

# EL GINECOLOGO FRENTE AL CÁNCER DE MAMA

23 DE MARZO 2017



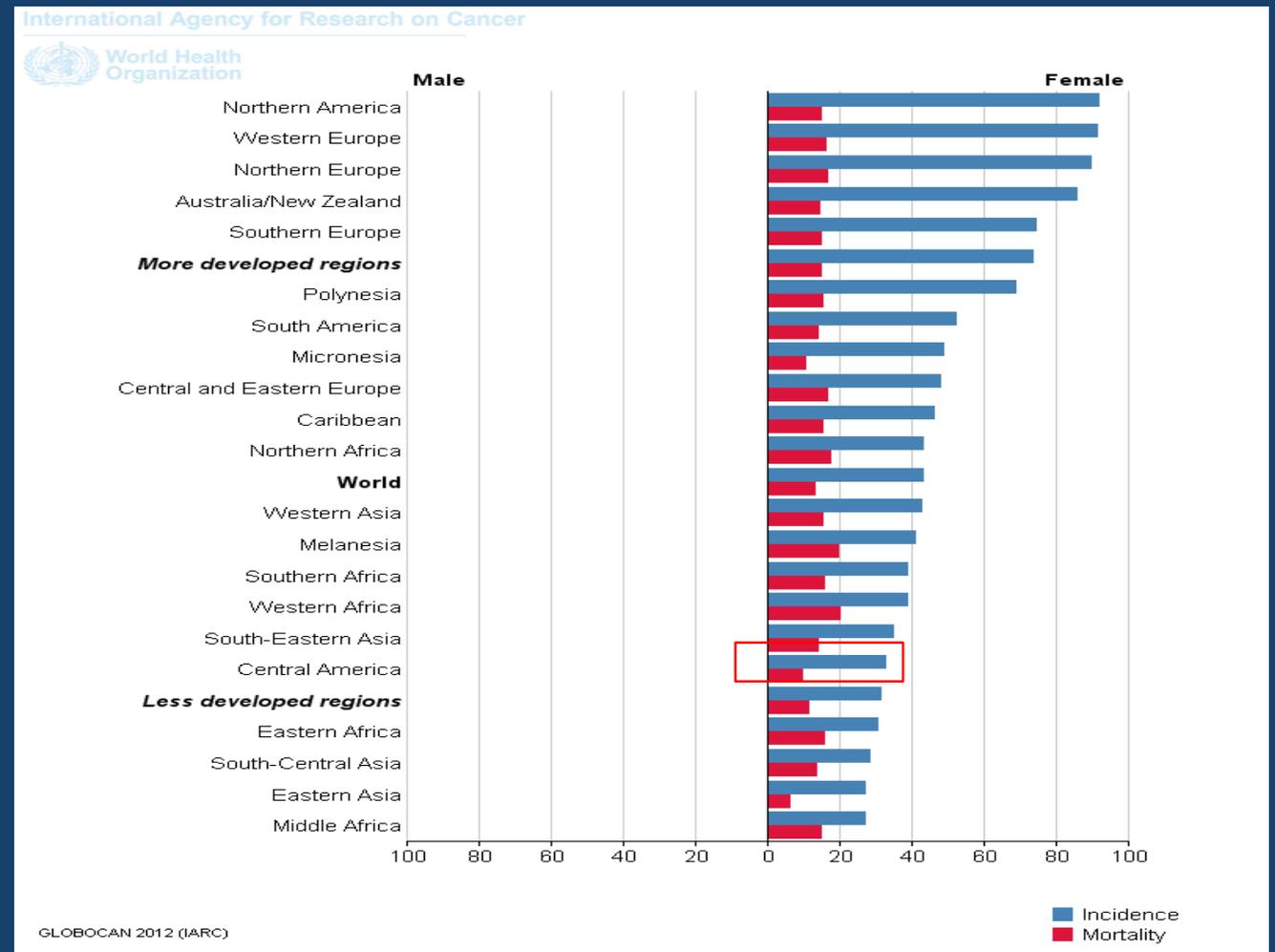
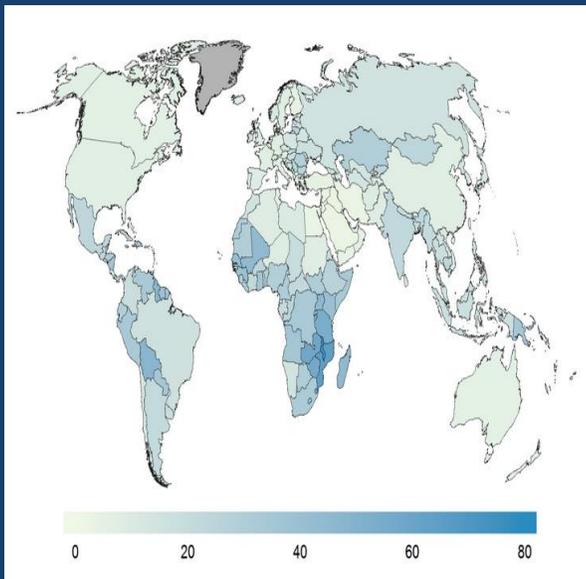
**ONCOGYNE**

**Dr. David Larín**

*Ginecólogo-Oncólogo*

# SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA A NIVEL MUNDIAL Y EN EL SALVADOR.

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



# INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN.

## Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama son los siguientes:

### Factores de riesgo no modificables

#### Biológicos

- Sexo femenino.
- Envejecimiento: A mayor edad mayor riesgo.
- Antecedente personal o familiar de cáncer de mama en madre, hijas o hermanas.
- Antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar *in situ* por biopsia.
- Vida menstrual mayor a 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
- Densidad mamaria.
- Ser portadora de marcadores genéticos, dentro de los cuales los más importantes son el *BRCA1*, *BRCA2*, *P53*, entre otros.

#### Ambientales

- Exposición a radiaciones ionizantes, principalmente al tórax (por enfermedades. Ejemplo: linfoma, sarcoma, entre otros).

### Factores de riesgo modificables

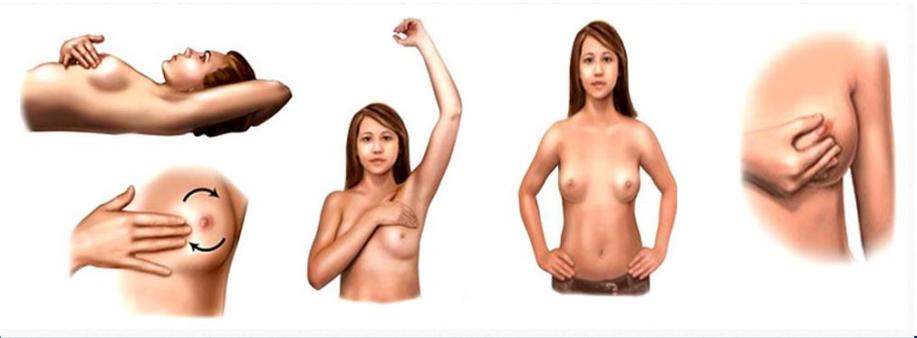
#### Factores de riesgo relacionados con antecedentes reproductivos

- Nuligesta.
- Lactancia – se recomienda lactancia como mínimo dos años.
- Primer embarazo a término después de los 35 años de edad.
- Terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de 5 años

#### Factores de riesgo relacionados con estilo de vida

- Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra.
- Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans.
- Obesidad, principalmente en la posmenopausia.
- Sedentarismo.
- Consumo de alcohol diario mayor a 45 g/día. ([www.cancer.gov](http://www.cancer.gov) consultado 19 enero 2016).
- Tabaquismo.

# AUTOEXAMEN DE MAMAS



- ***Estudio de Rusia (San Petersburgo/OMS, Semiglazov et al, Vopr Onkol, 2003).***  
123,748 mujeres con edades de 40 a 69 años participaron entre 1985 y 1989.  
Dos grupos: entrenamiento para autoexamen mensual vs no entrenamiento.  
Seguimiento máximo de 11 años.  
**No hubo diferencia** en el riesgo relativo para mortalidad por todas las causas entre ambos grupos.
- ***Estudio de China (Shanghai, Thomas et al, J Natl Cancer Inst, 2002).***  
264,787 mujeres con edades de 31 a 64 años participaron entre 1988 y 1991.  
Dos grupos: entrenamiento para autoexamen mensual vs no entrenamiento.  
Seguimiento máximo de 11 años.  
**No hubo diferencia** en el riesgo relativo para mortalidad por cáncer de mama entre ambos grupos.
- **Recomendaciones de algunas entidades:**
  - ***American Cancer Society (ACS): opcional.***
  - ***Organización Mundial de la Salud (OMS): advierte que los programas nacionales de cáncer no deben de recomendarlo como cribado.***

# EXAMEN CLÍNICO DE MAMAS



- **Estudio de Filipinas (Manila, Pisani et al, Int J Cancer, 2006).** Sensibilidad de 40-69% y una Especificidad de 88-99%.  
151,168 mujeres a partir de 1997.  
Dos grupos: cinco exámenes clínicos anuales vs no intervención.  
La intervención fue descontinuada después de la primera ronda debido al pobre cumplimiento con el seguimiento (menor al 35%).  
No se obtuvieron conclusiones.
- Recomendaciones de algunas entidades:
  - **American Cancer Society (ACS):** cada tres años en mujeres 20 a 39 años.
  - **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG):** todas las mujeres anualmente.

# RECOMENDACIONES DE TAMIZAJE DE CÁNCER DE MAMA.

## ▪ MAMOGRAFÍA

### ▪ *Swedish Two-Country trial (Tabár et al, Radiology 2011).*

133,065 mujeres entre los 40 y 74 años de edad aleatorizadas a partir de 1977 en dos grupos: mamografía de una incidencia cada 24-33 meses vs cuidado usual.

Tras seguimiento de 29 años hubo una disminución altamente significativa en la mortalidad por cáncer de mama de un 31%.

### ▪ *Canadian National Breast Screening Study-1 (Miller et al, Annals Internal Medicine 2002).*

50,430 mujeres entre 40 y 49 años de edad reclutadas entre 1980 y 1985.

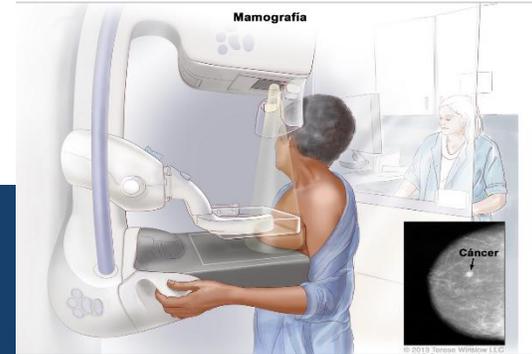
Aleatorización a dos grupos: mamografía anual vs seguimiento usual.

Tras entre 11 y 16 años de seguimiento no hubo diferencia en la mortalidad por cáncer de mama entre ambos grupos.

### ▪ *Age Trial (Moss et al, Lancet 2006).*

160,921 mujeres entre 39 y 41 años aleatorizadas a partir de 1991 en dos grupos: mamografía anual vs cuidado usual.

Tras un seguimiento medio de 10,7 hubo una disminución significativa estadísticamente de 24% en la mortalidad por cáncer de mama en el grupo de mamografía.



# MAMOGRAFÍA ¿ENTRE QUÉ EDADES Y CADA CUÁNTO?

- **Mujeres de 40 a 49 años**

Ningún estudio clínico aleatorizado ha demostrado claramente una reducción estadísticamente significativa en la mortalidad.

Partridge AH, Winer EP. N Eng J Med 361; 26. 2009

Age trial: aquellas asignadas a mamografía anual hasta los 48 años tuvieron una disminución no significativa en el riesgo de muerte por cáncer de mama de 0,83 (intervalo de confianza de 95% entre 0,66 y 1,04).

- **Mujeres de 50 a 69 años**

La mamografía de cribado es recomendada universalmente.

Warner E. N Eng J Med 365; 11. 2011.

Los estudios demuestran una reducción significativa en el número de muertes en mujeres en los 50s - 14% y aquellas en los 60s - 32%.

- **Mujeres mayores de 70 años**

Los datos son insuficientes para obtener conclusiones.

Fletcher SW, Elmore JG. N Eng J Med 348; 17. 2003.

*Swedish Two-County Trial* no demostró beneficio en este grupo de edad.

# CUANTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CRIBADO CON MAMOGRAFÍA

- Es difícil cuantificar el sobre diagnóstico y aún más el sobre tratamiento cifra varía entre un 10 y un 30%.

Gotzche estima que por cada 2000 mujeres invitadas a cribado a lo largo de 10 años, una evitará fallecer por cáncer de mama y 10 mujeres sanas serán tratadas innecesariamente

Cochrane Review 2011



## MUJERES HISPANAS

Una de cada cinco casos de cáncer de mama ocurre en mujeres menores de 45 años.

# TAMIZAR O NO??

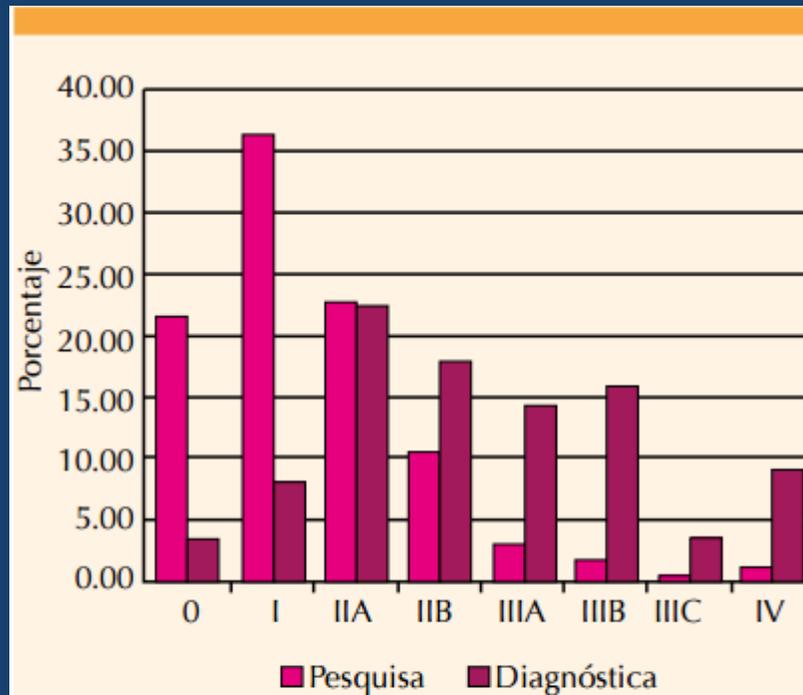
ARTÍCULO ORIGINAL  
Ginecol Obstet Mex. 2016 ago;84(8):498-506.



ilimit

## Supervivencia de pacientes con cáncer de mama. Análisis por factores pronóstico, clínicos y patológicos

Maffuz-Aziz A,<sup>1</sup> Labastida-Almendaro S,<sup>2</sup> Sherwell-Cabello S,<sup>1</sup> Ruvalcaba-Limón E,<sup>1</sup> Domínguez-Reyes CA,<sup>2</sup> Tenorio-Torres JA,<sup>1</sup> Rodríguez-Cuevas S<sup>1</sup>



**Figura 3.** Comparación del estadio clínico al momento del diagnóstico entre mastografía de pesquisa con mastografía diagnóstica.

**Cuadro 1.** Supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad por tipo de mastografía.

Tipo de mastografía	Supervivencia global a 5 años (%)	Supervivencia libre de enfermedad a 5 años (%)	<i>p</i>
Pesquisa	95.4	93.1	<0.001
Diagnóstica	79.4	77.6	<0.001

# ULTRASONIDO DE MAMAS

- Estudio prospectivo que involucró 2809 mujeres aleatorizadas a recibir mamografía y ultrasonido de mamas vs mamografía sola. Agregar ultrasonido a la mamografía permite detectar 1,1 a 7,2 tumores malignos más por 1000 mujeres.



Berg et al, JAMA 2008

# NORMAS DE TAMIZAJE DE LA SOCIEDAD AMERICANA DEL CÁNCER.

## RECOMENDACIONES:

1. Mujeres de 40 a 44 años deben tener la oportunidad de escoger iniciar el tamizaje anual con mamografías si lo desean.
2. Mujeres de 45 a 54 años deben hacerse una mamografía todos los años.
3. Mujeres de 55 años y más deben hacerse la mamografía cada dos años o pueden continuar el tamizaje anual.
4. El tamizaje debe continuar tanto tiempo como la mujer esté en buena condición de salud y tenga una expectativa de vida de 10 años o más.
5. Todas las mujeres deben estar familiarizadas con los beneficios, limitaciones y lesiones potenciales asociadas al tamizaje para cáncer de mama. Deben además saber cómo lucen y se sienten normalmente sus mamas, así mismo deben reportar cualquier cambio en ellas.
6. Algunas mujeres, debido a su historia familiar, tendencia genética u otros factores deben ser tamizadas tanto con mamografía como con resonancia magnética.
7. No se recomienda el examen clínico para tamizaje en mujeres de riesgo promedio

# RMI INDICACIONES

1. Pacientes con mutación BRCA.
2. Parentesco en primer grado de paciente con mutación BRCA que no se ha hecho la prueba.
3. Riesgo de 20 % o más definido por modelos dependientes de historia.
4. Historia de radiación en tórax entre los 10- 30 años.
5. Pacientes con síndrome Li-Fraumeni y parientes en primer grado.
6. Pacientes con síndromes de Cowden y Bannayan-Riley-Ruvalcava y sus parientes en primer grado.

# INDICACIONES ACTUALES DE RESONANCIA DE MAMA SEGÚN LA NCCN SON LAS SIGUIENTES:

1. Definir la extensión del cáncer de mama o la presencia de enfermedad multifocal o *multicéntrica* en la mama ipsilateral.
2. Tamizaje en la mama *contralateral* a la hora del diagnóstico inicial.
3. Puede ser útil para la evaluación antes y después de la terapia *neoadyudante* para definir la extensión de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y la posibilidad de terapia conservadora.
4. Identificación de cáncer en mujeres con *adenopatías axilares positivas* por adenocarcinoma o con enfermedad de Paget de pezón y con primario de mama no identificado por mamografía, ultrasonido o examen físico.

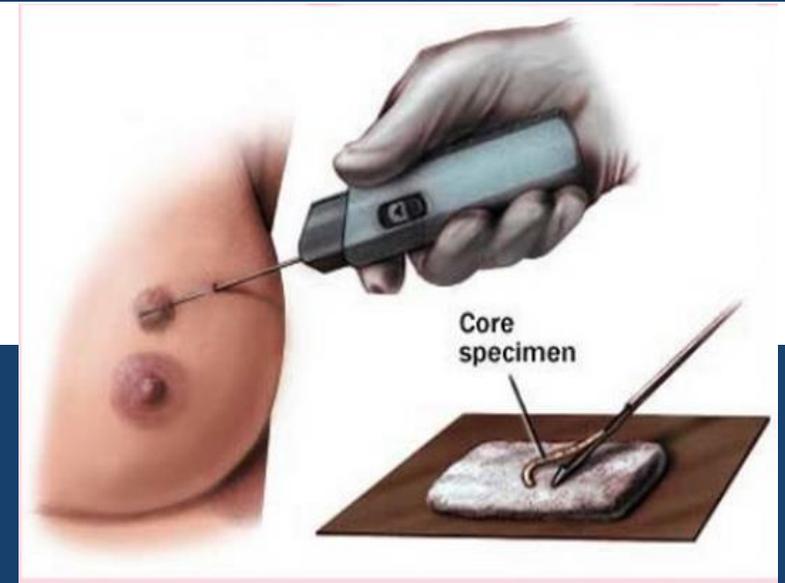
## CATEGORIZACIÓN BI RADS

(APLICA PARA TODAS LAS MODALIDADES DE IMAGEN MMG, US Y RM )

	CATEGORIA	MANEJO	POSIBILIDAD DE MALIGNIDAD
<b>0</b>	Necesita imágenes adicionales o comparación con estudio previo	Estudios por imágenes complementarios	N/A
<b>1</b>	Negativo	Tamizaje de rutina	0%
<b>2</b>	Benigno	Tamizaje de rutina	0%
<b>3</b>	Probablemente benigno	Seguimiento a corto plazo (6 meses)	Más de 0% pero $\leq$ al 2%
<b>4</b>	Sospechoso	Diagnostico Histológico	4 a: baja sospecha (> de 2% de 10%) 4 b: moderada sospecha (> 10% $\leq$ 50%) 4 c: alta sospecha (> 50% hasta <95%)
<b>5</b>	Muy sugestivo de malignidad	Diagnostico Histológico	$\geq$ 95%
<b>6</b>	Cáncer diagnosticado por BX previa	Resección quirúrgica cuando es apropiado clínicamente	N/A

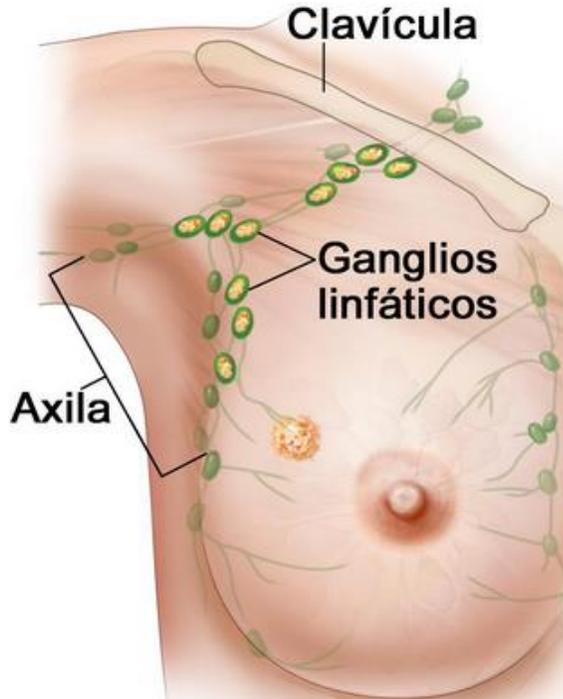
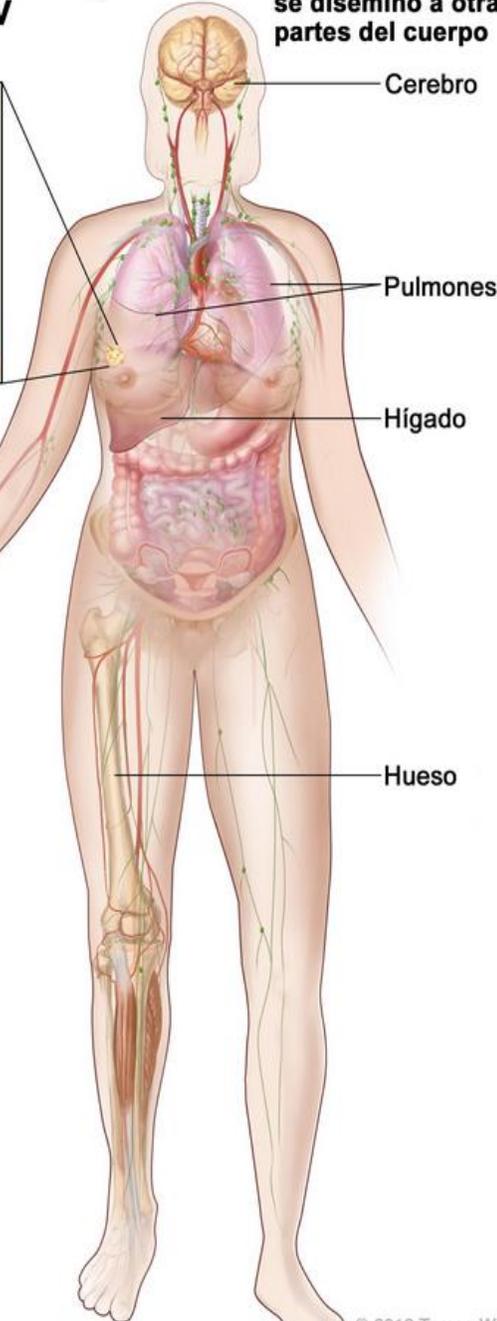
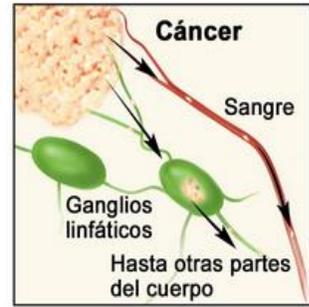
# TÉCNICAS DE BIOPSIA

- **PAAF:** punción aspiración con aguja fina.
  - Muestras inadecuadas 35%
  - Sensibilidad 70-90%
  - Indicaciones : quistes, adeno axilares
- **BAG:** biopsia con aguja gruesa.
  - Gold estándar (palpación directa o estereotaxia)
  - Sensibilidad 95%
  - Estudios moleculares , evita bx congelación
- **BAV:** biopsia con aguja gruesa asistida por vacío. 1993
  - 7G y 11 G
- Quirofano.

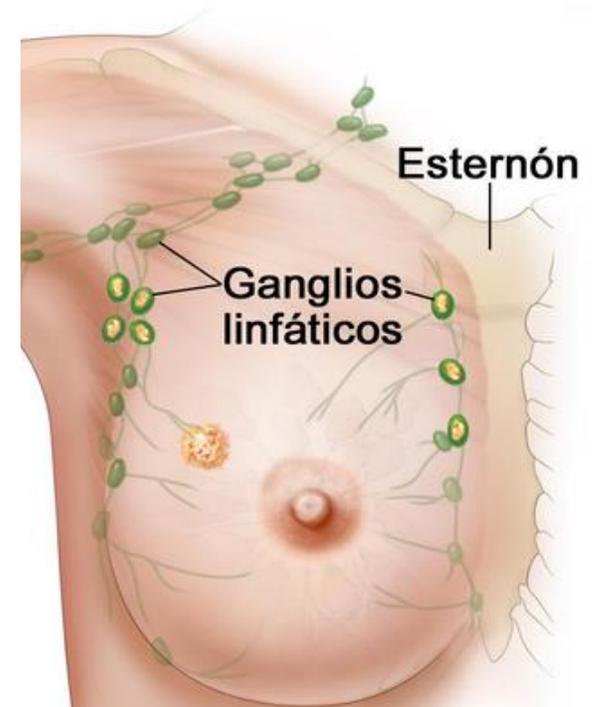


**Cáncer de seno (mama)  
en estadio IV**

El cáncer de seno (mama)  
se diseminó a otras  
partes del cuerpo



Hay cáncer en 10  
ganglios linfáticos  
en la axila



Hay cáncer en los ganglios  
linfáticos de la axila y  
cerca del esternón

recommended by the ESMO Clinical Practice Guidelines

Intrinsic subtype	Clinicopathologic surrogate definition
Luminal A	'Luminal A-like' ER-positive HER2-negative Ki67 low <sup>+</sup> PgR high <sup>**</sup> 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

Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v8–v30,  
 2015 doi:10.1093/annonc/mdv298  
 clinical practice guidelines Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice  
 Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up

# DE QUE DEPENDE LA SOBREVIVIDA??

ARTÍCULO ORIGINAL  
Ginecol Obstet Mex. 2016 ago;84(8):498-506.



ilimit

Supervivencia de pacientes con  
cáncer de mama. Análisis por  
factores pronóstico, clínicos y  
patológicos

Maffuz-Aziz A,<sup>1</sup> Labastida-Almendaro S,<sup>2</sup> Sherwell-Cabello S,<sup>3</sup> Ruvalcaba-Limón E,<sup>4</sup> Domínguez-Reyes CA,<sup>5</sup> Tenorio-Torres JA,<sup>6</sup> Rodríguez-Cuevas S<sup>1</sup>

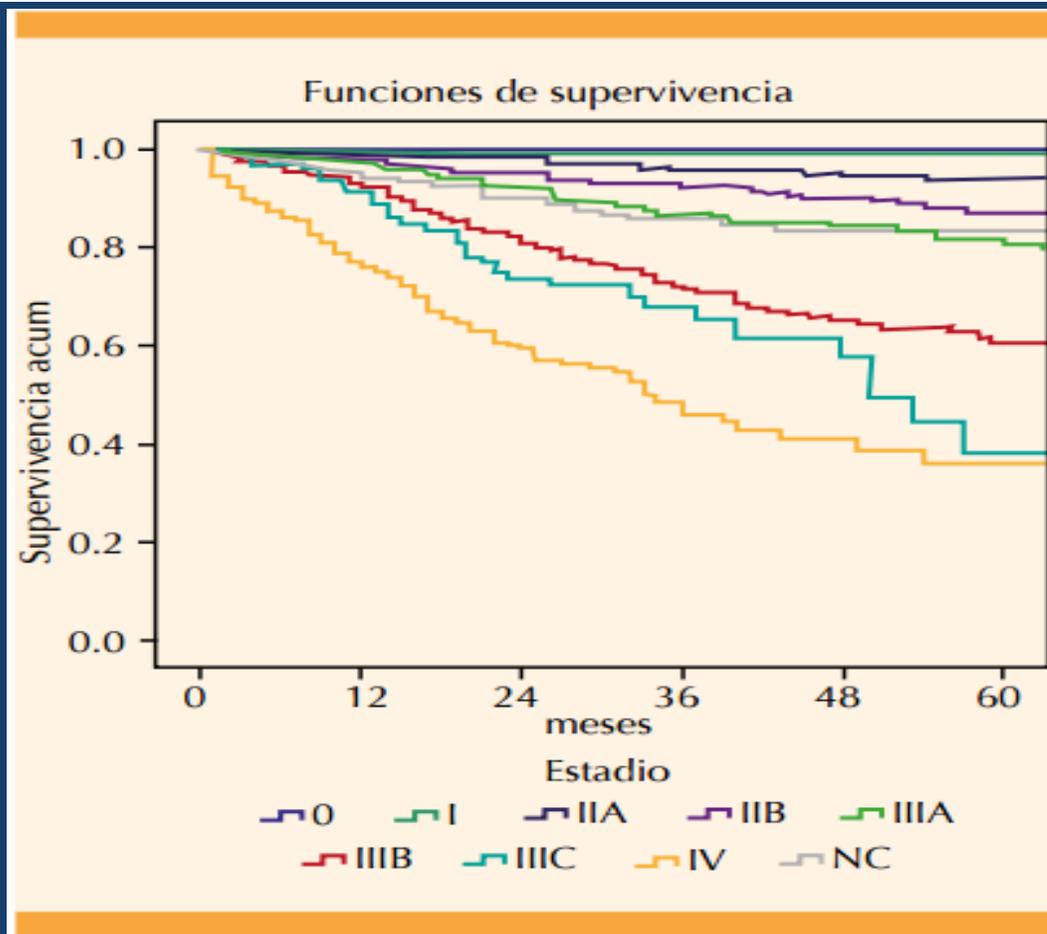


Figura 2. Supervivencia a cinco años por etapa.

**Cuadro 2.** Supervivencia global y libre de enfermedad por subtipos biológicos.

Subtipo biológico	Supervivencia global a 5 años (%)	Supervivencia libre de enfermedad a 5 años (%)
RH+ Her 2- (Luminal)	89	84.8
RH+ Her 2+ (Luminal Her +)	81.9	81.4
RH- Her 2+ (Her 2 puro)	74.9	78.3
RH- Her 2- (Triple negativo)	69.5	73.8

# MANEJO QUIRÚRGICO DEL CANCER DE MAMA

- *Cirugía conservadora.*

Se realiza cuando la lesión está localizada y los márgenes son negativos ya sea en la excisión inicial o en la re-excisión.



- *Mastectomía Indicaciones de mastectomía total*

Enfermedad multicéntrica.

Relación mama/tumor desfavorable.

Imposibilidad de conseguir márgenes negativos.

Microcalcificaciones difusas visibles por mamografía.

Deseo de la paciente.

Imposibilidad para administrar radioterapia.

# CÁNCER DE MAMA ASOCIADO AL EMBARAZO Y LACTANCIA

- “*caso diagnosticado durante el periodo de la gestación, la lactancia o durante el primer año posterior al parto*”.
  - 1,3 casos de cáncer por cada 10,000 nacimientos
  - Examen físico detallado con especial atención a la glándula mamaria y ganglios regionales.
  - El ultrasonido de mama es el estudio de imagen inicial sugerido
  - La resonancia magnética de la mama sin medio de contraste
  - brindar consejería a la paciente acerca de todas las opciones terapéuticas
  - Cirugía
  - Quimioterapia
  - Radioterapia
- Según edad gestacional

# SEGUIMIENTO POSTERIOR AL TRATAMIENTO CON INTENCIÓN CURATIVA

TABLA 12. Recomendaciones para el seguimiento	
Procedimiento	Frecuencia
Instrucción a la paciente sobre los síntomas y signos de recurrencia.	Al término del tratamiento radical.
Examen físico.	Primeros dos años cada 3 a 4 meses. Tercero a quinto años cada 6 meses. A partir del quinto año, anual.
Autoexploración mamaria.	Mensual
Mamografía.	Anual
Marcadores tumorales.	No se recomiendan.
TAC de tórax, abdomen, PET, centellografía ósea y enzimas hepáticas.	Sólo si hay sintomatología temprana.
Escrutinio de otros tumores (cervicouterino, colorrectal, ovárico, endometrial, etc.).	Seguir guías de detección temprana.
Instrucciones sobre ejercicio, actividad física y control de peso.	En cada consulta.

Fuente: Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Sexta revisión. Colima 2015

# MENOPAUSIA Y TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL.

- Contraindicaciones de la TRH
  - Después de 10 años de la menopausia o con más de 60 años de edad
  - Cáncer de mama
  - Cáncer de endometrio
  - Tromboembolismo
  - Enfermedad coronaria
  - Enfermedad cerebrovascular
  - Enfermedad hepatobiliar severa
  - Sangrado genital de causa desconocida
  - Triglicéridos encima de 350 mg/dl
- TRH y cáncer de mama
  - WHI
    - aumento 3 casos por cada 1000 mujeres por 5 años de uso de estrógenos conjugados y medroxiprogesterona. disminución de 2.5 casos de cáncer de mama por cada 1000 mujeres por 5 años de utilización de solo estrógenos conjugados.
  - estudio danés en el cual se utilizó **17β-estradiol más noretisterona** con un seguimiento de 16 años, no se evidenció un aumento en el riesgo de cáncer de mama.

# GRACIAS

*Dr. David Mauricio Larín Recinos.*

Ginecólogo-Oncólogo  
Videolaparoscopista  
[davidlarinmd@gmail.com](mailto:davidlarinmd@gmail.com)



**ONCOGYNE**

**Dr. David Larín**

Ginecólogo-Oncólogo