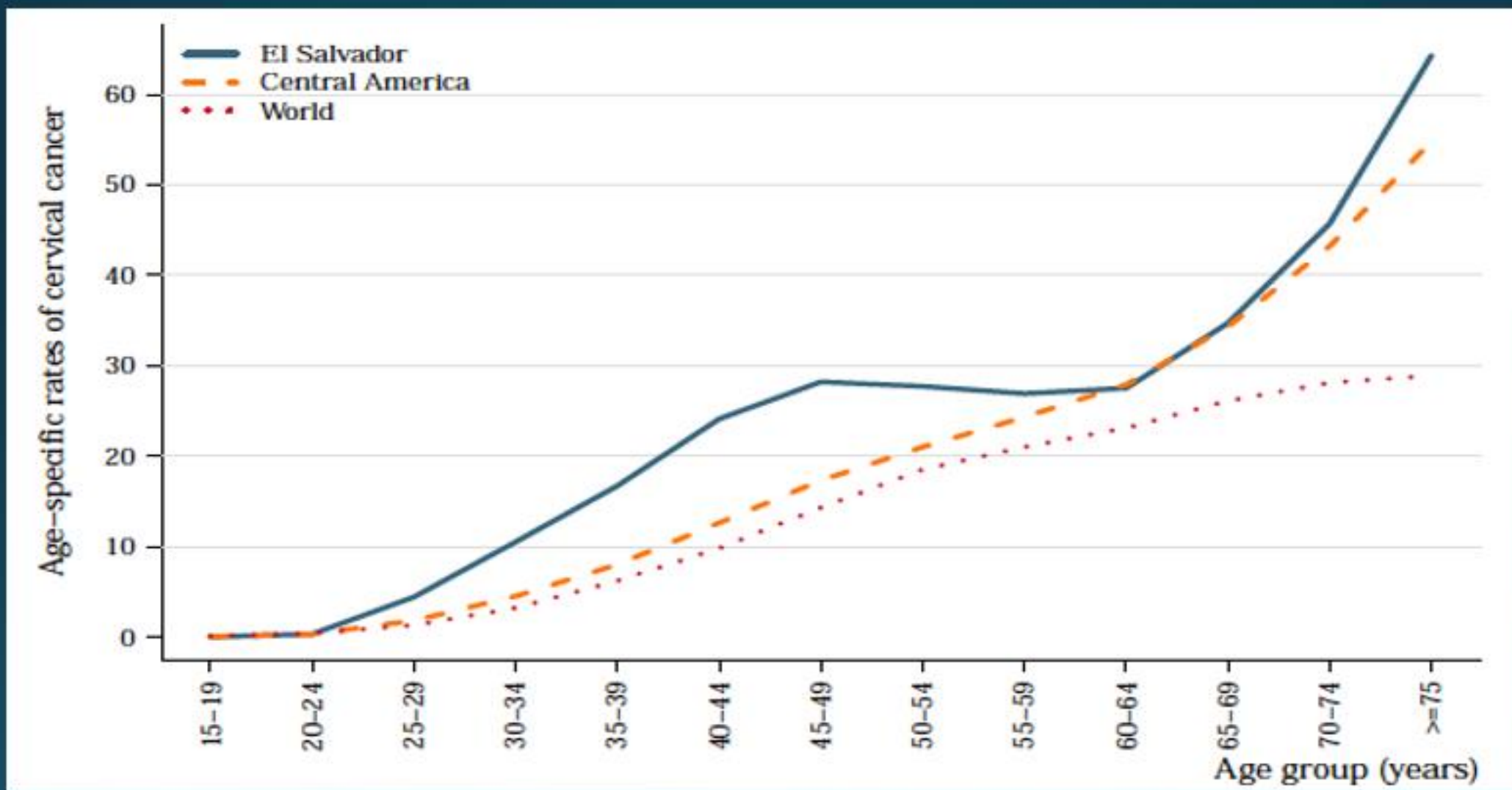
823 nuevos casos por año

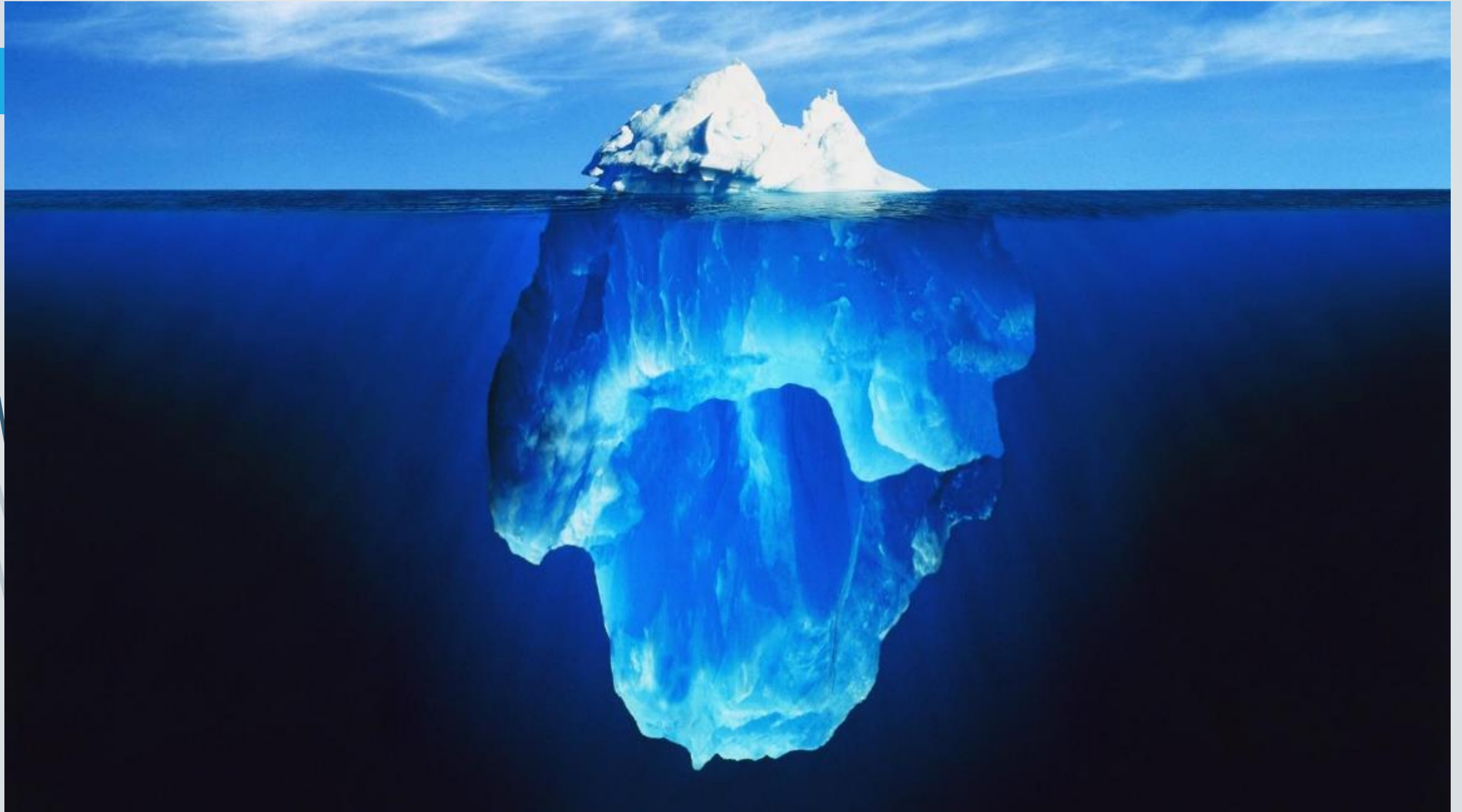


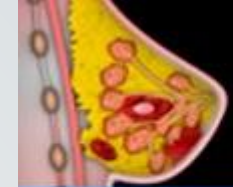
INCIDENCIA ESPECÍFICA POR EDAD DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL SALVADOR COMPARADO CON CENTRO AMÉRICA Y EL MUNDO. GLOBOCAN 2012 – ESTIMADOS.



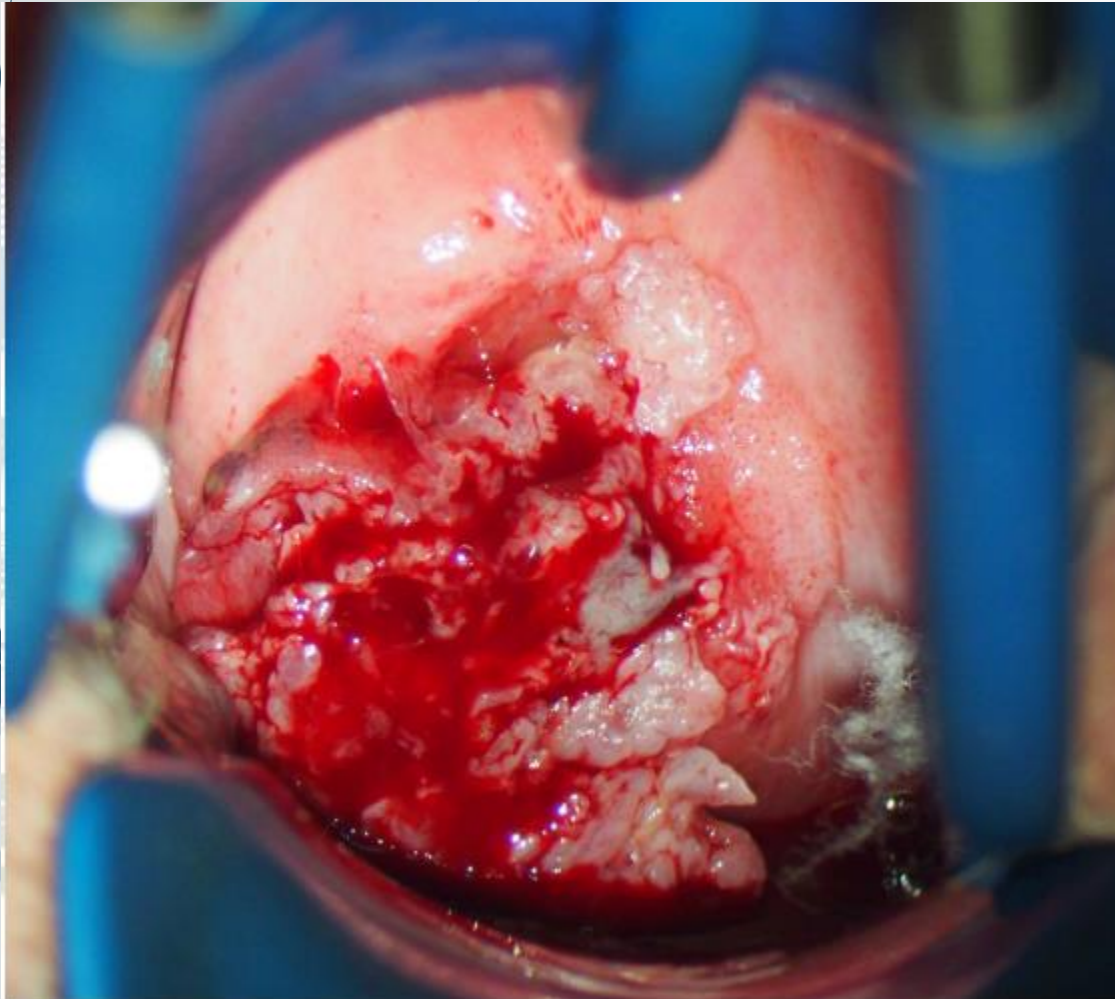
MORTALIDAD ESPECÍFICA POR EDAD DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN EL SALVADOR COMPARADO CON CENTRO AMÉRICA Y EL MUNDO. GLOBOCAN 2012 – ESTIMADOS.







Avances en
Cáncer de Mama



XVIII CONGRESO NACIONAL
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 2017

*“Contribuyendo a la Salud Sexual y
Reproductiva de la Mujer como pilar del
Desarrollo Humano”*



PREVENCIÓN PRIMARIA

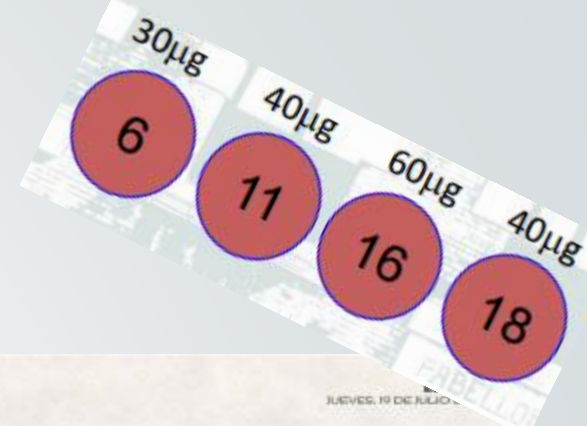


ONCOGYNE

Dr. David Larín

Ginecólogo-Oncólogo

PREVENCIÓN PRIMARIA



➤ Promoción de salud

➤ Métodos de PF(Barrera)

➤ En 2006, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos aprobó

➤ 2014 FDA

Estados

14 CIUDADANOS

Euskadi vacunará cada año a 10.000 niñas contra el cáncer de cuello de útero

La inmunización, que evita el 70% de los casos, empezará a administrarse en cuanto las autoridades españolas autoricen su uso, generalizado ya en Europa

CARLOS BENITO BILBAO

El consejero Gabriel Inclán dio respuesta ayer a una de las principales incógnitas acerca de las prestaciones futuras de la Sanidad pública vasca: la implantación de la vacuna contra el virus del papiloma humano, para prevenir el cáncer de cuello de útero. El departamento ha decidido finalmente que esta inmunización, utilizada ya en países como Francia, Reino Unido o Alemania, se introducirá en el calendario vasco tan pronto como las autoridades españolas autoricen su uso. «Esperamos que sea lo antes posible, porque no deberíamos esperar más. En cuanto esté disponible, se incorporará automáticamente», explicó el titular del área. El preparado se administrará a las niñas de 13 años -unas 10.000 por ejercicio- en tres dosis, coincidiendo con las correspondientes a la vacuna contra la hepatitis B.

«Más allá de los resultados, que tardarán mucho en conocerse, es un paso de gigantes», se felicitó Inclán, en referencia a que se trata de

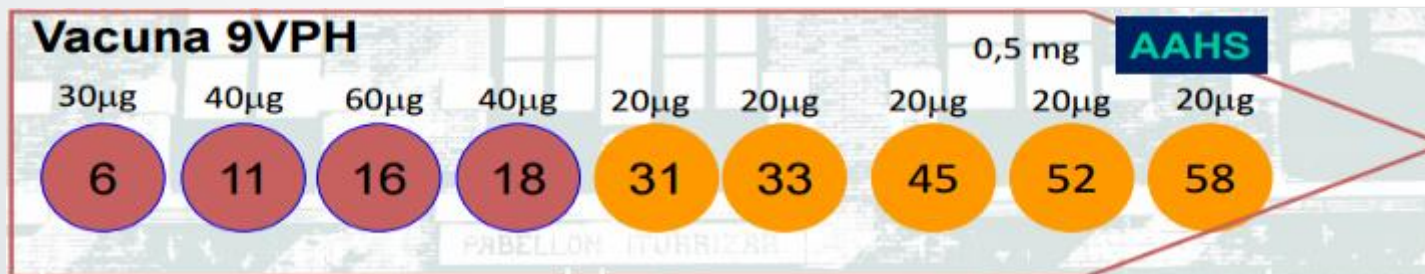
PINCHAZO. Una adolescente australiana recibe una dosis de la vacuna contra el papiloma humano. / CFE

El octavo tumor más frecuente

C. B. BILBAO

El cuello uterino o cérvix es la zona que comunica el útero y la vagina. El cáncer en esta parte del aparato reproductor femenino, menos frecuente que el de útero y ovario, tiene una incidencia de 6,4 casos por cada 100.000 mujeres y ocupa el octavo lugar entre los que más afectan a este sexo. No obstante, Gabriel Inclán indicó que los casos son muy diferentes en los países en desarrollo, donde resulta mucho más habitual.

En 2004, según los datos brindados ayer por Sanidad, murieron por esta causa 20 mujeres mayores de 50 años, sin que se registrase «prácticamente ninguna defunción» por debajo de los 35. El consejero destacó una peculiaridad: «Se puede infectar del virus una mujer de 20 años y en caso de desarrollar el tumor, no hacerlo hasta los 70».





PREVENCIÓN PRIMARIA

estilo de vida:

patógenos o ambientales:



Biológicos

Table 4. Factors That Increase the Relative Risk of Breast Cancer in Women

Relative Risk	Factor
>4.0	Female
	Age (65+ vs <65 years, although risk increases across all ages until age 80)
	Certain inherited genetic mutations for breast cancer (<i>BRCA1</i> and/or <i>BRCA2</i>)
	Two or more first-degree relatives with breast cancer diagnosed at an early age
	Personal history of breast cancer
	High breast tissue density
	Biopsy-confirmed atypical hyperplasia
2.1–4.0	One first-degree relative with breast cancer
	High-dose radiation to chest
	High bone density (postmenopausal)
1.1–2.0	Late age at first full-term pregnancy (>30 years)
	Early menarche (<12 years)
	Late menopause (>55 years)
	No full-term pregnancies
	Never breastfed a child
	Recent oral contraceptive use
	Recent and long-term use of estrogen and progestin
Obesity (postmenopausal)	
Other factors	Personal history of endometrial or ovarian cancer
	Alcohol consumption
	Height (tall)
	High socioeconomic status
	Ashkenazi Jewish heritage



antecedentes reproductivos



Reprinted with permission from American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2009–2010. Atlanta: American Cancer Society, Inc. Adapted with permission from Hulka BS, Moorman PG. Breast cancer: hormones and other risk factors. *Maturitas*. Feb 28 2001;38(1):103–113; discussion 113–106.

XVIII CONGRESO NACIONAL
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 2017

*“Contribuyendo a la Salud Sexual y
Reproductiva de la Mujer como pilar del
Desarrollo Humano”*



PREVENCION SECUNDARIA



ONCOGYNE

Dr. David Larín

Ginecólogo-Oncólogo



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN—GYNECOLOGISTS

NUMBER 157, JANUARY 2016

(Replaces Practice Bulletin Number 131, November 2012)

Cervical Cancer Screening and Prevention

The incidence of cervical cancer in the United States has decreased more than 50% in the past 30 years because of widespread screening. In 1975, the rate was 14.8 per 100,000 women. By 2011, it decreased to 6.7 per 100,000 women. Mortality from the disease has undergone a similar decrease from 5.55 per 100,000 women in 1975 to 2.3 per 100,000 women in 2011 (1). The American Cancer Society (ACS) estimated that there would be 12,900 new

Cirugía y Cirujanos. 2015;83(5):448–453



ELSEVIER

CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



INFORMACIÓN GENERAL

Detección primaria del cáncer cervicouterino

Víctor Manuel Vargas-Hernández^{a,*}, Víctor Manuel Vargas-Aguilar^b
y José María Tovar-Rodríguez^a



^a Dirección de Investigación, Hospital Juárez de México D.F., México

^b Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Table 1. Screening Methods for Cervical Cancer for the General Population: Joint Recommendations of the American Cancer Society, the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and the American Society for Clinical Pathology* ↵

Population	Recommended Screening Method	Comment
Women younger than 21 years	No screening	
Women aged 21–29 years	Cytology alone every 3 years	
Women aged 30–65 years	Human papillomavirus and cytology cotesting (preferred) every 5 years Cytology alone (acceptable) every 3 years	Screening by HPV testing alone is not recommended*
Women older than 65 years	No screening is necessary after adequate negative prior screening results	Women with a history of CIN 2, CIN 3, or adenocarcinoma in situ should continue routine age-based screening for a total of 20 years after spontaneous regression or appropriate management of CIN 2, CIN 3, or adenocarcinoma in situ
Women who underwent total hysterectomy	No screening is necessary	Applies to women without a cervix and without a history of CIN 2, CIN 3, adenocarcinoma in situ, or cancer in the past 20 years
Women vaccinated against HPV	Follow age-specific recommendations (same as unvaccinated women)	

Abbreviations: CIN, cervical intraepithelial neoplasia; HPV, human papillomavirus.

*After the Joint Recommendations were published, a test for screening with HPV testing alone was approved by the FDA. Gynecologic care providers using this test should follow the interim guidance developed by the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology and the Society for Gynecologic Oncology (Huh WK, Ault KA, Chelmow D, Davey DD, Goulart RA, Garcia FA, et al. Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. *Obstet Gynecol* 2015;125:330–7.).

Modified from Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. *CA Cancer J Clin* 2012;62:147–72.

Table 2. Management of Cervical Cancer Screening Results ↵

Screening Method	Result	Management
Cytology screening alone	Cytology negative	Screen again in 3 years
	ASC-US cytology and reflex HPV negative	Cotest in 3 years
	All others	Refer to ASCCP guidelines*
Cotesting	Cytology negative, HPV negative	Screen again in 5 years
	ASC-US cytology, HPV negative	Screen again in 3 years
	Cytology negative, HPV positive	Option 1: 12-month follow-up with cotesting Option 2: Test for HPV-16 or HPV-18 genotypes <ul style="list-style-type: none">• If positive results from test for HPV-16 or HPV-18, referral for colposcopy• If negative results from test for HPV-16 and HPV-18, 12-month follow-up with cotesting
	All others	Refer to ASCCP guidelines*

Abbreviations: ASCCP, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology; ASC-US, atypical squamous cells of undetermined significance; HPV, human papillomavirus.

*Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al, for the 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis* 2013;17:S1–S27.

Modified from Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. *CA Cancer J Clin* 2012;62:147–72, with additional modifications based on Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al, for the 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis* 2013;17:S1–S27.

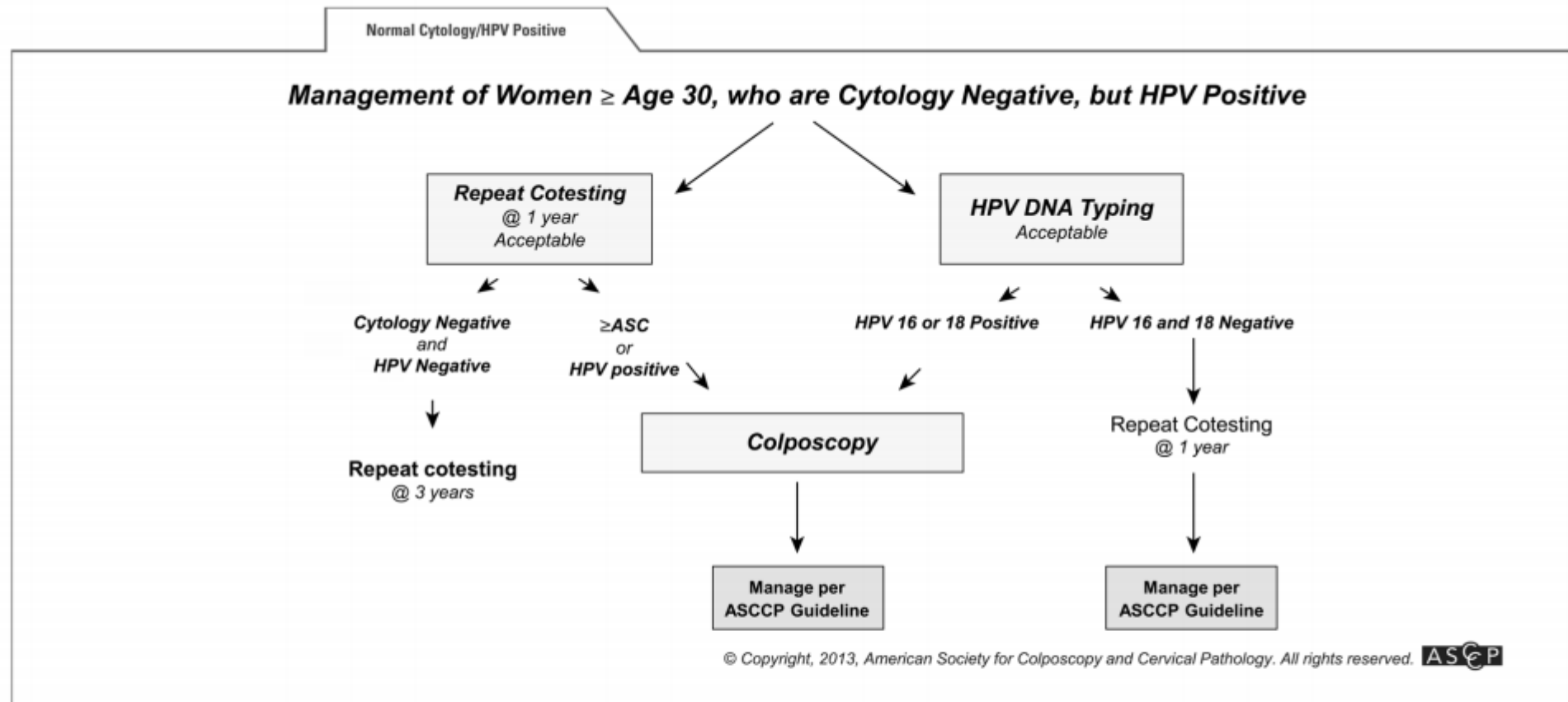


Fig. 1. Management of women 30 years and older, who are cytology negative, but HPV positive. Abbreviations: ASC, atypical squamous cells; ASCCP, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology; HPV, human papillomavirus. (Reprinted from Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al, for the 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 Updated Consensus Guidelines for the Management of Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *J Low Genit Tract Dis* 2013;17:S1–S27.) ↵

NUEVOS MARCADORES Y NUEVAS PROPUESTAS DE CRIBADO

- **GENOTIPADO DEL HVP-AR**
 - 2009 FDA
 - PAP NL Y VPH-AR +
- **ARNm E6/E7**
 - ONCOGENES
 - P53 Y pRb
 - E Y S 83%
- **p16INK4a**
 - E7 + pRb
 - pronostica
- **p16INK4a Y Ki67(TINCIÓN DUAL)**
 - E: 72%
 - S: 90%

Genotipado del virus del papiloma humano como un marcador pronóstico fiable de recurrencia después de escisión electroquirúrgica con asa para la neoplasia de alto grado intraepitelial cervical (CIN2-3), especialmente en las mujeres posmenopáusicas.

[Kang WD](#)¹, [Kim SM](#) .
[Información del autor](#)

OBJETIVO:

Este estudio se realizó para determinar, mediante la prueba de VPH ADN Chip (HDC), si los virus del papiloma humano (VPH) genotipo es predictivo de alto grado neoplasia intraepitelial de cuello uterino recurrente (CIN; CIN2-3) después de un procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP) en mujeres posmenopáusicas.

MÉTODOS:

Entre enero de 2007 y febrero de 2013, 206 mujeres posmenopáusicas con CIN2-3 fueron tratados con LEEP, seguido de la citología, II ensayo de captura de híbridos (HC2), y la prueba de HDC. Post-LEEP seguimiento se realizó a los 3, 6, 9, 12, 18, y 24 meses durante los 2 primeros años y posteriormente cada año.

RESULTADOS:

Entre 206 mujeres, HC2 dio resultados positivos en 199 mujeres (96,6%) y HDC tuvo resultados positivos en 201 mujeres (97,6%) antes de la LEEP. El acuerdo global entre HDC y HC2 fue del 99,0%. El área bajo la curva ROC para el VPH de alto riesgo (VPH-AR) carga viral medida por HC2 predecir CIN2-3 recurrente fue 0,567 ($p = 0,335$). Veintiséis mujeres (12,6%) desarrollaron recurrencia, y los que desarrollaron recurrencia dieron positivo para el mismo genotipo de VPH-AR antes y después de la LEEP. El mismo genotipo de VPH-AR por HDC durante el seguimiento tuvo una sensibilidad y un valor predictivo negativo del 100% en la detección de la enfermedad recurrente. **VPH-18 se asoció significativamente con CIN2-3 recurrente ($P < 0,05$).**

CONCLUSIONES:

Entre las mujeres posmenopáusicas, la infección persistente con el mismo genotipo de VPH-AR, especialmente el VPH-18, debe considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de CIN2-3 recurrente. Después de LEEP, estas mujeres merecen una atención especial con un seguimiento intensivo.

Probabilidad de desarrollar Cáncer de mama por edad

Table 1. Age-Specific Probabilities of Developing Invasive Female Breast Cancer*

If Current Age Is...	The Probability of Developing Breast Cancer in the Next 10 Years [†]	Or 1 in:
20	0.06%	1,760
30	0.44%	229
40	1.44%	69
50	2.39%	42
60	3.40%	29
70	3.73%	27
Lifetime risk	12.08%	8

*Among those free of cancer at the beginning of the age interval. Based on cases diagnosed 2004–2006. Percentages and “1 in” numbers may not be numerically equivalent because of rounding.

[†]Probability derived using NCI DevCan Software, Version 6.4.0.

Reprinted with permission from American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2009–2010. Atlanta: American Cancer Society, Inc.

Clinical Review & Education

Special Communication

Breast Cancer Screening for Women at Average Risk 2015 Guideline Update From the American Cancer Society

Kevin C. Oeffinger, MD; Elizabeth T. H. Fontham, MPH, DrPH; Ruth Etzioni, PhD; Abbe Herzig, PhD;
James S. Michaelson, PhD; Ya-Chen Tina Shih, PhD; Louise C. Walter, MD; Timothy R. Church, PhD;
Christopher R. Flowers, MD, MS; Samuel J. LaMonte, MD; Andrew M. D. Wolf, MD; Carol DeSantis, MPH;
Joannie Lortet-Tieulent, MSc; Kimberly Andrews; Deana Manassaram-Baptiste, PhD; Debbie Saslow, PhD;
Robert A. Smith, PhD; Otis W. Brawley, MD; Richard Wender, MD

	U.S. Preventive Services Task Force 2016	American Cancer Society 2015	American College of Obstetricians and Gynecologists 2011	International Agency for Research on Cancer 2015	American College of Radiology 2010	American College of Physicians	American Academy of Family Physicians 2016
Mujeres de 40 a 49 años con riesgo promedio	La decisión de iniciar la mamografía de detección en mujeres antes de los 50 años de edad debe ser individual . Las mujeres que valoran mejor el beneficio potencial que los daños potenciales pueden optar por comenzar el examen bienal entre las edades de 40 y 49 años.	Las mujeres de 40 a 44 años deben tener la opción de comenzar el cribado anual del cáncer de mama con mamografías si así lo desean . Deben considerarse los riesgos de la detección y los posibles beneficios. Las mujeres de 45 a 49 años deben hacerse mamografías cada año.	Revisión con mamografía y exámenes clínicos de mama anualmente	Evidencia insuficiente para recomendar a favor o en contra de la detección.	Revisión con mamografía anualmente .	Discutir los beneficios y los daños con las mujeres en buen estado de salud y orden de detección con mamografía cada dos años si una mujer lo pide	La decisión de iniciar la mamografía de detección debe ser individual . Las mujeres que ponen un mayor valor en el beneficio potencial que los daños potenciales pueden optar por comenzar el cribado
Mujeres de 50 a 74 años con riesgo promedio	Se recomienda mamografía cada 2 años	Las mujeres de 50 a 54 años deben hacerse mamografías cada año. Las mujeres mayores de 55 años deben cambiar a mamografías cada 2 años , o tienen la opción de continuar con el examen anual.	Revisión con mamografía y examen clínico de los senos anualmente .	Para las mujeres de 50 a 69 años , se recomienda el cribado con mamografía. Para las mujeres de 70 a 74 años , la evidencia sugiere que el cribado con mamografía reduce sustancialmente el riesgo de muerte por cáncer de mama, pero actualmente no se recomienda .	Revisión con mamografía anualmente	Los médicos deben fomentar la mamografía cada dos años en mujeres de riesgo medio .	Revisión con mamografía cada 2 años

	U.S. Preventive Services Task Force 2016	American Cancer Society 2015	American College of Obstetricians and Gynecologists 2011	International Agency for Research on Cancer 2015	American College of Radiology 2010	American College of Physicians	American Academy of Family Physicians 2016
Mujeres de 75 años o más con riesgo promedio Corriente	Las pruebas actuales son insuficientes para evaluar el balance de los beneficios y los daños de la mamografía de detección en mujeres de 75 años o más.	La detección debe continuar mientras una mujer esté en buen estado de salud y se espera que viva 10 años o más.	Las mujeres deben, en consulta con sus médicos, decidir si continuar o no el cribado mamográfico	No se abordó.	El cribado con mamografía debe detenerse cuando la esperanza de vida es de menos de 5 a 7 años en función de la edad o de las enfermedades comórbidas.	No se recomienda el tamizaje.	La evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de los beneficios y los daños del cribado con la mamografía.
Mujeres con pechos densos	La evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de los beneficios y los daños de los exámenes adjuntos para el cáncer de mama usando ultrasonografía de mama, resonancia magnética (RM), tomosíntesis digital de mama (DBT) u otros métodos en mujeres identificadas para tener pechos densos Mamografía de detección.	No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación para o en contra de la detección anual de resonancia magnética.	Evidencia insuficiente para recomendar a favor o en contra de la detección por resonancia magnética.	Evidencia insuficiente para recomendar a favor o en contra de la detección.	Además de la mamografía , se puede considerar la ecografía .	No se abordó.	La evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de los beneficios y los daños del tamizaje adjunto para el cáncer de mama usando ultrasonografía de mama, resonancia magnética, DBT u otros métodos.

	U.S. Preventive Services Task Force 2016	American Cancer Society 2015	American College of Obstetricians and Gynecologists 2011	International Agency for Research on Cancer 2015	American College of Radiology 2010	American College of Physicians	American Academy of Family Physicians 2016
<p>Mujeres con riesgo más alto que el promedio</p>	<p>Las mujeres con un padre, un hermano o un niño con cáncer de mama corren un mayor riesgo de contraer cáncer de mama y, por lo tanto, pueden beneficiarse más de las mujeres de riesgo promedio de comenzar el examen en los 40 años.</p>	<p>Las mujeres que tienen un alto riesgo de cáncer de mama basado en ciertos factores (como tener un padre, un hermano o un niño con una mutación genética BRCA 1 o BRCA2) deben obtener una RM y una mamografía cada año</p>	<p>Para las mujeres que resultan positivas para las mutaciones BRCA1 o BRCA2 o tienen un riesgo de por vida de 20% o mayor, el cribado debe incluir dos veces al año exámenes clínicos de mama, mamografía anual, RMN mamaria anual y autoexamen de mama. Para las mujeres que recibieron irradiación torácica entre los 10 y los 30 años, la exploración debe incluir mamografía anual, RM anual y exámenes clínicos de mama cada 6 a 12 meses comenzando de 8 a 10 años después del tratamiento de radiación o a los 25 años</p>	<p>La evidencia sugiere que el cribado (mamografía y resonancia magnética) a una edad más temprana puede ser beneficioso</p>	<p>Para los portadores de mutaciones BRCA1 o BRCA 2, los miembros de la familia no probados de los portadores de mutación BRCA1 o BRCA2 y las mujeres con un riesgo de por vida de 20% o más (basado en antecedentes familiares), el cribado debe incluir mamografía anual y MRI anual a partir de los 30 años. No antes de los 25 años de edad. Para mujeres con antecedentes de irradiación torácica entre las edades de 10 y 30 años, la mamografía anual y la RM anual comenzaron 8 años después del tratamiento (mamografía no</p>	<p>No se abordó.</p>	<p>No se abordó.</p>



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

Communications Office

Washington, DC

202-484-3321

communications@acog.org | acog.org

Declaración relativa a las directrices del ACOG de cáncer de mama

11 de enero de, el año 2016

Washington, DC – Mark S. DeFrancesco, MD, MBA, presidente del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), emitió la siguiente declaración con respecto a las recomendaciones de los Estados Unidos Preventive Services Task Force sobre el cribado del cáncer de mama:

"ACOG sigue destacando por [nuestras recomendaciones de cribado de cáncer de mama](#), que proporcionan para las mamografías anuales que comienzan a la edad de 40. La evidencia y la experiencia han demostrado que la detección temprana puede conducir a la mejora de los resultados en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

"En enero, el ACOG ha convocado una conferencia de consenso con la intención de desarrollar un conjunto coherente de directrices uniformes para la detección del cáncer de mama que se pueden implementar a nivel nacional. Las principales organizaciones y proveedores de atención de la salud de las mujeres se reunirán para examinar y analizar los datos con mayor detalle. Esperamos un resultado positivo de esta conferencia que ayuda a evitar la confusión que existe en la actualidad entre las mujeres que tratamos.

"ACOG apoya firmemente la toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente, y en el caso de la detección del cáncer de mama, es esencial. Dadas las diferencias entre las recomendaciones actuales de la organización sobre el cribado del cáncer de mama, reconocemos que puede haber confusión entre las mujeres acerca de cuándo deben comenzar la detección del cáncer de mama. ACOG anima a las mujeres a hablar de esto con su médico, incluyendo aspectos tales como antecedentes familiares de cáncer, factores de riesgo como el sobrepeso, y sus propias experiencias personales con cáncer de mama. por otra parte, es esencial que los médicos consejo las mujeres acerca de las posibles consecuencias de la mamografía, incluyendo los falsos positivos.

"Es importante destacar que, en diciembre, el Congreso tomó medidas para preservar el acceso a una mamografía para las mujeres de 40 o más años de edad sin gasto compartido por dos años.

"Reconocemos que las directrices y recomendaciones evolucionan a medida que aparecen nuevos datos, pero actualmente el ACOG sigue apoyando las mamografías de rutina a partir de los 40 años de edad, así como el uso continuo de los exámenes clínicos de mama."

**BREAST SCREENING CONSIDERATIONS****RECOMMENDATIONS FOR BREAST MRI SCREENING AS AN ADJUNCT TO MAMMOGRAPHY^{4,5}**
(FOR AGE TO BEGIN SCREENING EXCEPT WHERE NOTED BELOW: [SEE BSCR-2](#))**Recommend Annual MRI Screening (Based on Evidence):⁶**

- *BRCA* mutation, commence at age 25 y
- First-degree relative of *BRCA* carrier, but untested: commence at age 25 y
- Lifetime risk 20% or greater, as defined by models that are largely dependent on family history⁷

Recommend Annual MRI Screening (Based on Expert Consensus Opinion):⁸

- Radiation to chest between age 10 and 30 years
- Li-Fraumeni syndrome⁸ and first-degree relatives
- *PTEN* and Bannayan-Riley-Ruvalcaba syndromes⁹ and first-degree relatives
- >20% risk of breast cancer based on gene and/or risk level--*ATM*, *CDH1*, *CHEK2*, *PALB2*, *PTEN*, *STK11*, *TP53*
- Consider MRI screening for LCIS and ALH/ADH based on emerging evidence if lifetime risk \geq 20%

Insufficient Evidence to Recommend for or Against MRI Screening:¹⁰

- Lifetime risk 15%–20%, as defined by models that are largely dependent on family history⁷
- Heterogeneously or extremely dense breast on mammography
- Women with a personal history of breast cancer,¹¹ including ductal carcinoma in situ (DCIS)

Recommend Against MRI Screening (Based on Expert Consensus Opinion):

- Women at <15% lifetime risk

⁴Adapted with permission from John Wiley and Sons. Copyright ©2007 American Cancer Society. Saslow D, Boetes C, Burke W, et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening with MRI as an Adjunct to Mammography. CA: Cancer J Clin 2007;57:75-89.

⁵Breast MRI examinations require a dedicated breast coil and breast imaging radiologists familiar with the optimal timing sequences and other technical details for image interpretation. The imaging center should have the ability to perform MRI-guided needle sampling and/or wire localization of MRI-detected findings.

⁶Evidence from nonrandomized screening trials and observational studies. In high-risk settings based on current evidence and considering the FDA warning³ (gadolinium-based contrast agents) we continue to recommend annual MRI in these select populations. FDA Drug Safety Communication: FDA evaluating the risk of brain deposits with repeated use of gadolinium-based contrast agents for magnetic resonance imaging (MRI) <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm455386.htm>

⁷Risk models that are largely dependent on family history (eg, Claus, BRCAPRO, BOADICEA, Tyrer-Cuzick). [See NCCN Guidelines for Breast Cancer Risk Reduction.](#)

⁸Based on evidence of lifetime risk for breast cancer.

⁹There is variation in recommendations for initiation of screening for different genetic syndromes. [See NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast and Ovarian.](#)

¹⁰Payment should not be a barrier. Screening decisions should be made on a case-by-case basis, as there may be particular factors to support MRI. More data on these groups are expected to be published soon.

¹¹Brennan S, Liberman L, Dershaw DD, et al. Breast MRI screening of women with a personal history of breast cancer. AJR 2010;195:510-516.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any patient with cancer is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

XVIII CONGRESO NACIONAL
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 2017

*“Contribuyendo a la Salud Sexual y
Reproductiva de la Mujer como pilar del
Desarrollo Humano”*



PREVENCIÓN TERCIARIA



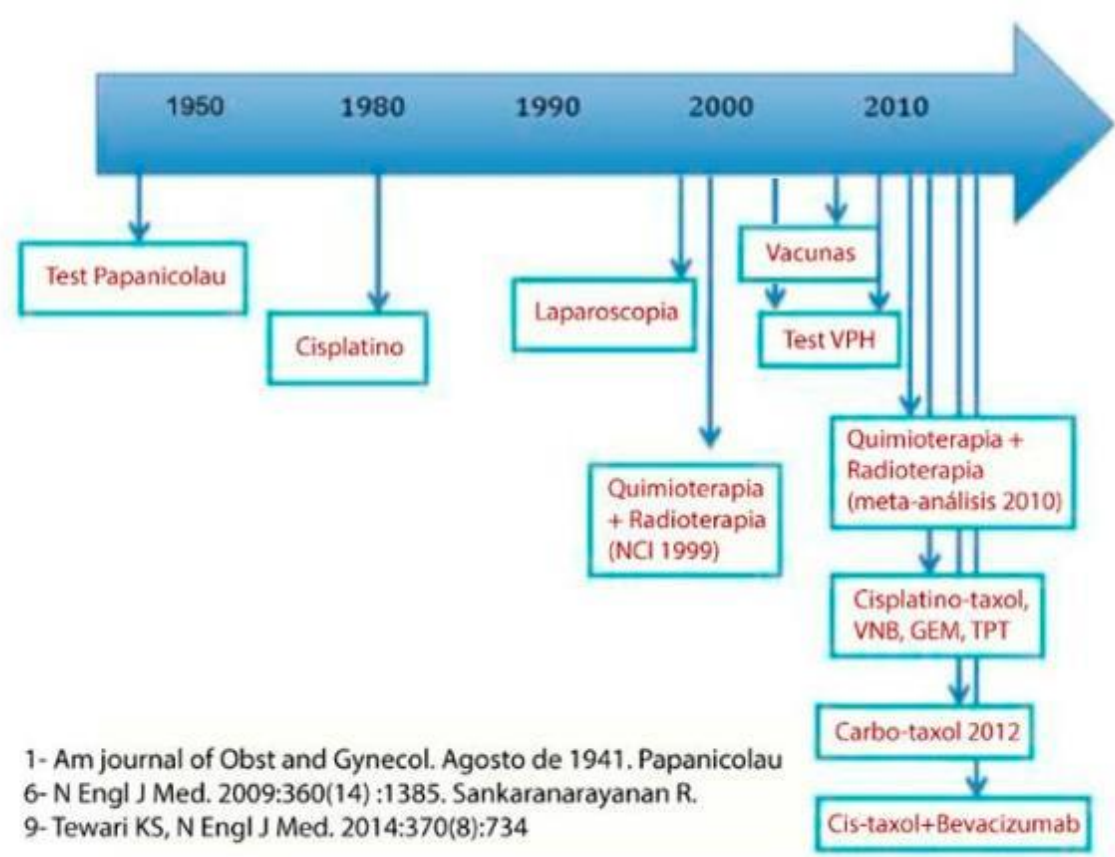
ONCOGYNE

Dr. David Larín

Ginecólogo-Oncólogo



PREVENCIÓN TERCIARIA



1- Am journal of Obst and Gynecol. Agosto de 1941. Papanicolau
 6- N Engl J Med. 2009:360(14) :1385. Sankaranarayanan R.
 9- Tewari KS, N Engl J Med. 2014:370(8):734



1970 1980 1990 2000 2010 2014 2015



SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

- Tratamiento Local
- Hormonoterapia
- Quimioterapia
- Terapias Biológicas
- Prevención, Riesgos, Biología



Avances en
Cáncer de Mama

recommended by the ESMO Clinical Practice Guidelines

Intrinsic subtype	Clinicopathologic surrogate definition
Luminal A	'Luminal A-like' ER-positive HER2-negative Ki67 low* PgR high** low-risk molecular signature (if available)
Luminal B	'Luminal B-like (HER2-negative)' ER-positive HER2-negative and either Ki67 high or PgR low high-risk molecular signature (if available)
	'Luminal B-like (HER2-positive)' ER-positive HER2-positive any Ki67 any PgR
HER2 overexpression	'HER2-positive (non-luminal)' HER2-positive ER and PgR absent
'Basal-like'	'Triple-negative (ductal)' ER and PgR absent HER2-negative

ER, oestrogen receptor; HER2, human epidermal growth factor 2 receptor





AVANCES A NIVEL NACIONAL



2014

Diagnóstico situacional del cáncer en El Salvador

Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama



DIARIO OFICIAL



DIRECTOR: *Edgard Antonio Mendoza Castro*

TOMO N° 408 | SAN SALVADOR, MIERCOLES 16 DE SEPTIEMBRE DE 2015 | NUMERO 168

La Dirección de la Imprenta Nacional hace del conocimiento que toda publicación en el Diario Oficial se procesa por transcripción directa y fiel del original, por consiguiente la institución no se hace responsable por transcripciones cuyos originales lleguen en forma ilegible y/o defectuosa y son de exclusiva responsabilidad de la persona o institución que los presentó. (Arts. 21, 22 y 23 Reglamento de la Imprenta Nacional).

ACUERDA emitir la siguiente:

"Política Nacional para la prevención y control del cáncer"

VII. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de firma de los mismos por parte de la titular de esta cartera de Estado.

San Salvador, a los 03 días del mes de septiembre de 2015.



Dra. Elvia Violeta Mejía Escalante
Ministra de Salud

VI. COMPONENTES

- Calidad.
- Registro cáncer.
- Recursos Humanos.
- Financiamiento.

Gracias

Dr. David Mauricio Larín Recinos.

Ginecólogo-Oncólogo

Videolaparoscopista

davidlarinmd@gmail.com

7160-5348 2247-1310



ONCOGYNE

Dr. David Larín

Ginecólogo-Oncólogo