

EL GINECOLOGO FRENTE AL CÁNCER DE MAMA

23 DE MARZO 2017



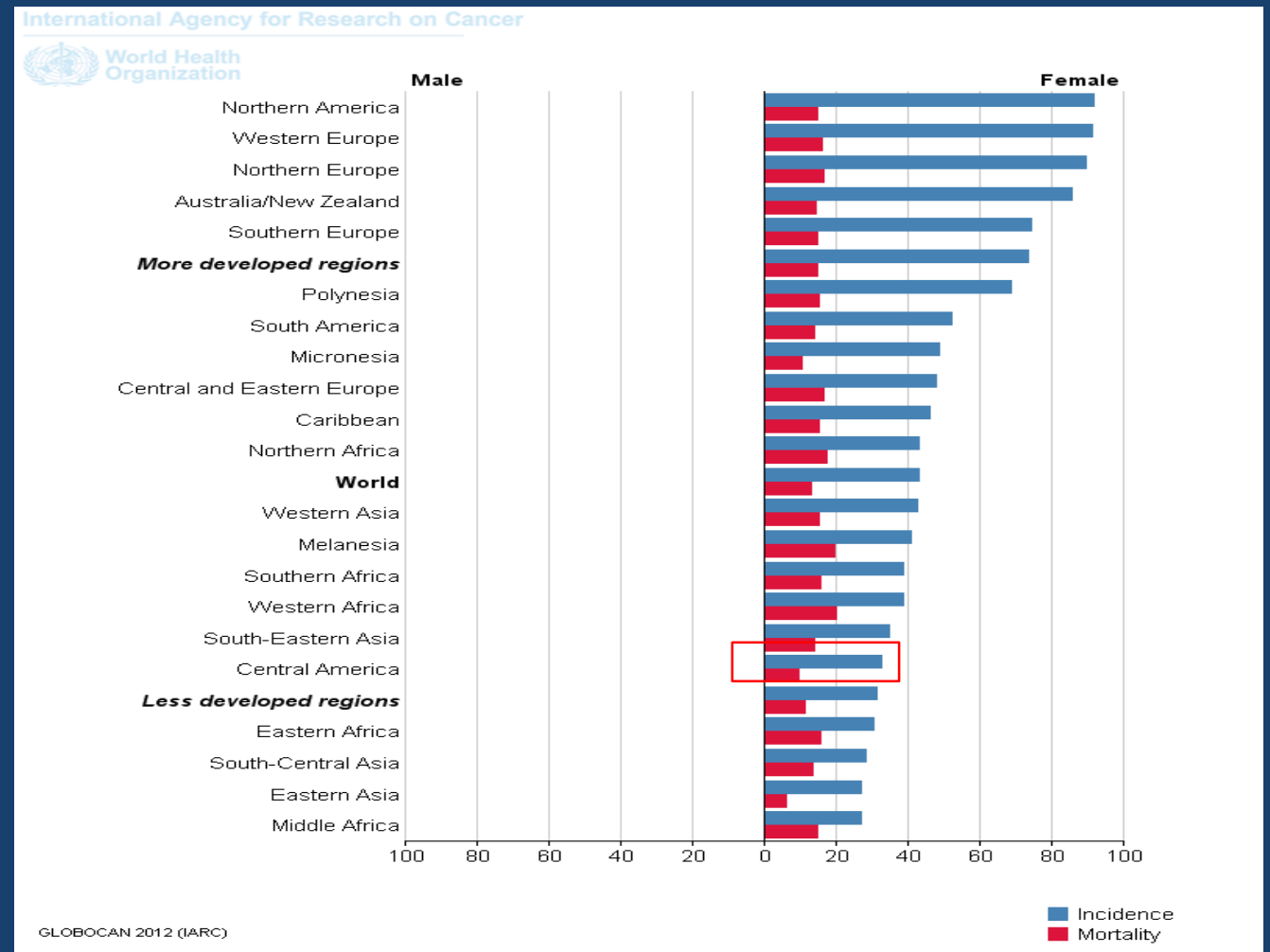
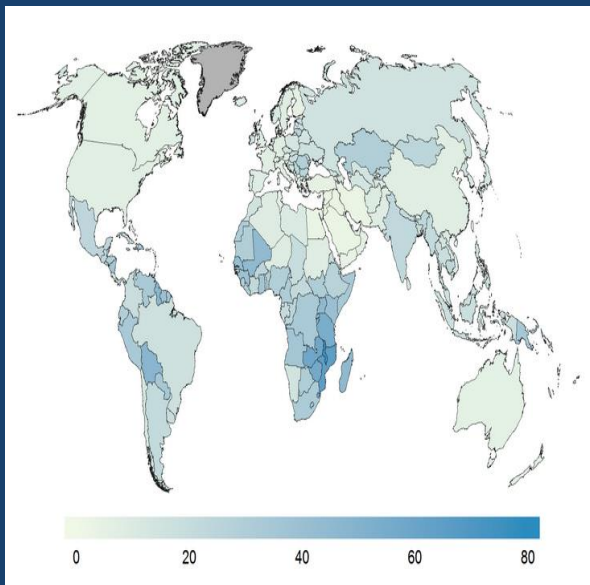
ONCOGYNE

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

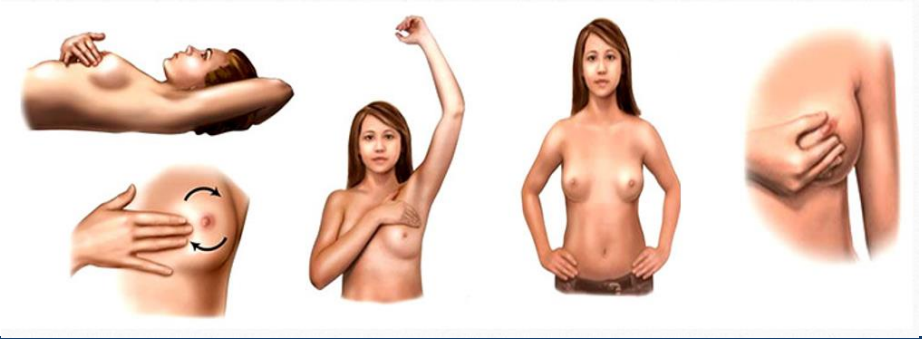
Factores de riesgo relacionados con antecedentes reproductivos

- 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 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.

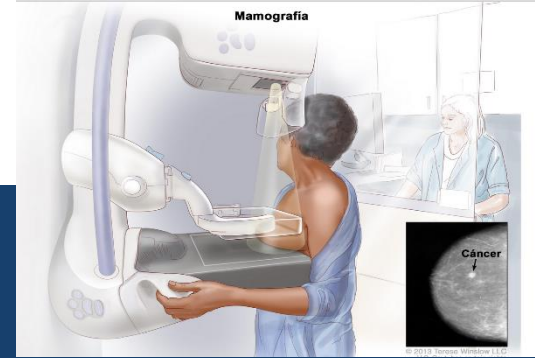
Aleatorización a dos grupos: mamografía anual vs seguimiento usual.

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,¹ Labastida-Almendaro S,² Sherwell-Cabello S,¹ Ruvalcaba-Limón E,¹ Domínguez-Reyes CA,² Tenorio-Torres JA,¹ Rodríguez-Cuevas S¹

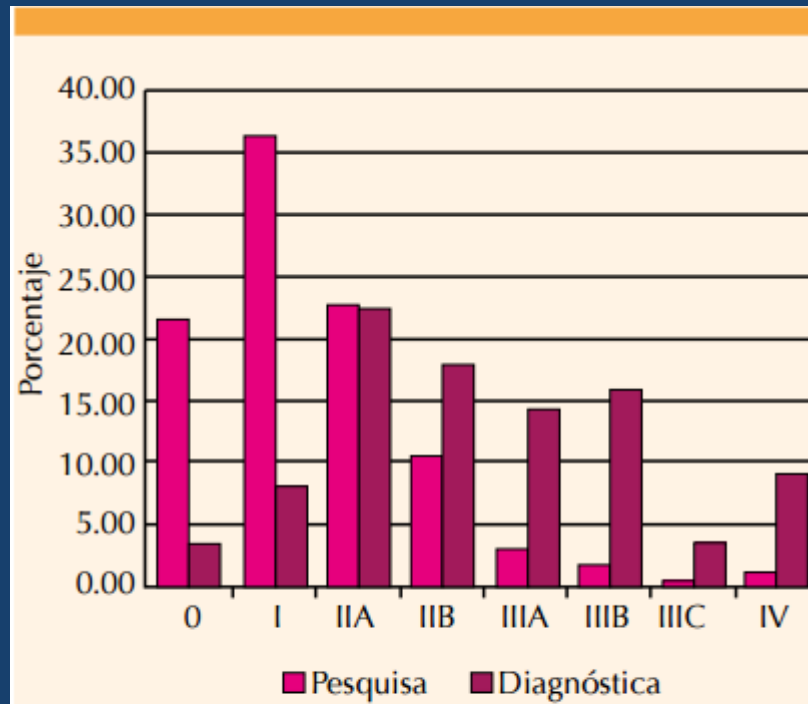


Figura 3. Comparación del estadio clínico al momento del diagnóstico entre mastografía de pesquisa con mastografía diagnóstica.

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.

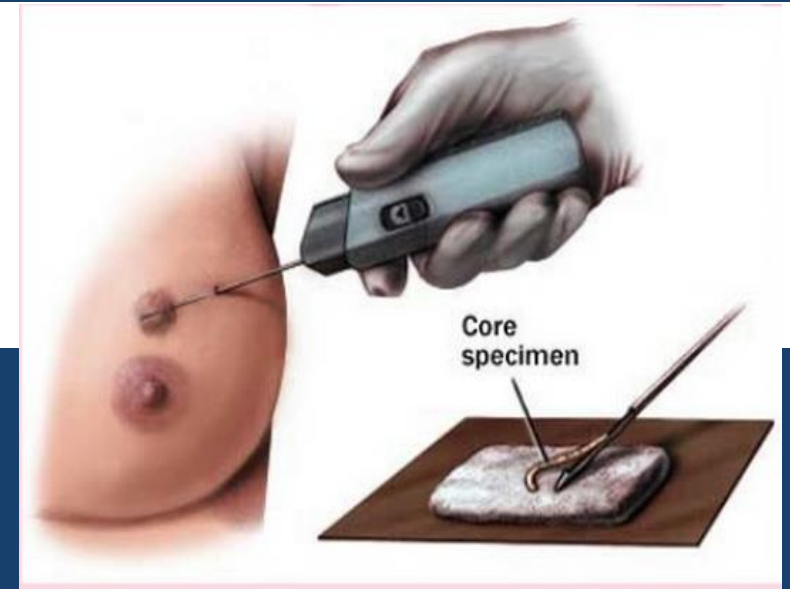
CATEGORIZACIÓN BI RADS

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

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

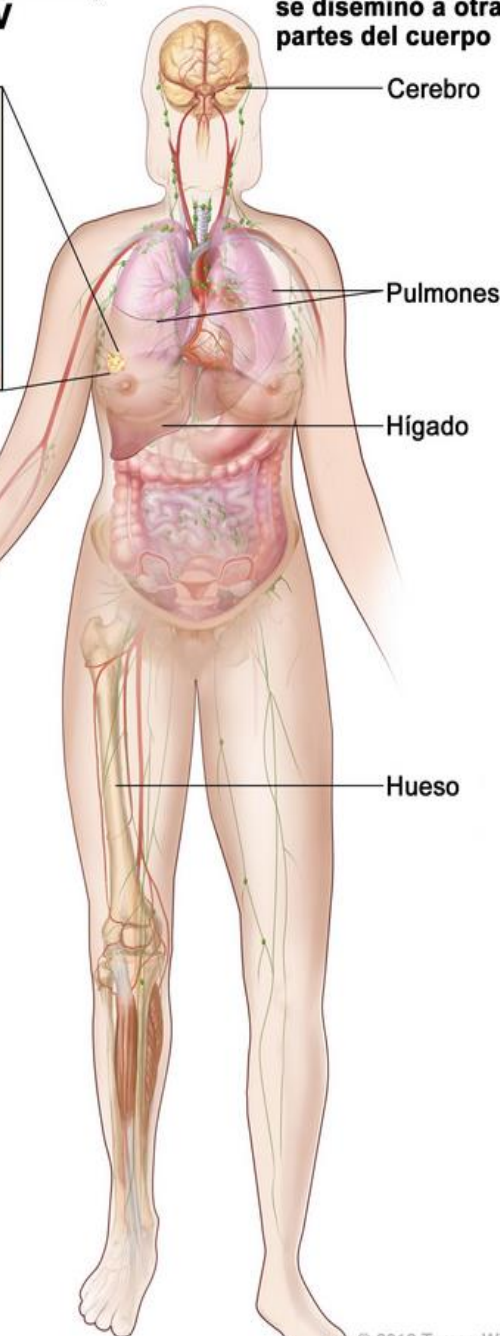
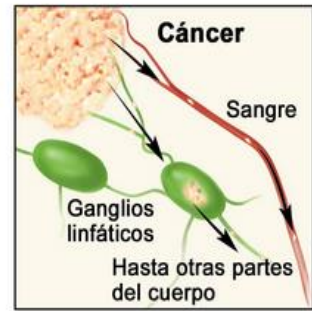
TÉCNICAS DE BIOPSIA

- **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 ⁺ 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

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,¹ Labastida-Almendaro S,² Sherwell-Cabello S,³ Ruvalcaba-Limón E,⁴ Domínguez-Reyes CA,⁵ Tenorio-Torres JA,⁶ Rodríguez-Cuevas S¹

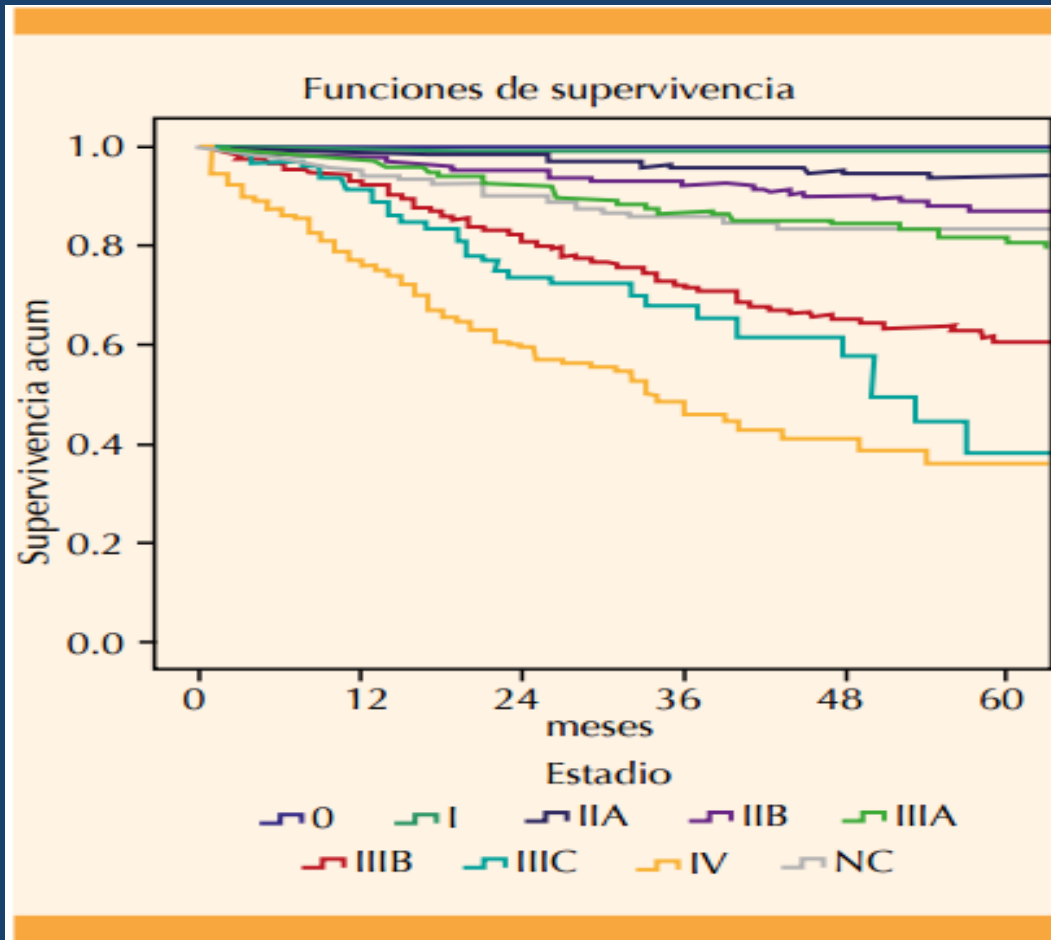


Figura 2. Supervivencia a cinco años por etapa.

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



ONCOGYNE

Dr. David Larín

Ginecólogo-Oncólogo