

Luigi Alejandro Arias Delgado ^a, Felipe Eduardo Macías Prado ^b, Gabriela Julissa Garces Vera ^c, Glenda Aracely Fernández Zambrano ^d

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Breast cancer early diagnosis Surgical treatment Self-image

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Vol. 3 núm.1, enero, ISSN: 2588-073X, 2019, pp. 1024-1049

DOI: [10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.1024-1049](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.1024-1049)

URL: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/404>

Editorial Saberes del Conocimiento

Recibido: 20/11/2018

Aceptado: 05/01/2019

Publicado: 31/01/2019

Correspondencia: luigidemanta@hotmail.com

- a. Médico Cirujano; luigidemanta@hotmail.com
- b. Médico Cirujano; ed_kalel@hotmail.com
- c. Médico Cirujano; jggv_92@hotmail.com
- d. Médico Cirujano; glendafz_28@hotmail.com

RESUMEN

Se realizó una revisión de la literatura consultándose 11 referencias bibliográficas de alta calidad y de prestigiosas revistas indexadas en Scielo referente a aspectos importantes del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, el cual constituye la neoplasia más frecuente en el sexo femenino, constituyendo un problema de salud a resolver en todo el orbe. De igual forma se abordó la autoimagen corporal de las pacientes portadoras de esta enfermedad, cuya supervivencia depende en gran medida del diagnóstico precoz, en el que juega un papel preponderante el autoexamen de mamas.

Palabras Claves: Cáncer de Mama; Enfermedad; Salud.

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

ABSTRACT

A review of the literature was made by consulting 11 high quality bibliographic references and prestigious journals indexed in Scielo regarding important aspects of the diagnosis and treatment of breast cancer, which constitutes the most frequent neoplasia in females, constituting a problem of health to solve all over the world. Likewise, the body self-image of the patients carrying this disease was addressed, whose survival depends to a large extent on early diagnosis, in which the self-examination of breasts plays a preponderant role.

Key Words: Breast Cancer; Disease; Health.

Introducción.

El cáncer de mama se produce por un crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse y es una enfermedad en su mayoría hormono dependiente (65%). Los tipos histológicos de mayor frecuencia son el carcinoma ductal y el carcinoma lobulillar, con menor frecuencia puede originarse en los tejidos estromales, que incluyen a los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2018)

La neoplasia de mama es una enfermedad con una evolución natural compleja constituyendo la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500 mil muertes cada año, de las cuales el 70% ocurre en países en desarrollo, a pesar de los avances de la oncología moderna. Aunque el riesgo de enfermar es superior en las mujeres de países con nivel socioeconómico alto, sin embargo, el riesgo de morir es mayor entre las mujeres que habitan países pobres, consecuencia de un menor acceso a los servicios de salud para la detección temprana, tratamiento y control.

Las tasas de incidencia tienen un comportamiento variable en todo el mundo; las más altas se exhiben en Europa y Norteamérica con cifras estandarizadas de 99.4 por 100 mil mujeres. En el sur y centro de América, excepto Brasil y Argentina con incidencias también altas, se ha reportado una incidencia de moderada a baja de esta enfermedad (Cárdenas Sánchez, Bargalló Rocha, Erazo Valle, Maafs Molina, & Pitevi Chacón , 2017)

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

En el caso de España el cáncer de mamas se sitúa en el segundo lugar de incidencia por encima del de próstata con 32 825 casos nuevos en el 2018 (AECC, 2018).

Esta afección en mujeres se ha caracterizado por una alta incidencia en países desarrollados y un aumento de la incidencia en países en desarrollo, como resultado de cambios demográficos y aumento en la prevalencia de factores de riesgos relacionados con estilos de vida y hormonales (Icasa, Nuñez, & Bugueño, 2017).

Se sabe que 5% a 10% de todos los tipos de cáncer se asocian a factores hereditarios, transmitidos a través de alteraciones cromosómicas y el resto acontece de forma esporádica asociado a factores genéticos y ambientales. Así es como el BRCA1, que se ubica en el brazo largo del cromosoma 17, su inactivación o mutación puede aumentar la predisposición para cáncer de mama y ovario en mujeres premenopáusicas, principalmente. En cambio, el BRCA2, localizado en el cromosoma 13q, parece estar relacionado con cáncer de mama en mujeres jóvenes y cáncer de mama en hombres, y también en cáncer de ovario cuando se compara con BRCA1.

De este modo, la presencia de BRCA1 mutado predispone a la aparición de cáncer de mama en 50% a los 50 años y 87% a los 70 años. Además 40%-50% de las mujeres desarrollarán un cáncer de ovario. Asociado a cáncer de mama y ovario están presentes en 45% de los casos familiares de cáncer de mama.

En cuanto al BRCA2, hay probabilidad de 85% de desarrollar un cáncer de mama en la vida, y 10%-20% de cáncer de ovario.

Son múltiples los factores de riesgo que se asocian con esta patología los cuales pueden ser mayores y menores; entre los primeros está la edad avanzada, el antecedente familiar de cáncer de mama (dependiendo del parentesco) aumenta el riesgo entre 2 y 10 veces; antecedente personal de cáncer mamario, aumenta el riesgo 1,7 a 4,5 de contraer un 2° primario o uno contralateral, tomando en cuenta que en mujeres menores de 40 años este riesgo relativo puede aumentar a 8; y lesiones proliferativas, las que aumentan el riesgo entre 3 y 8 dependiendo si existen o no antecedentes familiares.

Los segundos, de menor importancia, son: edad de menarquia y menopausia, edad de primer embarazo y parto, paridad, lactancia, consumo de alcohol y dieta rica en grasas, falta de ejercicio, radioterapia sobre pared torácica (linfomas).

La historia natural del cáncer de mama comienza por una acción hormonal sobre el epitelio mamario, la cual va evolucionando, afectando a éste, pasando por procesos benignos hasta el desarrollo del cáncer y si no actuamos sobre el mismo, se desarrollarán metástasis (Alfonso Uribe, 2009)

FACTORES DE RIESGO (Cárdenas Sánchez, Bargalló Rocha, Erazo Valle, Maafs Molina, & Pitevi Chacón , 2017).

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

A) Biológicos:

- Sexo femenino.
- Envejecimiento: A mayor edad mayor riesgo.

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

- 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 (menarquia antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
- Densidad mamaria.
- Ser portador conocido de los genes BRCA1 o BRCA2.

B) Iatrógenos o ambientales:

- Exposición a radiaciones ionizantes, principalmente durante el desarrollo o crecimiento (in utero, en la adolescencia).
- Tratamiento con radioterapia en tórax.

C) Factores de riesgo relacionados con los antecedentes reproductivos:

- Nuliparidad.
- Primer embarazo a término después de los 30 años de edad.
- Terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de cinco años.

D) 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 mayor a 15 g/día.
- Tabaquismo.

Diagnóstico.

El cáncer de mama en etapas iniciales es asintomático, es decir se presenta de manera subclínica en la mayoría de los casos, es decir que solamente es detectable por estudios de imagen (mastografía, ultrasonido y resonancia magnética), en menor proporción por clínica (tumores palpables); sin embargo otra forma de presentación común es como un tumor no doloroso que hasta en 30% se asocia a adenopatías axilares.

Los tumores localmente avanzados pueden incluir cambios cutáneos como edema, ulceración cutánides, así como afectación de ganglios como los supra e infraclaviculares homolaterales.

Es de suma importancia tener en cuenta dentro del abordaje diagnóstico los factores de riesgo de paciente, sus condiciones generales y antecedentes heredo-familiares.

El carcinoma inflamatorio de la mama, se caracteriza por una induración difusa de la mama con eritema, edema y aumento de la temperatura local en al menos un tercio de la glándula, en la mayoría de los casos no existe una tumoración franca palpable aunque esta presentación es poco común pero de mal pronóstico y que por lo general progresa rápidamente, Todavía menos frecuente es el diagnóstico de cáncer de mama por los síntomas de la metástasis y no por el tumor primario.

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

Estudios de imagen

La mastografía tiene una sensibilidad diagnóstica de 80 a 95%, siendo hasta ahora el mejor método de detección, aunque 10 a 15% de los tumores puede ser oculto sobre todo en mujeres con mamas densas (con el uso de mastografía digital mejora la sensibilidad diagnóstica en este grupo de pacientes).

El ultrasonido es en algunos casos una herramienta complementaria para diferenciar masas quísticas de sólidas, para caracterizar lesiones benignas y malignas y como guía para la realización de biopsias de lesiones no palpables.

La imagen por resonancia magnética (IRM) con gadolinio tiene sensibilidad diagnóstica de 94 a 100%, pero baja especificidad (37 a 97%) y valor predictivo positivo de 44 a 96%.

Biopsia

La biopsia de mínima invasión para la obtención de material tisular, permite la confirmación histológica de la neoplasia y determinar factores pronósticos y predictivos de suma importancia en el manejo integral de las pacientes.

Estadificación

La estadificación del cáncer de mama proporciona información respecto al pronóstico y orienta el tratamiento. Los estudios de imagen en la actualidad son un complemento para evaluar el tamaño del tumor, la presencia de los ganglios y las metástasis. (Arce Salinas, Bargalló, Villaseñor, Gamboa, Lara, & Pérez Sánchez, 2011)

SISTEMA TNM (Alfonso Uribe, 2009) , (Arce Salinas, Bargalló, Villaseñor, Gamboa, Lara, & Pérez Sánchez, 2011)

Tumor primario

- Tx: No determinado

- T0: Sin evidencia de tumor primario

- Tis: Carcinoma in situ
 - - Tis (CDIS). Carcinoma ductal in situ

 - - Tis (CLIS). Carcinoma lobulillar in situ

 - - Tis (Paget). E. de Paget del pezón sin tumor

- T1: Tumor menor a 2 cm de diámetro
 - - T1mic: Microinvasión menor o igual a 0,1 cm

 - - T1a: Entre 0,1 y 0,5 cm

 - - T1b: Entre 0,5 y 1 cm

 - - T1c: Entre 1 y 2 cm

- T2: Entre 2 y 5 cm

- T3: mayor a 5 cm

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

- T4: Cualquier tamaño:
 - - a: Extensión directa a la pared de tórax
 - - b: Compromiso de piel
 - - c: a+b
 - - d: Carcinoma inflamatorio

Compromiso de linfonodos regionales (N) clínica

- Nx: No evaluados
- N0: Ausencia de adenopatías palpables
- N1: axilares homolaterales móviles
- N2:
 - - N2a: axilares homolaterales fijas
 - - N2b: en mamaria interna detectables por imagen o clínica en ausencia de adenopatías axilares
- N3:
 - - N3a: infraclaviculares homolaterales y axilares
 - - N3b: mamaria interna homolateral y axilares

- - N3c: supraclaviculares homolateral

Compromiso de linfonodos regionales (pN) patológica pN0. No metástasis, histológicamente, en ganglios regionales, sin examen adicional para CTA.

- pN0(i-). No metástasis, histológicamente, en ganglios regionales IHQ negativa.
- pN0(i+). No metástasis, histológicamente, en ganglios regionales IHQ positiva con CTA (grupo de células neoplásicas <0,2 mm).
- pN0(mol-). No metástasis, histológicamente, en ganglios regionales estudio molecular negativo.
- pN0(mol+). No metástasis, histológicamente, en ganglios regionales. Estudio molecular positivo.

pN1. Metástasis en 1 a 3 ganglios axilares, y/o en ganglios mamarios internos con afectación microscópica detectada por disección del ganglio centinela, pero no clínicamente aparente*.

- pN1(mi). Micrometástasis (>0,2 mm / <0,2 cm).
- pN1a. Metástasis en 1 a 3 ganglios axilares.
- pN1b. Metástasis en ganglios mamarios internos con afectación microscópica detectada por disección del ganglio centinela, pero no clínicamente aparente*.

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

-
- pN1c. Metástasis en 1 a 3 ganglios axilares, y en ganglios mamaros internos con afectación microscópica detectada por disección del ganglio centinela, pero no clínicamente aparente*. (La afectación mamaria interna asociada con más de tres ganglios axilares afectados, se clasifica pN3b).

pN2. Metástasis en 4 a 9 ganglios axilares, o en ganglios mamaros internos clínicamente aparentes* en ausencia de ganglios axilares afectados.

- pN2a. Metástasis en 4 a 9 ganglios axilares (al menos un depósito tumoral >0,2 cm).
- pN2b. Metástasis en ganglios mamaros internos clínicamente detectables* en ausencia de ganglios axilares afectados.

pN3. Metástasis en 10 ó más ganglios axilares, o en ganglios infraclaviculares, o en ganglios mamaros internos ipsilaterales clínicamente detectables* en presencia de 1 ó más ganglios axilares afectados; o en más de 3 ganglios axilares con metástasis microscópica en ganglios mamaros internos, clínicamente negativos, o en ganglios supraclaviculares ipsilaterales.

- pN3a. Metástasis en 10 ó más ganglios axilares (con al menos un depósito tumoral >0,2 cm), o metástasis en ganglios infraclaviculares.
- pN3b. Metástasis en ganglios mamaros internos ipsilaterales clínicamente detectables* en presencia de 1 ó más ganglios axilares afectados; o en más de 3 ganglios axilares y en ganglios de la mamaria interna con afectación microscópica detectada con disección del ganglio centinela, pero no clínicamente aparente.

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera;
Glenda Aracely Fernández Zambrano

-
- pN3c.- Metástasis en ganglios supraclaviculares ipsilaterales.

* Clínicamente aparente, detectable: Detectado por estudios de imagen (excluyendo linfoescintigrafía) o por examen clínico.

Metástasis a distancia (M)

- Mx: No evaluadas
- M0: sin metástasis demostrables
- M1: metástasis presentes Conjugando los tamaños tumorales, el compromiso axilar y la presencia o no de metástasis, se etapifica cada paciente en distintos estadios.

ESTADÍOS (Arce Salinas, Bargalló, Villaseñor, Gamboa, Lara, & Pérez Sánchez, 2011)

, (Espinosa Ramirez, 2017)

Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IIA	T2	N0	M0

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

Estadio IIB	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T4	N0	M0
Estadio IIIB	Todo T	N1	M0
Estadio IV	Todo T	Todo N	M1

Clasificación Anatomopatologica (Espinosa Ramirez, 2017), (Soto Flores, 2015)

El cáncer de mama se clasifica en no invasivo (in situ) o invasivo Según la afección o no de la membrana basal.

Tumores no invasivos

Carcinoma intraductal in situ: La forma más frecuente de presentación es una tumoración palpable En la mamografía se observa una lesión necrótica central con microcalcificaciones agrupadas en molde.

Carcinoma lobulillar in situ: suelen ser un hallazgo casual de biopsia. Suelen ser bilaterales y multicéntricos. Se tratan mediante biopsia amplia más linfadenectomía y seguimiento posterior.

Carcinoma invasivo

Es aquel que invade más allá de la membrana basal y se introduce en el estroma mamario, desde donde puede llegar a invadir los vasos sanguíneos, ganglios linfáticos regionales y a distancia.

Entre los principales tipos histológicos de carcinoma de mama se encuentran:

- Ductal (79%)
- Lobulillar (10%)
- Tubular (6%)
- Mucinoso (2%)
- Medular (2%)
- Papilar (1%)
- Metaplásico (1%).

Tratamiento

Para la decisión terapéutica correcta es vital el estadiamiento de los casos basado en la evaluación clínica y especialmente en la información del estudio anatomopatológico convencional riguroso, así como la determinación de la expresión de receptores hormonales⁹ (López Rodríguez & Hernández Pérez, 2016)

La selección del tratamiento depende del estadio, de las características del tumor y de factores individuales (edad, menopausia, etc.). En el mismo se combina la cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y nuevas dianas.

Enfermedad localizada

En estos casos siempre el tratamiento está basado en las maniobras locales, como la cirugía y la radioterapia, pero también los tratamientos sistémicos son necesarios para la erradicación de una posible enfermedad no visible.

Cirugía

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

Antiguamente se practicaba una cirugía radical pero en la actualidad se practica una cirugía “minimalista” (cirugía conservadora y ganglio centinela en la mayoría de los casos).

Durante muchos años, la linfadenectomía ha constituido un estándar en el tratamiento del cáncer de mama localizado. Se trata de una técnica que permite una estadificación correcta, pero a costa de efectos secundarios tan importantes como el linfedema, por lo cual se ha desarrollado la técnica del ganglio centinela, que consiste en la inyección de un colorante vital o un radiotrazador alrededor del tumor para detectar con una gammacámara el primer ganglio de drenaje axilar. Si el ganglio centinela es negativo, el resto de la axila también lo es en el 95% de los casos; si está afectado, se recomienda completar la linfadenectomía. Esta técnica está indicada en los tumores ≤ 3 cm.

Técnicas oncoplásticas

Su objetivo es la reconstrucción del volumen mamario y de la simetría. Pueden realizarse de forma inmediata (a la vez que la mastectomía) o de forma diferida y persiguen ofrecer una cirugía oncológica correcta con un resultado estético favorable.

Radioterapia

La indicación de radioterapia tras la cirugía conservadora es un estándar. El esquema más utilizado es 46-50 Gy a toda la mama en fracciones de 2 Gy, durante 4,5 a 5,5 semanas, con o sin sobreimpresión de 10 a 16 Gy. Cabe la posibilidad de obviar la radioterapia en las mujeres mayores de 70 años con tumores de muy buen pronóstico (< 2 cm y hormonosensibles)

Tras la mastectomía también puede estar indicada la radioterapia complementaria, fundamentalmente en los tumores >5 cm, con infiltración de la piel o de la pared torácica, o en tumores inflamatorios, con afectación de márgenes o afectación ganglionar.

Quimioterapia

Incluye dos modalidades: adyuvancia y neoadyuvancia.

Quimioterapia adyuvante

El objetivo de la quimioterapia adyuvante es eliminar la enfermedad micrometastásica antes del desarrollo de clonas resistentes, pues se ha demostrado que la recurrencia sistémica es la principal causa de muerte en estas pacientes.

Una vez que la paciente ha sido intervenida, se deben considerar factores de riesgo para ver las posibilidades de recaída. De hecho, algunas mujeres (sobre todo aquellas con tumores con fenotipo luminal A) no precisarán quimioterapia.

Quimioterapia neoadyuvante

Este tratamiento preoperatorio se comenzó a utilizar exclusivamente en tumores localmente avanzados irresecables, pero posteriormente se ha utilizado incluso en tumores operables de inicio, por diferentes razones:

- Constituye un test de quimiosensibilidad in vivo.
- Se pueden evaluar las respuestas completas patológicas, que se correlacionan con supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

-
- Bloqueo de la unión de los estrógenos a su receptor con moduladores selectivos (SERM, selective estrogen receptor modulators), como el tamoxifeno.
 - Agentes antiestrógenos puros o degradadores selectivos del RE, como el fulvestrant.

En la mujer premenopáusica se indica el tamoxifeno a dosis de 20 mg diarios durante 5 años continúa siendo el tratamiento estándar en las pacientes premenopáusicas con tumores RE positivos que aunque incrementa el riesgo de cáncer de endometrio (1%) y presenta complicaciones tromboembólicas (1%), consigue reducir el riesgo de recidiva y de muerte en las mujeres menores de 50 años y tiene un efecto beneficioso óseo y cardiovascular (por su efecto agonista).

También como opción de bloqueo hormonal en la mujer premenopáusica se emplea la supresión ovárica (quirúrgica, radioterápica o farmacológica). Habitualmente se utilizan los análogos de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH, luteinizing hormone releasing hormone) con o sin tamoxifeno.

En la mujer menopáusica, clásicamente, el tratamiento adyuvante era el tamoxifeno durante 5 años pero en los últimos años se han publicado varios ensayos con los diferentes inhibidores de la aromatasas. En estas mujeres el tratamiento neoadyuvante es una opción a considerar en las pacientes con tumores hormonossensibles.

Trastuzumab

El trastuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido frente al dominio extracelular del receptor HER2 que bloquea las vías de señalización mediadas por él. Su amplificación/sobreexpresión confiere un mal pronóstico a las pacientes. Más de 13.000 pacientes con cáncer de mama localizado y con sobreexpresión de HER2 han sido incluidas en ensayos clínicos. Los datos se comunicaron en 2005 y supusieron una revolución en el tratamiento complementario. Las pacientes que recibían este agente durante 1 año mostraban una supervivencia libre de enfermedad claramente superior. Desde entonces, su introducción en la práctica clínica es una realidad. La toxicidad más relevante es la cardíaca (2% a 4%), pero a diferencia de la cardiotoxicidad de las antraciclinas, ésta es reversible, no acumulativa y responde a tratamiento médico.

Enfermedad avanzada

El tratamiento en esta etapa tiene carácter paliativo y la supervivencia mediana es de 2 a 3 años, aunque hay una gran variabilidad, desde pacientes que viven meses hasta las que conviven con la enfermedad durante muchos años.

Los objetivos en el cáncer de mama metastásico son mejorar los síntomas y la calidad de vida, prolongar la supervivencia y excepcionalmente lograr la curación.

En la enfermedad avanzada la selección del tratamiento debe ser individualizado considerando las características de las pacientes y el comportamiento del tumor.

Quimioterapia

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

Muchos son los agentes activos disponibles pero se hace necesario plantear a las pacientes las distintas posibilidades para seleccionar de forma consensuada el mejor tratamiento según la distancia al hospital, el acceso venoso, las respuestas y toxicidades previas, los síntomas y la extensión de la enfermedad. En este sentido es preferible utilizar fármacos en monoterapia de forma secuencial, ya que la combinación, aunque consigue más respuestas, no mejora la supervivencia y sí empeora la toxicidad. La combinación quedaría relegada a aquellas mujeres con enfermedad rápidamente progresiva.

Los fármacos “clásicos” en la enfermedad avanzada son las antraciclinas (doxorubicina y epirubicina) y los taxanos (paclitaxel y docetaxel). Muchos trabajos han mostrado su actividad en monoterapia y en combinación.

Una de las toxicidades limitantes de dosis más reconocida de las antraciclinas es la cardiotoxicidad, y por ello se han desarrollado formulaciones liposomales que permiten utilizarlas por encima de las dosis acumuladas de las antraciclinas clásicas.

En la última década han surgido otros fármacos y se han incorporado a la práctica clínica, bien en monoterapia o en combinación: capecitabina, gemcitabina, vinorelbina, epotilonas.

Hormonoterapia

Este tratamiento se considera de elección en las pacientes con tumores hormonosensibles y oligosintomáticas, pues es eficaz y tiene buena tolerabilidad. En las mujeres menopáusicas, las opciones de tratamiento incluyen inhibidores de la aromatasa (anastrozol, letrozol, exemestano), fulvestrant, tamoxifeno y acetato de megestrol.

Nuevas dianas

El primer estudio aleatorizado sobre la adición de trastuzumab en primera línea en la enfermedad avanzada demostró su superioridad en cuanto a respuesta, tiempo hasta la progresión y supervivencia. Numerosos estudios demuestran que el trastuzumab es necesario en los tumores que sobrepresan HER2, y que debe mantenerse hasta la progresión o hasta que aparezca toxicidad.

Cuando una paciente progresa se puede considerar cambiar la quimioterapia manteniendo el trastuzumab o sustituir el trastuzumab por lapatinib. También hay estudios que avalan la combinación de trastuzumab con hormonoterapia (fundamentalmente con inhibidores de la aromatasa).

Tratamientos locales

Se pueden hacer dos consideraciones:

Cirugía del tumor primario: hay que valorar la mastectomía en aquellos tumores ulcerados o con problemas locales, con carácter paliativo.

Cirugía de las metástasis:

- Cirugía con intención curativa
- Cirugía paliativa de las metástasis: fracturas patológicas o cirugía profiláctica de metástasis óseas (M1), descompresión quirúrgica medular.

Radioterapia

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

La indicación de la radioterapia en la enfermedad avanzada es fundamentalmente paliativa, con intención antiálgica o en situaciones de compresión medular (De Juan, Calera , Gutiérrez, Saiz, & Ruiz de la Fuente, 2018)

Imagen corporal en mujeres con cáncer de mama

Durante el tratamiento del cáncer de mama la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva, ocasionando una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico. Estas alteraciones debidas al cáncer influyen de forma negativa en la imagen que uno-a tiene de su cuerpo, además de producir trastornos afectivos y alteraciones en la sexualidad y la autoestima.

Aunque la mayoría de los tipos de cáncer tienen secuelas físicas importantes y en muchos casos el tratamiento necesario (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.) produce alteraciones corporales significativas, se ha venido prestando especial atención en la literatura al tema de la imagen corporal y el cáncer de mama, probablemente por dos razones: a) por su importancia epidemiológica y su -cada vez mayor- carácter crónico y, b) por las importantes connotaciones psicosociales que conlleva para la mujer. En este sentido, el pecho tiene una importancia crucial en la identidad femenina. Para muchas mujeres la pérdida de un pecho equivale a la pérdida de la feminidad, pues, son los senos lo primero que las define como mujeres. Además, el pecho de la mujer está relacionado fuertemente, en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el

atractivo físico; es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; De igual forma, el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia y para algunas mujeres sufrir la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos. Además, en las sociedades occidentales, la imagen física de las mujeres constituye una parte importante de su valoración social, y es un componente importante de su identidad personal.

La imagen corporal es un constructo que implica lo que uno-a piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo.

En las mujeres afectadas de cáncer de mama el tipo de cirugía utilizada en el tratamiento ha sido un factor importante en la imagen corporal. Hasta hace poco tiempo, el tratamiento más frecuente era la mastectomía, (extirpación total de la mama), pero en la actualidad se ha impuesto, en muchos casos, la cirugía conservadora, también llamada tumorectomía. La opción de la tumorectomía ha mejorado mucho los resultados clínicos en cuanto a imagen corporal y a sexualidad se refiere.

Es necesario destacar que no sólo el tratamiento quirúrgico afecta la imagen corporal, sino también lo hace, el tratamiento sistemático con quimioterapia o radioterapia, que además de influir en la libido y en la fertilidad, ocasiona pérdida del pelo, la cual puede ser muy traumática. Además muchas mujeres cuando reciben quimioterapia entran en la menopausia, sobre todo si estaban cerca de ella en el momento del tratamiento y aunque ya no deseen tener hijos, pueden experimentar la menopausia como una pérdida significativa de su feminidad y tener por ello más problemas con su imagen corporal. Asimismo, la quimioterapia o las terapias hormonales pueden

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera; Glenda Aracely Fernández Zambrano

causar sequedad vaginal, por lo que, a menudo provocan un descenso significativo de su actividad sexual.

(AECC, 2018), (Sebastián, Manos, Bueno, & Mateos, 2007)

Conclusiones.

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente del sexo femenino y la primera causa de muerte en países desarrollados, además de originar serias afectaciones en la esfera psicológica de las enfermas por afectación de la imagen corporal. Del diagnóstico precoz depende en gran medida el pronóstico y la supervivencia. En los estadíos iniciales es asintomático por lo que para su diagnóstico es importante el autoexamen de mamas, el examen clínico, los estudios imagenológicos y la biopsia. Su tratamiento es individualizado y se basa en la combinación de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia.

Bibliografía.

AECC. (2018). *DATOS CÁNCER DE MAMA 2018*. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer.

Alfonso Uribe, O. (2009). Cáncer de mama. *Rev Obstet.Ginecol.Hosp Santiago Oriente Dr Luis Tisné Brousse*, 4(3), 223-232. Recuperado el 11 de enero de 2019, de <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/547>

Arce Salinas, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., & Pérez Sánchez, V. (2011). *Cáncer de mama, Cancerología 6*. Recuperado el 12 de enero de 2019, de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>

Cárdenas Sánchez, J., Bargalló Rocha, E., Erazo Valle, A., Maafs Molina, E., & Pitevi Chacón, A. (2017). Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología, Sppl 1*, 7-10. Recuperado el 12 de enero de 2018

De Juan, A., Calera, L., Gutiérrez, L., Saiz, L., & Ruiz de la Fuente, M. (2018). *Actualización del tratamiento del cáncer de mama. Servicio de Oncología Médica.Hospital*

Cáncer de mama diagnóstico precoz Tratamiento Quirúrgico Autoimagen

Vol. 3, núm. 1., (2019)

Luigi Alejandro Arias Delgado; Felipe Eduardo Macías Prado; Gabriela Julissa Garces Vera;
Glenda Aracely Fernández Zambrano

Univesitario Marqués del Valdecilla .Santander. Recuperado el 13 de enero de 2019, de <https://esteve.org/wp-content/uploads/2018/01/136579.pdf>

Espinosa Ramirez, M. (2017). *Cáncer de mama.Revista Médicas Sinergia,2(1),8-12.* Recuperado el 11 de enero de 2019, de <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/58>

Icasa, G., Nuñez, L., & Buguño, H. (2017). Descripción epidemiológica de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile. *Revista médica de Chile, 145(1), 106-114.* Recuperado el 12 de enero de 2019

López Rodríguez, C. M., & Hernández Pérez, J. (2016). *Importancia del diagnóstico precoz en el cáncer de mama.Revista Cubana Tecnologia de la Salud,7(1), pág 67-76.* Recuperado el 12 de enero de 2019, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2016/cts161h.pdf>

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2018). *Tratamiento basado en Trastuzumab para el Cáncer de Mama que Sobreexpresan el Gen HER2. PROTOCOLO 2018.* Recuperado el 12 de enero de 2019, de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Protocolo-C%C3%A1ncer-de-mama.pdf>

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M., & Mateos, N. (2007). *Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial.Clinica y salud Vol 18 No 2 ,págs137-161 .* Recuperado el 13 de enero de 2019, de <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n2/v18n2a02.pdf>

Soto Flores, W. S. (2015). *Cáncer de mama. Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica LXXI ; (617), 799-802.* Recuperado el 11 de enero de 2019, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154u.pdf>