

geusalus  
MUJER | SALUD [www.geicam.org](http://www.geicam.org)



GEICAM

Grupo Español  
de Investigación  
en Cáncer de Mama

## **IMAGEN Y ESTÉTICA**

ALTERNATIVAS A LA POSTICERÍA:  
GORROS Y PAÑUELOS

## **UNA VIDA MÁS SANA**

EL INVIERNO TAMBIÉN ES TIEMPO  
DE ACTIVIDAD FÍSICA AL AIRE LIBRE

## **EN PRIMERA PERSONA**

ENTREVISTA A VIRIDIANA PHILIBERT

## **CIENCIA Y CÁNCER DE MAMA**

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA:  
INMEDIATA O DIFERIDA

**Comité Editorial**

Miguel Martín  
*Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Amparo Ruiz  
*Instituto Valenciano de Oncología - Valencia*

Lourdes Calvo  
*Complejo Hospitalario Universitario - A Coruña*

Mireia Margelí  
*Hospital Universitario Germans Trias i Pujol - Barcelona*

Miguel A. Seguí  
*Corporació Sanitaria Parc Taulí - Sabadell*

Javier Salvador Bofill  
*Hospital Nuestra Sra. de Valme - Sevilla*

M<sup>a</sup> Antonia Gimón  
*Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)*

**Coordinación Edición**

Roser Trilla  
*Dpto. de Comunicación y Marketing de GEICAM*

Elena Gutierrez  
*Dpto. de Comunicación y Marketing de GEICAM*

**Imprime**  
NILO Industria Gráfica

D.L.: M-7045-2005

© Copyright 2007, GEICAM (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama), Av. de los Pirineos, 7 - 1er piso, Oficina 14, San Sebastián de los Reyes, 28700, Madrid. GEYSALUS ®. Reservados todos los derechos. Esta revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por sus colaboradores, absolutamente libres e independientes.

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida total o parcialmente por cualquier medio, electrónico, mecánico, ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información sin el permiso por escrito del titular del Copyright.

**Consejo Ejecutivo**

Emilio Alba Conejo  
*Hospital C.U. Virgen de la Victoria, Málaga*

José E. Alés Martínez  
*Hospital Ntra. Sra. de Sonsoles, Ávila*

José M. Baena Cañada  
*Hospital Puerta del Mar, Cádiz*

Agustí Barnadas i Molins  
*Hospital Sta. Creu i St. Pau, Barcelona*

Lourdes Calvo Martínez  
*Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña*

Juan de la Haba Rodríguez  
*Hospital U. Reina Sofía, Córdoba*

Laura García Estévez  
*Centro I.O. Clara Campal CIOCC, Madrid*

Ana Lluch Hernández  
*Hospital C.U. Valencia, Valencia*

José M. López Vega  
*Hospital Marqués de Valdecilla, Santander*

Mireia Margelí Jiménez  
*Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona*

Miguel Martín Jiménez  
*Hospital G. U. Gregorio Marañón, Madrid*

Montserrat Muñoz Mateu  
*Hospital Clinic i Provincial, Barcelona*

Manuel Ramos Vázquez  
*Centro Oncológico de Galicia, A Coruña*

Álvaro Rodríguez Lescure  
*Hospital General de Elche, Alicante*

César Rodríguez Sánchez  
*Hospital U. de Salamanca, Salamanca*

Amparo Ruiz Simón  
*Instituto Valenciano de Oncología, Valencia*

Manuel Ruiz Borrego  
*Hospital Virgen del Rocío, Sevilla*

Pedro Sánchez Rovira  
*Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén*

Miguel A. Seguí Palmer  
*Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell*

Ignacio Tusquets Trías de Bes  
*Hospital del Mar, Barcelona*

José A. López G<sup>o</sup> Asenjo  
*Hospital C.U. príncipe de Asturias, Madrid*

Manuel de las Heras  
*Hospital C.U. San Carlos, Madrid*

Melcior Sentís  
*UDIAT Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell*

Carlos Vázquez  
*Instituto Valenciano de Oncología, Valencia*

Marina Pollán  
*Instituto de Salud Carlos III, Madrid*

- 4** **Editorial**  
RESUMEN RAGMA 2011
- 7** **Columna Abierta**  
EL CÁNCER DE MAMA EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO
- 12** **En primera persona**  
ENTREVISTA A VIRIDIANA PHILIBERT
- 14** **Te será útil saber**  
¿QUÉ ES EL GANGLIO CENTINELA? ¿CUÁNDO SE REALIZA?
- 20** **Imagen y estética**  
ALTERNATIVAS A LA POSTICERÍA: GORROS Y PAÑUELOS
- 22** **Buscando apoyo**  
EL SILENCIO DE LOS NIÑOS: Como comunicarse con los hijos adolescentes sobre la enfermedad de sus madres.
- 26** **Una vida más sana**  
EL INVIERNO TAMBIÉN ES TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA AL AIRE LIBRE
- 30** **Ciencia y cáncer de mama**  
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: INMEDIATA O DIFERIDA
- 34** **Investigación y cáncer de mama**  
TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN ESTADIOS PRECOCES
- 38** **El foro de las asociaciones**  
AMAC: Asociación de mujeres afectadas de cáncer de mama y ginecológico de Albacete





## RESUMEN RAGMA 2011

Dra. Lourdes Calvo Martínez

Una vez al año todos los profesionales españoles dedicados a la atención de las mujeres y hombres con cáncer de mama se reúnen en la Revisión Anual "GEICAM" de avances en cáncer de Mama (RAGMA). El objetivo, proporcionar una actualización en profundidad de los progresos acaecidos en las distintas facetas que componen el abordaje óptimo de la enfermedad. En la edición de 2011 hemos tenido la oportunidad de comprobar que la investigación sigue dando frutos que harán, algún día, desaparecer o mitigar mucho más esta dolencia. Algunos de estos avances han tenido una gran repercusión en los medios de difusión.

El dicho afirma que "prevenir es mejor que curar" y esto también es cierto para el cáncer de mama. Las mejoras de los tratamientos y el diagnóstico precoz han disminuido la mortalidad de forma constante en las últimas décadas. Pero si se consiguiera prevenir la propia aparición del tumor estaremos evitando también la angustia y sufrimiento psicológicos asociados con el diagnóstico y que afectan no sólo a la paciente sino a todo su entorno familiar, la dureza de los tratamientos y sus repercusiones a largo plazo se habrían evitado, así como los costes económicos, laborales y sociales asociados. En RAGMA 2011, Dr. Paul Goss presentó los datos del estudio MAP.3/ExCel/GEICAM 2003-08 donde se comparan 5 años de tratamiento con exemestano o placebo en mujeres con riesgo de desarrollar cáncer de mama superior a 1,66% en

cinco años. Los resultados, con una disminución del 65% del riesgo relativo en la incidencia de cáncer invasivo en el grupo tratado con exemestano, probablemente significan un importante paso cualitativo hacia la prevención efectiva del cáncer de mama. Como sucede a menudo con los avances en medicina y especialmente en el capítulo de la prevención, después de demostrar la eficacia del medicamento en un ensayo clínico, que es la primera condición necesaria para cualquier tratamiento, queda ahora comprobar el grado de aceptación en el uso fuera de las condiciones estrictas de un estudio. Si estos resultados tan positivos pudieran trasladarse íntegramente a la población susceptible estaríamos hablando de evitar más de 2.000 casos nuevos de cáncer de mama cada año entre las mujeres postmenopáusicas.

*RAGMA es una reunión esencialmente multidisciplinar y este año hemos tenido ocasión de revisar importantes novedades en la cirugía y radioterapia de la mama.*

En el capítulo de epidemiología la Dra. Marina Pollán resaltó el aumento de la enfermedad en los países menos desarrollados y la importancia de la actividad física, también para disminuir la mortalidad. Otra cuestión

interesante fue la relación inversa entre densidad mamaria e involución glandular como factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama. La Dra. Cajal describió la caracterización fenotípica de los tumores asociados al síndrome de Li Fraumeni, típicamente triple positivos y en mujeres jóvenes. Por ser sólo una minoría del total de los casos de cáncer de mama es importante la colaboración en registros internacionales que favorezcan el mejor conocimiento de la enfermedad. Entre los aspectos destacados por el Dr. Rojo en la revisión de los avances en el conocimiento molecular de la enfermedad está la actualización por Weinberg y Hanahan de la principal referencia conceptual sobre los mecanismos del cáncer. Ahora incorporan la inflamación y la inestabilidad genómica como nuevos "hallmarks" para su desarrollo. También se ha avanzado en la descripción de un nuevo subtipo de cáncer de mama dentro de los triples negativos ("claudín-low") que tiene resistencia a la quimioterapia y mal pronóstico.

*La tercera sesión de RAGMA se denomina "De los avances preclínicos a la supervivencia a largo plazo" y refleja el largo camino que conduce desde un experimento con líneas celulares a la curación de la enfermedad.*

RAGMA es una reunión esencialmente multidisciplinar y este año hemos tenido ocasión de revisar importantes novedades en la cirugía y radioterapia de la mama. En el caso de la cirugía, el Dr. Armando Giuliano profundizó en los distintos aspectos del estudio ACOSOG Z0011 donde se ha comprobado que aquellas mujeres a las que se les practicó la técnica del ganglio centinela con cirugía conservadora de la mama y tenían 1-2 ganglios afectados, no cambia el pronóstico si se vacía la axila o no se realiza el vaciamiento axilar, lo cual abre expectativas para un manejo más conservador de la axila. Hubo un interesante intercambio de preguntas entre el Dr. Giuliano y la audiencia asistente a RAGMA, especialmente ginecólogos y cirujanos. El Dr. Juan de la Haba revisó las abundantes aportaciones realizadas en la quimioterapia neoadyuvante o primaria del cáncer de mama, cuya aplicación requiere una perfecta coordinación de todos los actores implicados en el manejo de estas pacientes con el fin de lograr los resultados deseados. Entre los resultados revisados destacan el descubrimiento del aumento de actividad antitumoral en los tumores HER2 positivos con el uso de

dos tratamientos dirigidos simultáneos (trastuzumab y lapatinib, trastuzumab y pertuzumab), la propuesta de algoritmos predictores de respuesta patológica completa y la comparación de quimioterapia y hormonoterapia en tumores luminales.

*Sin duda, GEICAM es una referencia no sólo para las personas dedicadas al cáncer de mama sino como modelo de grupo de investigación clínica.*

La tercera sesión de RAGMA se denomina "De los avances preclínicos a la supervivencia a largo plazo" y refleja el largo camino que conduce desde un experimento con líneas celulares a la curación de la enfermedad. Además, con el éxito terapéutico llegan complicaciones y problemas a largo plazo que estamos empezando a conocer y comprender. El Dr. Ayala revisó los principales desarrollos en modelos preclínicos. El Dr. Pérez Gracia destacó la importancia de recoger muestras de las pacientes que participan en ensayos clínicos que pueden ser de gran utilidad. El Dr. Andrés García Palomo hizo hincapié en la influencia de la obesidad en distintos aspectos de la enfermedad, especialmente en el contexto de los estilos de vida.

Un magnífico colofón para esta tercera sesión fue la presentación por el Dr. Martín de las publicaciones y presentaciones realizadas por GEICAM en un año que sin duda ha sido excelente en número y calidad de trabajos.

Esta producción científica no hubiera sido posible sin la tenacidad investigadora del grupo, el trabajo de sus investigadores, el apoyo y esfuerzo constante de todo el personal de la sede y la generosidad de las miles de mujeres que participan en los proyectos auspiciados por GEICAM. Sin duda, GEICAM es una referencia no sólo para las personas dedicadas al cáncer de mama sino como modelo de grupo de investigación clínica.

*Especial hincapié se hizo en la influencia de la obesidad en distintos aspectos de la enfermedad.*

En la última sesión se revisaron los avances que habían tenido lugar según los distintos tipos de cáncer de mama

en su clasificación actual. El cáncer de mama triple negativo, revisado por el Dr. Miquel Àngel Seguí, está siendo objeto de atención preferente en los últimos tiempos. El Dr. Rodríguez Lescure revisó el cáncer de mama con presencia de receptores hormonales.

El Dr. Ignacio Peláez revisó en profundidad la enfermedad HER2/neu positiva.

*No cabe duda de que una de las razones principales de los éxitos y la continuidad del grupo radica en el esfuerzo individual de sus miembros...*

En esta edición de 2011 tuvimos la visita de la Presidenta, Esperanza Aguirre y el Consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, de la Comunidad de Madrid. La presidenta, que hizo alusión a sus vivencias personales, expresó su apoyo incondicional a GEICAM y a la investigación en cáncer de mama.

Como en otras ediciones de RAGMA este año tuvimos la suerte de contar con un grupo de excelentes ponentes y moderadores, dedicados en sus centros respectivos al

cáncer de mama, que mantuvieron o mejoraron el nivel de calidad de ediciones anteriores. Casi la mitad de los ponentes y moderadores intervinieron por primera vez en RAGMA. La profundidad y espíritu crítico de sus contribuciones también nos da una idea de la calidad de GEICAM en su conjunto. No cabe duda de que una de las razones principales de los éxitos y la continuidad del grupo radica en el esfuerzo individual de sus miembros que se esfuerzan a diario por hacer una medicina del máximo nivel. RAGMA quiere ser un espejo donde los miembros del grupo puedan verse adecuadamente representados.

Una mención muy especial merece la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA), que consciente de la importancia de la investigación por los grupos cooperativos, apoya a GEICAM desde prácticamente su inicio como grupo y también viene apoyando a RAGMA desde su primera edición. En 2011 Ana Valderas representó a FECMA en la rueda de prensa previa al evento.

El comité organizador está trabajando ya en el programa de la próxima edición con el objetivo de seguir mejorando sus contenidos y difusión. 

¡Nos vemos en 2012!



IMAGEN RAGMA 11



## EL CÁNCER DE MAMA EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

Dra. Dolores Salas Trejo

El cáncer es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, y una de las primeras causas de muerte.

Los tipos de cáncer más frecuentes son diferentes en el hombre y en la mujer. Los cánceres que causan mayor número de muertes son los de pulmón, estómago, hígado, colon y mama. El más frecuente en los hombres es el cáncer de pulmón y en las mujeres el cáncer de mama.

La prevención primaria es la mejor estrategia para disminuir este problema de salud. Se sabe que más de un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo: un elevado índice de masa corporal (sobrepeso y obesidad), la ingesta reducida de frutas y verduras, la falta de actividad física, y el consumo elevado de tabaco y alcohol. Otros factores de tipo ambiental también influyen de manera importante en la aparición del cáncer.

Considerando la importancia de este problema la OMS (año 2008) puso en marcha un plan de acción sobre enfermedades no transmisibles con el fin de aumentar el compromiso político en la prevención y el control del cáncer; y proporcionar instrumentos para orientar la planificación y ejecución de las intervenciones para la

prevención, la detección precoz, el tratamiento y la asistencia del cáncer y la investigación, adaptados a la situación específica de cada país.

### EL CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en todo el mundo, también en los países en vías de desarrollo, probablemente debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la población en las ciudades y a la adopción de modos de vida occidentales.

Para entender bien la importancia de este problema, es importante conocer su frecuencia o incidencia (número de nuevos casos), la mortalidad (personas que mueren por causa de esa enfermedad) y la supervivencia (personas que están vivas libres de enfermedad después de más de cinco años en los que se les diagnosticó la enfermedad).

El cáncer de mama es el más frecuente de todos los cánceres en las mujeres. La incidencia, es decir, el número de personas con cáncer de mama que se diagnostican por

primera vez cada año, varía mucho en todo el mundo. Si analizamos las tasas estandarizadas (es decir los valores que permiten comparar diferentes poblaciones del mundo, con independencia del gran envejecimiento de la población en los países desarrollados) podemos encontrar tasas muy altas en América del Norte seguida por altas tasas también en los países de Europa Occidental. España se encuentra en un lugar intermedio (incidencia baja si la comparamos con otros países de Europa occidental pero alta respecto a los países de Europa Oriental). Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. Las incidencias más bajas se dan en la mayoría de los países africanos, aunque también en ellos se observa un incremento de la incidencia de cáncer de mama en los últimos años.

*Hasta este momento, se conocen algunos factores de riesgo del cáncer de mama. No obstante en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos.*

En cuanto a la mortalidad, se estima que cada año mueren más de 500.000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, más de la mitad de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo.

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario también varían mucho en todo el mundo, cerca del 80% o más en América del Norte, Europa y Japón, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos.

Estas diferencias en la supervivencia se relacionan fundamentalmente con la fase en la que se diagnostican los tumores y a las posibilidades de tratamiento una vez diagnosticados. La supervivencia baja observada en los países poco desarrollados puede explicarse principalmente por la falta de programas de detección precoz, que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada, y también por la falta de servicios adecuados para el diagnóstico y tratamiento.

Estos datos nos indican que el problema del cáncer de mama afecta a todos los países, desarrollados y en

desarrollo. Pero también nos muestran que las posibilidades de curación no son las mismas en todos los países, que existen graves desigualdades territoriales en relación con este problema de salud como en otros muchos.

### FACTORES QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

Hasta este momento, se conocen algunos factores de riesgo del cáncer de mama. No obstante en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos.

La prevención primaria, es decir conocer cuáles son los factores que causan una determinada enfermedad e intentar evitar dichos factores para que no se produzca, es la estrategia de elección en la lucha contra el cáncer, pero en el caso del cáncer de mama tiene una aplicación limitada, ya que el principal factor para que se produzca este cáncer es la edad.

Los antecedentes familiares de cáncer de mama aumentan el riesgo de este cáncer, cuando se produce una acumulación de casos en una familia. Algunas mutaciones que pueden ser hereditarias, específicamente en los genes BRCA1, BRCA2 y algunos otros menos conocidos, se asocian a un riesgo muy elevado de ese tipo de cáncer. Sin embargo, esas mutaciones son raras y explican solo una pequeña parte de la carga total de cáncer de mama (alrededor del 5%).

*La creciente adopción de modos de vida occidentales en los países en vías de desarrollo es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en esos territorios.*

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como son una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad elevada en el primer parto, se encuentran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama. Las hormonas exógenas (anticonceptivos y tratamiento hormonal sustitutivo) también conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama. La lactancia materna tiene un efecto protector.

También se ha estudiado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, es decir relacionados con el estilo de vida (exceptuando los factores reproductivos) a la carga global de cáncer de mama y se concluye que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, y la falta de actividad física.

La diferente incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados y los países en desarrollo puede explicarse en parte porque estos factores de riesgo se distribuyen de forma diferente en unos países y en otros. La proporción atribuible a estos factores es mayor en los países de ingresos altos, especialmente por el sobrepeso y la obesidad. En los países de ingresos bajos, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo es mucho menor.

*Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como son una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad elevada en el primer parto, se encuentran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama.*

Otros factores como la mayor edad de las mujeres en el primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia se dan con mucha mayor frecuencia en las mujeres que residen en los países desarrollados, este hecho también puede influir en la diferencia observada de la frecuencia de esta enfermedad en los diferentes países.

La creciente adopción de modos de vida occidentales en los países en vías de desarrollo es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en esos territorios.

El control de factores de riesgo específicos modificables a través de políticas de prevención primaria que promuevan la alimentación saludables, la actividad física y la disminución del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo.

### EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

Las estrategias de prevención primaria no pueden eliminar la mayoría de los casos de cáncer de mama, y en los países en desarrollo el diagnóstico del problema se hace en fases muy avanzadas. Así pues, la detección precoz con vistas a mejorar el pronóstico y la supervivencia de esos casos es la mejor medida para aumentar las posibilidades de curación y disminuir el impacto de este problema de salud en las mujeres en el mundo.

Las estrategias de detección precoz que se emprendan en los países en vías de desarrollo, deben tener en cuenta la situación de sus recursos sanitarios y analizar el contexto global (otros problemas frecuentes y graves de salud y de otra índole, disponibilidad de recursos...), en el momento de determinar las prioridades. A diferencia de los países desarrollados donde el cáncer de cuello de útero ha disminuido mucho en las últimas décadas, muchos de estos países tienen también un grave problema con el cáncer de cuello de útero y tienen necesariamente que emprender intervenciones que permitan hacer frente a ambas enfermedades si es posible conjuntamente.

El diagnóstico precoz del cáncer de mama se puede realizar con diferentes técnicas. El cribado puede estar basado, entre otros, en la exploración clínica de las mamas, y/o en la autoexploración, aunque el método que se ha demostrado más eficaz es el cribado mediante mamografía. No obstante, este último es muy costoso y se recomienda para los países que cuentan con una buena infraestructura sanitaria y pueden garantizar un programa a largo plazo.

Cuando no es posible poner en marcha programas de cribado mamográfico, se puede realizar un diagnóstico temprano con técnicas de autoexploración o exploración mamaria (examen realizado por profesionales entrenados), para identificar los tumores cuando aparecen los primeros signos y síntomas. Esta es una importante estrategia de detección precoz, particularmente en los países en desarrollo, donde la enfermedad se diagnostica en fases avanzadas y los recursos son muy limitados. Esta estrategia puede dar lugar a un aumento de la proporción de cánceres de mama detectados en una fase de la enfermedad que permita realizar un mayor número de tratamientos curativos.

Si los recursos no permiten realizar programas de detección precoz basados en mamografía, es recomendable utilizar la autoexploración y la exploración mamaria como técnicas de primera línea para la detección precoz.

Un programa de cribado (independientemente de la técnica que se utilice) es un proyecto muy complejo, es imprescindible que se planifique y organice adecuadamente y debe diseñarse de manera que sea sostenible y garantizar la coordinación, continuidad y calidad de las intervenciones en todo el proceso asistencial, es decir, asegurar que el diagnóstico precoz continúe con un adecuado proceso de confirmación diagnóstica y de tratamiento en los casos que lo requieran.

Como hemos comentado, la mamografía es el método de cribado que se ha revelado más eficaz. Si su cobertura supera el 70%, se puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en un 30% en las mujeres de más de 50 años que se realizan periódicamente esta prueba, esto se ha demostrado en los países desarrollados. No se ha estudiado a fondo su efectividad en países con recursos escasos, ya que si no es posible asegurar la calidad del proceso en su totalidad, los beneficios del diagnóstico precoz se pueden difuminar con demoras en el tratamiento o con tratamientos inadecuados. Por ello es esencial definir adecuadamente todo el proceso y muy especialmente elegir adecuadamente el grupo de edad al que se ofrecerá el programa, ya que lo que se pretende es encontrar el mayor número de cánceres con posibilidades de curación sin que se produzca una sobrecarga innecesaria de los recursos sanitarios tan escasos en estos países. Hay fuerte evidencia que el grupo de edad para realizar el cribado en los países desarrollados, son las mujeres entre 50 y 70 años (aunque existe mucho debate sobre si empezar antes, a partir de los 40 y acabar más tarde a los 75), pero la edad en la que debería hacerse el cribado de cáncer de mama en los países en desarrollo depende de el grupo de edad en donde se produce un importante incremento de la incidencia de la enfermedad, y esta información hay que analizarla en cada territorio.

Si los recursos no permiten realizar programas de detección precoz basados en mamografía, es recomendable utilizar la autoexploración y la exploración mamaria como técnicas de primera línea para la

detección precoz. Aunque no se ha demostrado que la autoexploración disminuya la mortalidad por cáncer de mama, es una manera de concienciar y responsabilizar a las mujeres sobre su propia salud, lo que es positivo también para la prevención de otras enfermedades en las mujeres. Y es esperable que al menos se consiga detectar el cáncer de mama en estadios más precoces.

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, y está aumentando en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas.

#### En conclusión

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, y está aumentando en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas.

El control de los factores de riesgo modificables solo puede reducir una pequeña parte del cáncer de mama. La detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama sigue siendo la principal estrategia para la lucha contra este cáncer.

La OMS promueve el control del cáncer de mama en el marco de los programas nacionales de lucha contra el cáncer, integrándolo en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles que deben abarcar: la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Es importante concienciar a la población sobre el problema del cáncer de mama y sobre cuáles son los principales mecanismos para su control y de la importancia creciente también en los países en desarrollo. En los países en desarrollo este importante problema de salud, el cáncer de mama, junto con el cáncer de cuello de útero, son las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de más de 30 años.

Impulsar estrategias que aborden estos dos problemas de salud pública en el marco de programas nacionales de

lucha contra el cáncer en los países en desarrollo y que tengan en cuenta los recursos disponibles y su sostenibilidad, es fundamental para el control de esta enfermedad. 9

**Referencias:**  
 WHO (2007). Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection.  
 WHO (2008). The global burden of disease: 2004 update.  
 Anderson BO et al. (2008). Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. Cancer, 113, 2221-43.





## Entrevista a Viridiana Philibert

Dña. Toñy Gimón

**Desde su experiencia personal como hija y como persona vinculada a la investigación, ¿puede afirmarse que la actitud de la mujer, de sus familiares y entorno más directo influyen en el desarrollo de la enfermedad?**

Creo que sí, en mi opinión, pienso que puede influir mucho. Sobre todo al enfrentarse al tratamiento, la voluntad es muy importante para un momento tan duro como ese. Y quizá sentir que tienes personas que te rodean y te necesitan (hijos, por ejemplo) hace que sientas más "obligación" o necesidad de luchar para vivir.

**¿Cómo reaccionó como hija al conocer la enfermedad de su madre? ¿Qué actitud adoptó para acompañar a su madre durante la enfermedad?**

Lo primero que hice, recuerdo, fue llorar. Me anunció la noticia mi padre cuando volvía de clase, me costaba creer que le podría suceder a mi madre. Con ella, no quería mostrar mi malestar y en casa intentaba cuidarla más de lo habitual sobre todo durante la quimioterapia. Pero creo que si pudiera volver atrás y hacer las cosas mejor, intentaría acompañarla en la mayoría de sesiones de quimioterapia, visitas con el médico, hacer que no se sienta sola en esos momentos, porque haciendo prácticas en el hospital, me di cuenta en la consulta que son

momentos en los que quizás el paciente necesite más apoyo. También depende de cada persona y de su carácter, pero creo que a mi madre le habría ido bien.

*Quiero destacar la importancia de la actuación del psicólogo, ya que en el caso de mi madre, según ella, su actuación fue muy provechosa, y creo que resulta muy necesaria para obtener un trato personalizado.*

**Podría manifestar algunas pautas de comportamiento para acompañar a un familiar cercano enfermo oncológico?**

Intentar no aportar más problemas/preocupaciones a la persona de aquellos a los que ya tiene que enfrentarse. Hacer que tenga una vida lo más normal posible a pesar de lo que tiene que soportar. Intentar no transmitirle más miedos de los que ya tiene. Y como comenté en la pregunta anterior: hacer que esté acompañada lo más posible durante las visitas con el médico/sesiones de quimioterapia para que no se sienta sola en ningún momento.

**El movimiento asociativo de pacientes destaca la necesidad de integrar el entorno del paciente en la atención sanitaria oncológica. ¿Mediante qué elementos considera Usted que debiera de hacerse?**

El entorno del paciente es su familia, sus amistades, su vida profesional, sus relaciones sociales, sus aficiones. Hay que integrar los problemas de ese entorno en la atención mediante apoyos concretos: psicólogo, fisioterapia, orientación profesional. Se trata de evitar que a la enfermedad se añadan nuevas consecuencias y efectos adversos complicados.

*El primer consejo que daría a una mujer ante la hipótesis de un cáncer de mama sería: que luche por la vida y que crea en su curación. Que existen muchas personas que han tenido cáncer de mama y han vencido la enfermedad.*

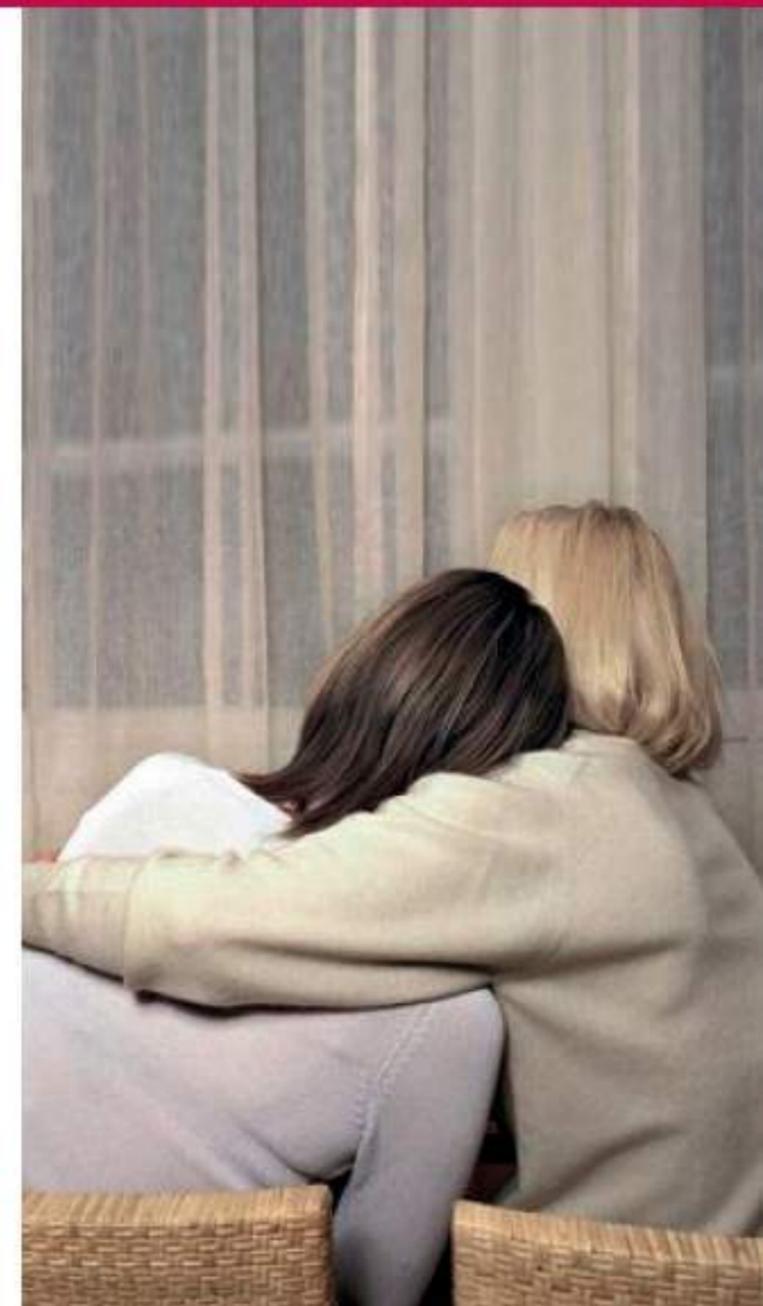
**También el movimiento asociativo de pacientes insiste en avanzar en una asistencia integral y personalizada, ¿podemos decir que se está avanzando en la dirección correcta?**

Basándome en la experiencia de mi madre, creo que sí, dado todo el apoyo que recibió, para abordar cada aspecto de la enfermedad, por parte de los profesionales de distintas disciplinas: los médicos, las enfermeras y el psicólogo. Quiero destacar la importancia de la actuación de este último, ya que en el caso de mi madre, según ella, su actuación fue muy provechosa, y creo que resulta muy necesaria para obtener un trato personalizado.

**Desde el punto de vista práctico, ¿con qué elementos debe contar el paciente oncológico para tener la convicción de que está atendido con una asistencia sanitaria de calidad?**

Información, buena organización y tiempo.

Que se proporcione toda la información necesaria para que la paciente conozca su enfermedad y también sobre el plan de actuación que se va adoptar para tratarla. Sobre todo respondiendo a las preguntas y averiguando que no queden dudas. Mostrarle que la atención está centrada en ella.

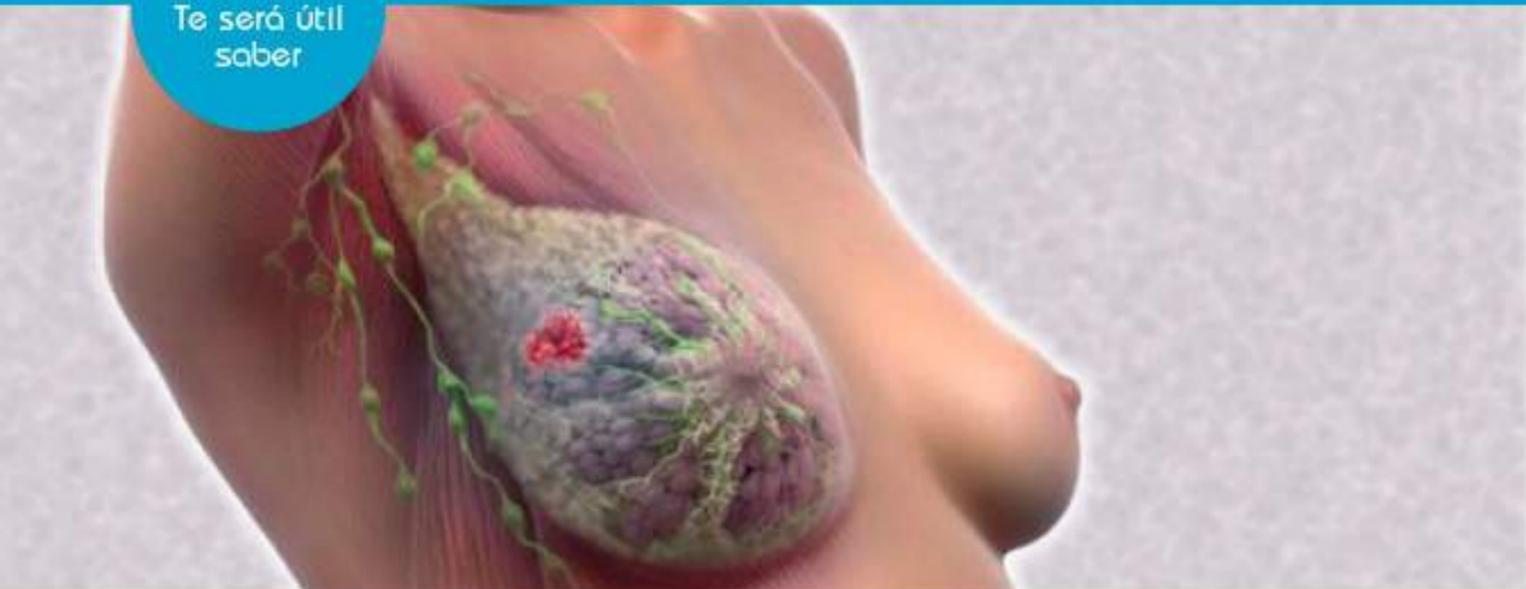


**Si tuviera que elegir, ¿qué primer consejo daría a una mujer ante la hipótesis de un cáncer de mama?**

Que luche por la vida, que crea en su curación. Que existen muchas personas que han tenido cáncer de mama y han vencido la enfermedad.

**¿Qué nos aconseja que digamos a nuestros hijos, que saben que su madre ha sido diagnosticada de un cáncer de mama?**

Que luchará para vivir, pero que necesitará todo su apoyo para hacerlo.



## ¿QUÉ ES EL GANGLIO CENTINELA? ¿CUÁNDO SE REALIZA?

Dr. Manel Fraile

Quizás huyendo un poco de la ortodoxia, permítanme introducir el tema que nos ocupa desde un punto de vista casi personal. En los últimos quince años, mi propio quehacer profesional ha girado alrededor de esta nueva técnica; la que conocemos como Biopsia del Ganglio Centinela (en adelante BGC). Todo empezó en el verano de 1996, cuando en ocasión de un congreso internacional de dermatología en Barcelona, cirujanos y especialistas en Medicina Nuclear conocimos de primera mano la existencia de la técnica, aplicada entonces al tratamiento quirúrgico del melanoma maligno, a cargo de autores del prestigioso hospital MD Anderson (Houston, Texas). Inmediatamente nos dimos cuenta de la importancia y del potencial de la misma y nos pusimos a trabajar en su desarrollo práctico en nuestro entorno. Vistos los espectaculares resultados conseguidos en el campo del melanoma, en octubre de 1997 iniciamos su aplicación en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. A finales de los noventa se produjo una verdadera explosión de publicaciones internacionales que avalaron la BGC en el cáncer de mama. Nosotros contribuimos a esta experiencia mundial mediante la primera serie de validación en España (1,2). A lo largo de dos años, más de ciento cincuenta pacientes con cáncer de mama, que no estaba avanzado en el momento del diagnóstico,

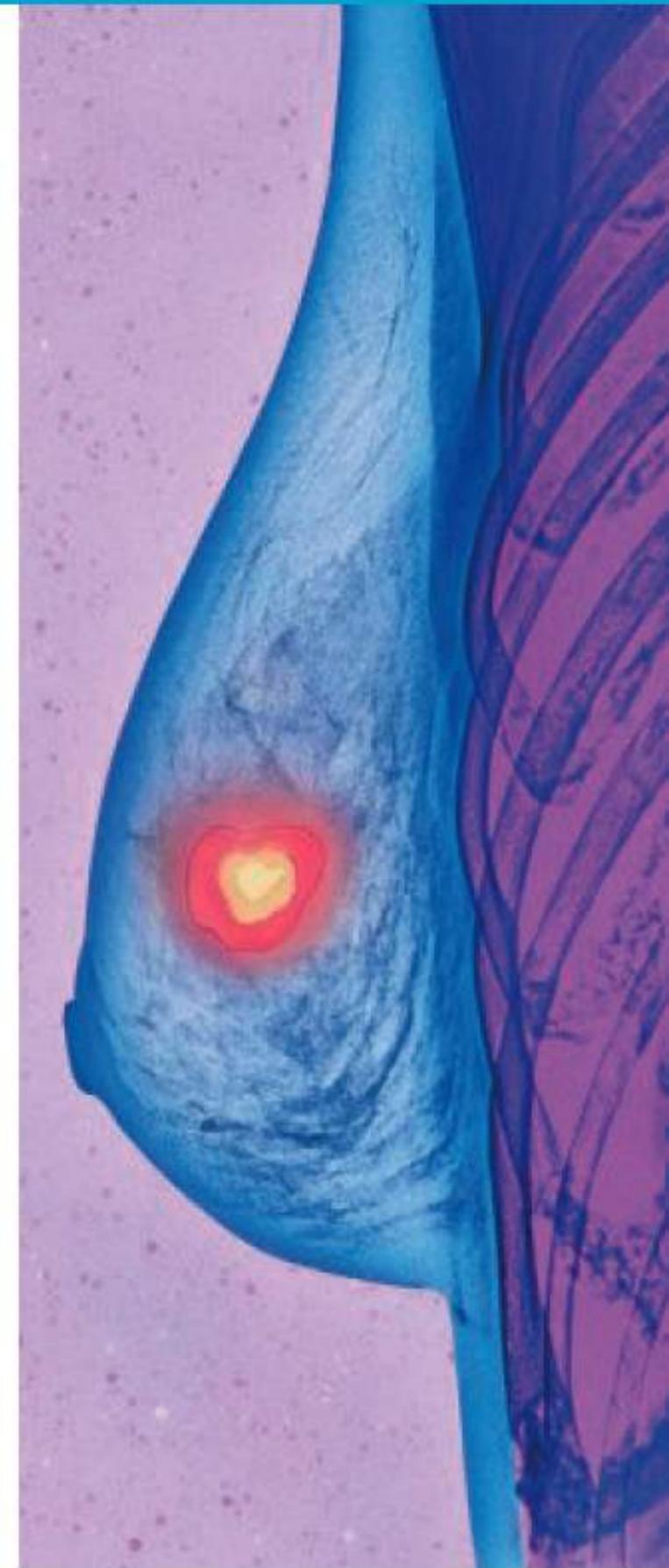
consintieron en participar altruistamente en aquel estudio de desarrollo y validación, el cual consistió en practicar la BGC e, inmediatamente, el vaciado axilar convencional. De esta manera pudimos comprobar que la nueva técnica era más que aceptable, ya que verdaderamente el ganglio centinela era capaz de predecir el estado del resto de los ganglios regionales, en este caso de la axila, con un altísimo grado de exactitud. De tal manera que, a partir de ese momento, ya era factible sustituir el vaciado axilar completo por la simple biopsia de un ganglio, siempre que dicho ganglio centinela fuese negativo desde el punto de vista del estudio histológico, en el laboratorio de anatomía patológica. A la generosidad de aquellas primeras pacientes, así como a la de las pacientes de muchos otros estudios de validación similares, creo que todos nosotros, las actuales pacientes, sus familias y los profesionales, debemos estar bien agradecidos, ya que al cabo de los años hemos conseguido afianzar un nuevo tratamiento quirúrgico primario del cáncer de mama que es menos agresivo y que consigue "salvar" la axila en tres cuartas partes de las pacientes candidatas a dicho tratamiento quirúrgico.

Más allá de disquisiciones personales, para concretar una respuesta clara, podemos sencillamente decir que el

ganglio centinela es aquel que predice el estado de diseminación del cáncer de mama al resto de los ganglios regionales. Esta capacidad predictiva es posible porque el cáncer de mama, igual que otros tumores sólidos, como el melanoma cutáneo, se extienden por el sistema linfático de forma "ordenada" y no al azar (3). Es decir, que existe un primer ganglio en el área regional de drenaje que recibe directamente el flujo desde el tumor y, por tanto, si se hubiera producido una diseminación linfática tumoral, sería el primer ganglio afectado por metástasis. En caso de negatividad, el resto de los ganglios regionales estarán indemnes y no hace falta mayor cirugía axilar. En caso de positividad (metástasis), sí que se indica continuar con el vaciado axilar completo, aún cuando ello finalmente incumba a pocas pacientes con cáncer de mama inicial, con el fin de asegurar un correcto estudio de la afectación linfática regional (estadificación) y garantizar el control regional de la enfermedad.

El último paso de la BGC se produce durante el propio acto quirúrgico, entre 4 y 24 horas post-inyección del trazador, y consiste en el rastreo intraoperatorio, mediante el cual podemos identificar el ganglio centinela ya detectado en las imágenes de la linfogammagrafía.

Para poder practicar la BGC debemos identificar cuál es ese primer ganglio receptor. La manera óptima de conseguirlo es mediante la utilización de técnicas de medicina nuclear, combinadas o no con la utilización intraoperatoria de sustancias colorantes. El procedimiento habitual consiste en remitir la paciente al servicio de medicina nuclear con varias horas de antelación o, preferentemente, el día previo a la intervención, donde se inyecta una pequeña dosis de una sustancia coloidea marcada con el isótopo Tecnecio-99m. Dicho coloide de tecnecio (trazador) tiene la particularidad que sólo se puede absorber a través del sistema linfático y es transportado por la linfa, en sentido centrípeto, hasta el primer ganglio receptor, donde queda secuestrado por un eficaz mecanismo de fagocitosis. En nuestro caso, la modalidad preferida de inyección del trazador es la intratumoral guiada por ecografía, ya que consideramos que es la más fidedigna en cuanto al drenaje linfático. Posteriormente, entre dos y 24 horas postinyección, se practica una linfogammagrafía



preoperatoria (figura 2) gracias a la cual se consigue un "mapa" linfático que nos informa si ha habido migración efectiva de la substancia trazadora, cuántos ganglios centinela existen y su localización aproximada, dentro de la axila o incluso en localizaciones extra-axilares, como ganglios intramamarios, supraclaviculares o en la cadena mamaria interna. El último paso de la BGC se produce durante el propio acto quirúrgico, entre 4 y 24 horas post-inyección del trazador, y consiste en el rastreo intraoperatorio (figura 1), mediante el cual podemos identificar el ganglio centinela ya detectado en las imágenes de la linfogammagrafía. Para ello disponemos de sondas o detectores gamma intraoperatorios, con finos cabezales (11-12 milímetros de diámetro) que se introducen en una pequeña incisión axilar y que permiten identificar el ganglio centinela por su emisión gamma, proveniente del Tecnecio-99m. La técnica es completamente segura e inocua, ya que el producto utilizado y su baja dosis no provocan riesgos radiológicos significativos.

W. Halsted estableció las bases de la moderna cirugía del cáncer de mama mediante la práctica de la extirpación completa de la mama (mastectomía) junto al tejido ganglionar axilar y al músculo pectoral.



Figura 1

Gracias a la disponibilidad de la técnica isotópica y con experiencia suficiente, los resultados de la BGC en la actualidad están más que consolidados. A lo largo de los últimos diez años se han producido diversas conferencias de consenso multidisciplinarias que han dictado ciertas recomendaciones para la práctica de la BGC en pacientes con cáncer de mama. Dichas recomendaciones para los profesionales implicados pueden consultarse en la página oficial de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. También se han publicado guías de práctica clínica, como las de ASCO en Estados Unidos o las Oncoguías en Cataluña. Es decir, que existe una base de consenso y de experiencia suficiente que puede consultarse con facilidad, en caso de duda. En cuanto a los estándares que cabe cumplir en la práctica clínica de la BGC, estas conferencias de consenso y guías clínicas suelen fijar ciertos indicadores de calidad: un mínimo del 95% en cuanto a eficacia de detección de al menos un ganglio centinela y un máximo del 5% de fallos de predicción (falsos negativos).

La BGC se inserta en la evolución histórica del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Hace más de un siglo, el cirujano norteamericano W. Halsted estableció las bases de la moderna cirugía del cáncer de mama mediante la práctica de la extirpación completa de la mama (mastectomía) junto al tejido ganglionar axilar y al músculo pectoral. Entre los años sesenta y setenta del siglo veinte, se introdujo la mastectomía simple, asociada

Como técnica predictiva, debemos asegurar, en lo posible, su exactitud (fiabilidad) y la falta de falsos negativos: determinar que una paciente tiene axila negativa cuando en realidad es positiva.

a vaciado ganglionar axilar, pero sin extirpación del pectoral. Poco después, esta misma línea de cirugía conservadora mamaria condujo a la extirpación parcial de la mama (cuadrantectomía o tumorectomía), asociada a radioterapia de la mama y vaciado axilar. Ahora, el último paso en esta evolución ha consistido en introducir la cirugía conservadora de la axila. La finalidad de toda esta evolución siempre ha sido la de conseguir un tratamiento quirúrgico menos agresivo, mayor confortabilidad y menor menoscabo de la imagen corporal de la paciente, sin renunciar a la eficacia oncológica que se persigue. Además la BGC introduce el concepto de "personalización" del tratamiento quirúrgico, ya que cada paciente y cada tumor presentan un drenaje linfático hacia un ganglio centinela específico, que incluso puede ser extra-axilar, en contraposición a un vaciado axilar completo, falto de especificidad y con el inconveniente de una morbilidad nada despreciable en forma de alteraciones sensitivas del brazo, de la movilidad del hombro y de subedema o del tan indeseable linfedema.

La segunda pregunta a la que debemos responder; ¿Cuándo se realiza la Biopsia del Ganglio Centinela?, tiene en mi opinión una respuesta clara y directa. Siempre que se mantenga como técnica fiable. Cabe recordar que se trata de una técnica predictiva, más cerca del gesto diagnóstico que de un tratamiento quirúrgico per se. Como tal técnica predictiva, debemos asegurar, en lo posible, su exactitud (fiabilidad) y la falta de falsos negativos: determinar que una paciente tiene axila negativa cuando en realidad es positiva. Ello podría llevar a una falsa estimación pronóstica y, en algunos casos, a un tratamiento incompleto. No se trata de plantear dudas sobre el procedimiento en sí, que ya está bien resuelto y es equiparable a un vaciado axilar convencional, sino que las dudas vienen referidas a la indicación de la BGC en cáncer de mama, es decir, en qué pacientes debe practicarse. Hemos de contemplar la aplicación de la técnica en el contexto del cáncer de mama inicial, es decir, en pacientes con tumores relativamente pequeños, de hasta tres centímetros de diámetro y con ganglios axilares negativos



Figura 2

Otra polémica reciente es la introducida por un estudio del American College of Surgeons (cita) que sugiere no completar el vaciado axilar en pacientes con ganglios centinela positivos.

clínicamente. Además, en los últimos años, se ha introducido la ecografía axilar preoperatoria como método de filtrado de pacientes antes de la BGC (Biopsia del ganglio centinela), que ha redundado en una mayor seguridad de la técnica, si cabe. Sin embargo, se han publicado ciertos estudios (de pocos pacientes) que sugieren ampliar las indicaciones de la BGC. En mi opinión, la aplicación de la BGC fuera de lo hasta ahora establecido, por ejemplo en tumores grandes, que afecten a la piel o a la pared torácica, en pacientes con ganglios ya positivos, etc... no se sustenta en una evidencia científica suficiente. Se trata de indicaciones que generan cierta

polémica y probablemente en tales pacientes no pueden conseguirse los estándares de calidad exigibles, ya que puede producirse un exceso de falsos negativos. Otra polémica reciente es la introducida por un estudio del American College of Surgeons que sugiere no completar el vaciado axilar en pacientes con ganglios centinela positivos. Aunque interesante y provocador, dicho estudio adolece de múltiples errores metodológicos que obligan a poner sus conclusiones en cuarentena. Como se ha señalado recientemente en este, como otros temas novedosos relativos a la BGC, "avancemos pero con rigor" (sic) (4). Finalmente, existen ciertos aspectos en la BGC que están todavía en fase de investigación o desarrollo y para ellos no tenemos aún una respuesta categórica. Por ejemplo, que ocurre si el ganglio centinela contiene sólo micrometástasis. ¿Es obligatorio realizar el vaciado axilar completo?. El advenimiento de la BGC puso de manifiesto su extraordinaria capacidad para descubrir la diseminación linfática tumoral desde las primeras fases, es decir, en forma de metástasis muy incipientes: células tumorales aisladas y micrometástasis en el ganglio centinela. En la actual "era del ganglio centinela", la detección de micrometástasis se ha convertido en un hecho mucho más frecuente que anteriormente. No está claro que una afectación metastásica tan inicial en el sistema linfático tenga el mismo significado biológico que la afectación metastásica franca y, por otro lado, también se duda del beneficio real de completar el vaciado axilar. Existen ensayos clínicos en sus últimas fases de desarrollo que pueden dar respuesta a este dilema y que

van a ser publicados en los próximos meses. La impresión inicial es que probablemente no será obligatorio el vaciado axilar en estas pacientes.

---

*La BGC debe ir siempre asociada a un estudio axilar ecográfico previo. Es una técnica poco agresiva, sin riesgos significativos, pero que debe realizarse por equipos de cirugía y de medicina nuclear bien entrenados, con experiencia demostrada.*

---

Otro tema en fase de desarrollo se refiere al hecho, cada vez más común, de practicar un tratamiento quimioterápico antes de la cirugía primaria en ciertas pacientes con cáncer de mama. Esta opción terapéutica, generalmente denominada quimioterapia neoadyuvante, suscita la cuestión de qué hacer respecto de la BGC. Se han publicado estudios en los que la técnica se ha practicado después del tratamiento quimioterápico, en el momento de la actuación quirúrgica sobre la mama. A pesar que muchos autores comentan favorablemente sus resultados, lo cierto es que las cifras de fiabilidad (exactitud) obtenidas son menores a las observadas en condiciones normales. Otros estudios se focalizan en practicar la BGC antes del tratamiento neoadyuvante.

Se trata de estudios más escasos, con números relativamente reducidos de pacientes. Aún así, parece que en esta situación la fiabilidad de la técnica se acerca más a los estándares recomendados. Por tanto, habrá que estar atentos al desarrollo de nuevos y más extensos ensayos clínicos para poder responder a esta importante cuestión.

En definitiva, ¿qué debe saber una paciente diagnosticada de cáncer de mama si se le propone la BGC?. Se trata de una técnica ya estandarizada que puede practicarse en vez del vaciado axilar, con las evidentes ventajas que ello comporta. La BGC debe ir siempre asociada a un estudio axilar ecográfico previo. Es una técnica poco agresiva, sin riesgos significativos, pero que debe realizarse por equipos de cirugía y de medicina nuclear bien entrenados, con experiencia demostrada. Excepto en el caso de micrometástasis, si el ganglio centinela está afectado por el tumor, por ahora la actitud más recomendable es completar el vaciado axilar. Si el cáncer de mama está avanzado en el momento del diagnóstico, es muy dudoso que la BGC sea una técnica adecuada. En caso de proponerse un tratamiento de quimioterapia neoadyuvante, parece que la BGC debería practicarse antes de iniciar dicho tratamiento. Si se propone la participación en algún ensayo clínico de BGC, estaría bien participar en el mismo, una vez se hayan explicado en profundidad su alcance y sus objetivos, ya que todavía quedan cuestiones importantes a dilucidar que a la larga podrían beneficiar a futuras pacientes, igual que las pacientes actuales se han beneficiado de ensayos clínicos del pasado. 📌

#### REFERENCIAS

- 1) M Fraile. Biopsia del Ganglio Centinela en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales. Tesis Doctoral 2001. Accesible por internet (<http://www.infodoctor.org/www/meshfe.php?idos=31647>).
- 2) Fraile M et al. Sentinel node biopsy as a practical alternative to axillary lymph node dissection in breast cancer patients: An approach to its validity. *Annals of Oncology* 2000;11:701-705.
- 3) Reintgen D et al. The orderly progression of melanoma nodal metastases. *Ann Surg.* 1994;220:759-67.
- 4) Cabañas L et al. ¿Podemos obviar la linfadenectomía axilar en el cáncer infiltrante de mama? Avancemos pero con rigor. *Rev Esp Senología y Patol Mamaría* 2011;24:81-83.





## ALTERNATIVAS A LA POSTICERÍA: GORROS Y PAÑUELOS

Dña. Ángela Navarro

Uno de los efectos secundarios más comunes de los tratamientos de quimioterapia es la pérdida de cabello, pudiendo ser esta localizada (en una zona concreta), difusa (pérdida generalizada de cabello o debilitamiento del mismo) o total.

Es importante comentar que no todos los tratamientos producen los mismos efectos secundarios ni en el mismo grado, pudiendo darse el caso de que dos personas con el mismo tratamiento, a una se le caiga el pelo y a otra no.

En la actualidad, hay muchas soluciones a nivel estético para poder paliar la alopecia. Cosméticamente no podemos hacer nada, ya que la pérdida de cabello se produce por la acción de los fármacos del tratamiento oncológico en el organismo, pero podemos pasar este proceso y proteger nuestra cabeza con diferentes elementos.

La solución más conocida para esta problemática son las pelucas, de pelo natural o sintético, de las que actualmente hay una amplia oferta en el mercado, pero existen algunos pacientes que no se sienten cómodos con el uso de pelucas o apliques capilares o que,

temporalmente, quieren descansar de su uso continuado o tener una opción para cuando están lavando la peluca no tener el cuero cabelludo al descubierto.

Para estos casos, el uso de pañuelos especiales para pacientes oncológicos evita que, si no lo desean, muestren su cabeza sin pelo, cambien un poco el estilo y, a la vez, protejan el cuero cabelludo de los agentes externos como el frío o las radiaciones solares.

### TIPOS DE PAÑUELOS

Existen diferentes tipos de pañuelos:

- Pañuelo de cuatro puntas.
- Pañuelo tipo de pirata.
- Pañoleta de tres puntas con un gorrito incorporado que protege mejor todo el cuero cabelludo, da volumen al cráneo y evita que éste quede al descubierto si se levanta el pañuelo por un golpe de viento.
- Turbante de algodón elástico (fácil de colocar).
- Gorro sencillo.
- Gorro sencillo con fular enganchado en la parte de detrás para colocarlo como más favorezca a la persona (enrollado, suelto...) y combinarlo con la ropa que lleve puesta.



### MATERIALES DE CONFECCIÓN

La mayoría de estos gorros están fabricados en algodón 100%, aunque llevan también fibras elásticas para mayor comodidad y sujeción. En la actualidad existen alternativas como los tejidos de fibra de soja, con filtros UVA, etc...

Los tejidos naturales son los más recomendables para que la paciente use en casa, ya que permiten que su cuero cabelludo respire mejor.

Existen distintos materiales como la lycra, la seda, gasa o viscosa que ofrecen otras posibilidades y otros acabados más atractivos para salir a la calle, pero el interior, la parte que esté en contacto con el cuero cabelludo, debe estar elaborado con tejidos naturales.

Se debe intentar que todos los gorros (tanto los de algodón como los del resto de materiales) tengan las mínimas costuras posibles en su interior para evitar rozaduras en el cuero cabelludo por el uso continuado.

### ESTÉTICA

Los beneficios de los pañuelos son numerosos: en verano, dan menos calor y son menos pesados (según el tipo de tejido) que las pelucas; no necesitan un mantenimiento especial y podemos combinarlos con nuestra ropa potenciando nuestro estilismo.



Si queremos evitar la sensación de llevar el pañuelo pegado a la cabeza, hay modelos que tienen fruncidos y pliegues que van a ayudar a dar la sensación de volumen interior, por lo que la alopecia no se hace tan evidente.

Los gorros y los pañuelos se pueden convertir en el aliado esencial de nuestra ropa, tanto en invierno como en verano.

También son un complemento muy a tener en cuenta para adolescentes, ya que muchas veces, los diseños de las pelucas no les encajan y con esta solución podemos encontrar una estética más juvenil acorde con su imagen, además de la ventaja que supone a estas edades poder cambiar continuamente de estilo, cosa que no sería posible con las pelucas.

### COMPLEMENTOS

En la actualidad, existe la posibilidad de coser franjas de pelo a todos estos pañuelos tanto en la zona de la nuca como en la de la frente y las patillas para que hagan el efecto del cabello natural debajo de los mismos.

Se puede escoger el color y la textura del pelo para que resulte más favorecedor a la cara del paciente, utilizar diferentes tipos de flequillo, etc... combinando estos elementos tendremos una variedad infinita de imágenes entre las que elegir.

También se pueden fabricar unas diademas de tela que llevan incorporados el flequillo, las patillas y la nuca. Se utilizan como base y permiten al paciente cambiar de pañuelo según el modelo que prefiera utilizar en cada momento, para que le sea más fácil combinarlo con la ropa que lleve cada día.

Asimismo se pueden usar los pañuelos como complemento de la peluca, para mayor seguridad y sujeción de la misma.

Es importante destacar como conclusión que, en la actualidad no es necesario limitar la solución de la alopecia a el uso de la peluca: cada vez los diseños de los pañuelos son más favorecedores y se está estudiando sobre los patrones y tejidos más confortables y eficaces para estos momentos en los que nos encontramos sin pelo. 



## EL SILENCIO DE LOS NIÑOS: Como comunicarse con los hijos adolescentes sobre la enfermedad de sus madres.

Dra. Sónia Fuentes

La adolescencia es la etapa de la vida que permite pasar de la infancia a la vida adulta. Si ya de por sí es un momento vital complejo por todos los cambios sucesivos que supone (físicos, psicológicos y sociales), más difícil puede resultar, al tener que vivir una dificultad relacionada con la salud de uno de los progenitores; en este caso, el cáncer de mama.

Como ya resaltamos en un artículo anterior, dirigido a mujeres con cáncer de mama madres de niños pequeños, una de las principales preocupaciones en el momento del diagnóstico de estas mujeres era el como comunicarse y relacionarse con sus hijos (Fuentes y Blasco, 2010) tras confirmarse la enfermedad. Esta preocupación y angustia expresada como prioritaria por muchas pacientes, hace necesario generar pautas concretas sobre un adecuado manejo de la comunicación sobre la enfermedad, que facilite el diálogo con los hijos adolescentes (Forrest et al., 2009).

Así como gran cantidad de mamás suelen sobreproteger a sus niños más pequeños del nuevo diagnóstico, la mayor

parte de madres con hijos adolescentes suelen abordar el tema con ellos, muy frecuentemente, esperando que reaccionen como adultos, que todavía no son.

*El tener la madre diagnosticada de cáncer de mama, puede hacer sentir al adolescente, distinto, diferente, y no permitirse el sentirse "camuflado" entre los suyos. Este echo puede llegar a angustiarse tanto que afronte la situación con comportamientos "negadores"*

No debemos olvidar que en la adolescencia se inicia ese distanciamiento necesario de la familia de origen, en búsqueda de la propia identidad. El joven adolescente lo que desea es el encuentro entre iguales, y normalmente lo lleva a cabo, mediante conductas de imitación muy externas (jerga, lenguaje modificado, comportamientos peculiares en el vestir: ropa, piercings, tatoos, tintes,

extravagancias, etc.), que le faciliten el sentirse integrado, el formar parte de un grupo. El adolescente no quiere ser distinto a sus amigos, pero necesita ser diferente de su familia y, de algún modo, del resto de la sociedad.

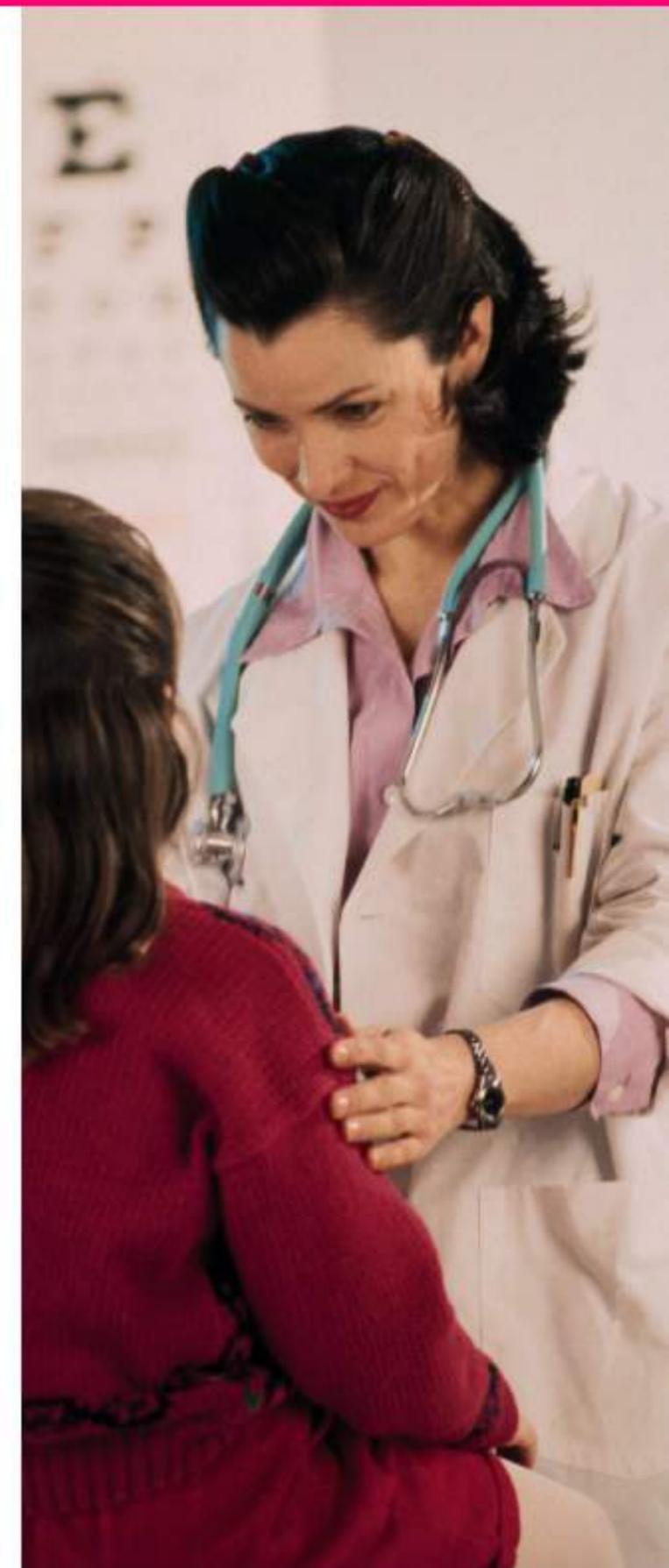
El tener la madre diagnosticada de cáncer de mama, lo puede hacer sentir distinto, diferente, y no permitirse el sentirse "camuflado" entre los suyos. Este hecho puede llegar a angustiarse tanto que afronte la situación con comportamientos "negadores", comportándose en su entorno familiar como "si nada pasara...".

*Si nos encontramos ante un adolescente "cerrado", es conveniente y sano mostrarle confianza, seguridad y mostramos "abiertos"...*

En estos casos, es aconsejable que, tanto la madre afectada como el resto de familiares mantengan el proceso de comunicación abierto y no dejen de informar de las dinámicas ("mañana no estaré al mediodía por que me toca la quimio...", el jueves vendrá la tía a ayudarnos con las comidas ya que me es difícil tolerar los olores de las comidas desde que hago la quimio...", "mañana tengo visita con la oncóloga.", "ya tenemos los resultados del scanner...", etc...), de esta forma, si el adolescente desea, en algún momento incorporarse a la situación de una forma más directa, sabe que su madre, es abordable; dicho en otras palabras, "que está la puerta abierta."

Si nos encontramos ante un adolescente "cerrado", es conveniente y sano mostrarle confianza, seguridad y mostrarnos "abiertos", de esta forma sabe que, de alguna manera sus personas más queridas, su familia, están cerca para lo que necesite, ya que le demuestran que se mantienen a su alcance.

*Podemos encontrar a chicos adolescentes que cuidan y regañan a sus madres convalecientes como si fueran niñas... y no se trata de eso... Los hijos tengan la edad que tengan, son hijos siempre, y jamás debe perderse la relación paterno-filial.*



A menudo, también podemos encontrarnos ante adolescentes muy sobreprotectores hacia sus madres enfermas. En un primer momento este comportamiento "cuidador" y responsable puede gustar... pero se debe tener cuidado, ya que es fácil la inversión de rol del adolescente con el del adulto.

Así podemos encontrar a chicos adolescentes que cuidan y regañan a sus madres convalecientes como si fueran niñas... y no se trata de eso... Los hijos tengan la edad que tengan, son hijos siempre, y jamás debe perderse la relación paterno-filial.

### Intervención Psicológica:

- Facilitar pautas que ayuden a la paciente y a sus personas referentes, el comunicar a los hijos la nueva situación de enfermedad, de forma sencilla y progresiva (es importante tener en cuenta a la pareja si la hay, o a otros miembros de la familia, y valorar si es posible abordar estos temas de forma conjunta).
- Permitir y fomentar la expresión de emociones (miedo, rabia, tristeza, vergüenza, rechazo...).
- Continuar instaurando límites y pautas a los adolescentes (horarios, estudios, deberes, salidas, etc.), como siempre se ha realizado en la familia.
- Hacer participe de la experiencia a los hijos, por ejemplo:
- Facilitar la aproximación a la enfermedad a través del diálogo, sin olvidar que los hijos adolescentes no son adultos y tienen sus propias necesidades.
- Informándoles de que la madre estará ingresada en el hospital, permitiendo la visita de los chicos al centro de salud, fomentando la colaboración en los ratos de compañía, comidas, etc...

Como hemos visto, uno de los principales problemas que podemos encontrarnos con los adolescentes, ante estas situaciones de enfermedad, es que magnifiquen y/o minimicen sus emociones y sentimientos al máximo...

- Permitiendo que acompañen a la madre a cortarse, el pelo, a raparse o a escoger la peluca, antes de la aparición de la alopecia (o bien generando que la acompañen a escoger unos pañuelos o gorros para cubrirse, etc.), así como también fomentar el acompañamiento al hospital de día para realizar alguno de sus tratamientos (quimioterapia, analíticas...)
- Explicar a priori, que la madre puede presentar malestar físico durante unos días, para tras ellos, sentirse un poco mejor, atribuyéndolo al tratamiento oncológico.
- Intentar mantener las rutinas diarias (horarios, actividades, etc.).

No olvidemos compartir con humildad y desde la mayor proximidad posible, las dificultades de la vida con los hijos. La enfermedad crónica como situación vital que es, puede ser una nueva dificultad pero también una gran oportunidad para evolucionar juntos.

- Estar atentos a las señales que emiten los adolescentes (silencios, discusiones, conductas con el grupo de iguales, ausencias).
- Contactar con el instituto, informando al tutor de la actual situación (los hijos pasan gran parte del día en el instituto, y este es el lugar en el cual puede ser más fácil detectar cualquier comportamiento anómalo e incluso facilitarles una gran ayuda, por parte de profesionales especializados) (Vannatta et al., 2008).

Como hemos visto, uno de los principales problemas que podemos encontrarnos con los adolescentes, ante estas situaciones de enfermedad, es que, magnifiquen y/o minimicen sus emociones y sentimientos al máximo, llegando a sentirse totalmente excluidos de sus familias si no se les comunica la situación de enfermedad y se les permite vivirla con los suyos (Vida et al., 2009).

No olvidemos compartir con humildad y desde la mayor proximidad posible, las dificultades de la vida con los hijos. La enfermedad crónica como situación vital que es, puede ser una nueva dificultad pero también una gran oportunidad para evolucionar juntos. 🌱

### Bibliografía:

- Fuentes y Blasco.(2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. Psicooncología. Vol.7, Núm 1, pp. 51-60.
- Forrest, G. et al. (2009). Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer. Psycho-Oncology 18: 96-103.
- Vannatta et al.(2008). Impact of maternal breast cancer on the peer interactions of children at school. Psycho-Oncology 17: 252-259.
- Vida et al. (2009). How children cope when a parent has advanced cancer. Psycho-Oncology 18: 886-892.





## EL INVIERNO TAMBIÉN ES TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA AL AIRE LIBRE

Dña. Carmè García Rigau

Llega el invierno, hace frío, llueve a menudo y los días son más cortos. Los resfriados y las gripes acechan y, como paciente de cáncer de mama, debes tener especial precaución. Sin embargo, ¿significa eso que debes resignarte a quedarte en casa? ¿Es realmente eso lo más saludable? Claramente no. Necesitas, como el resto del año, actividad física, aire libre y rayos de sol para sentirte bien.

Está claro que no conviene empaparse con la lluvia ni salir en plena nevada, pero en invierno también hay días soleados. Y ese sol de invierno, quizás por ser menos habitual y porque hace frío, es muy reconfortante. Así que, aprovechemos esos valiosos y dulces rayos de sol invernal, y salgamos a disfrutar del hermoso mundo que nos rodea.

El invierno nos regala unos paisajes maravillosos: cumbres nevadas, bosques silenciosos salpicados de brillante escarcha, atardeceres espectaculares con nubes de todas las formas... Esos paisajes están ahí también para ti, para que te acerques y los vivas. Hay muchísimas actividades al aire libre para practicar en invierno. Vamos a ver cuáles son adecuadas para ti.

Los deportes estrella del invierno son los deportes de

nieve. Desafortunadamente, algunos de ellos no son adecuados para pacientes de cáncer de mama, ya que entrañan un riesgo considerable de golpes y caídas. Así que, de momento, descartaremos el esquí alpino y el snow board. En cuanto al esquí de fondo, mucho más seguro y tranquilo, puede no ser aconsejable, ya que se utilizan los brazos para impulsarse, y ese movimiento enérgico y constante del hombro puede causar molestias y problemas con el linfedema. Dicho esto, vamos a ver algunas de las actividades que sí podemos practicar.

### PASEO CON RAQUETAS DE NIEVE

Las raquetas de nieve son unos utensilios que ya usaban nuestros antepasados hace miles años para andar por la nieve, y que nos permiten disfrutar de la naturaleza nevada de una forma sencilla. Son como unos pies de gigante que se acoplan a las botas de montaña y nos permiten desplazarnos por la nieve sin hundirnos, ya que al tener una superficie mayor que la de nuestros pies nuestro peso se distribuye.

Al tratarse de andar, el uso de las raquetas no requiere una preparación específica. Es una actividad divertida para

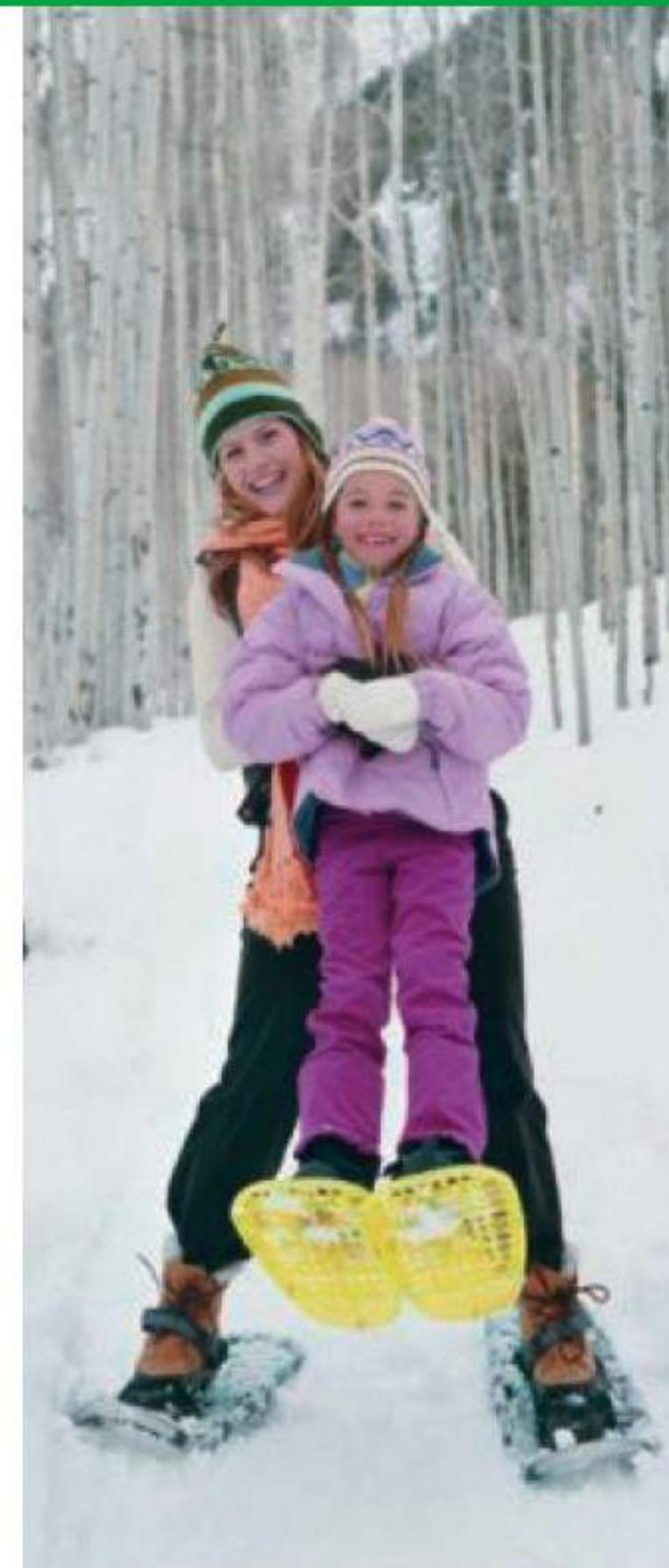
toda familia, niños incluidos (a partir de 6 años). Pueden disfrutar de ella tanto expertos montañeros como personas sin experiencia en la nieve. Con las raquetas puedes dar un paseo tranquilo por una pista marcada y casi llana, o emprender la ascensión a una cumbre. Dependiendo de tu forma física y experiencia en montaña, debes decidir la dificultad y duración de la ruta. En las excursiones organizadas encontrarás diferentes niveles, y si vais en grupo, el guía adaptará el itinerario a vuestras características.

En invierno, con la ropa adecuada, también puedes salir a caminar. Habrá muchos terrenos impracticables por las nevadas, las torrenteras o los lodazales. Pero seguramente, otros senderos y caminos seguirán perfectamente accesibles.

Caminando con las raquetas de nieve descubrirás parajes maravillosos y disfrutarás plenamente de la naturaleza invernal. Además, estarás haciendo un excelente ejercicio aeróbico que beneficiará tu salud, y limpiarás tu organismo con el aire puro de la montaña.

Eso sí, como en cualquier actividad de montaña hay que respetar unas mínimas medidas de seguridad: salir acompañada, avisar de vuestro recorrido, llevar un teléfono móvil y ropa de abrigo. Lo más recomendable es ir con un guía que conozca bien la zona, y no sólo por seguridad, sino porque podrá llevarte por los lugares más hermosos y de mejor acceso. Para ello se organizan excursiones en muchas de las estaciones de invierno de nuestro país y de Andorra, especialmente en las que se practica el esquí de fondo. Puedes practicar esta actividad en el Pirineo catalán, Pirineo aragonés, Sierra de Madrid, Sierra de Gredos, Soria, Cantabria, Picos de Europa, Sierra Nevada...

**¿QUÉ NECESITO?** Si optas por una excursión organizada, las raquetas las proporcionan los organizadores. Si vas por tu cuenta, las puedes alquilar. Debes llevar botas de montaña, forro polar, chaqueta impermeable, pantalón de nieve o pantalón impermeable, guantes y gorro. No olvides la protección solar para cara y labios, gafas con filtro solar, agua y picnic.



## RUTAS DE TREKKING, CAMINAR POR LA NATURALEZA

En invierno, con la ropa adecuada, también puedes salir a caminar. Habrá muchos terrenos impracticables por las nevadas, las torrenteras o los lodazales. Pero otros senderos y caminos seguirán perfectamente accesibles.

Nuestro país está lleno de rutas pedestres para todos los gustos y dificultades. Hay muchas páginas web, publicaciones y libros en los que te puedes informar. También puedes apuntarte en alguna salida del centro excursionista de tu localidad. Es cierto que los días son más cortos, pero también es cierto que los albergues y alojamientos no están tan llenos y son más económicos, o sea que también hay ventajas.

*Cuando brille el sol de invierno, no lo dudes, sal a su encuentro. Te llenarás de energía vital, de fuerza y de salud. Salir a recibir sus rayos y a hacer un poco de ejercicio te cargará las pilas para afrontar los rigores invernales.*

Eso sí: tanto si vas a caminar por alta montaña como si sales por prados y bosques, debes calcular bien el tiempo y la meteorología, ya que no conviene que te pille una tormenta ni que oscurezca. A continuación presentamos una lista de recomendaciones y precauciones para salir a caminar en invierno:

- Preparar bien la ruta: saber cuántos kilómetros tiene, qué dificultad, y si está en buen estado en ese momento.
- Ver la previsión del tiempo y no salir si va a haber tormenta, o en todo caso, elegir una ruta corta.
- Madrugar para aprovechar las horas de luz y programar el regreso no más tarde de las 15h. Debemos dejar un par de horas de margen antes de que oscurezca, por si nos retrasamos.
- Llevar ropa adecuada: prendas térmicas, chaqueta impermeable, botas de montaña...
- Es recomendable usar uno o dos bastones para andar y no cargar tanto las piernas.

- Llevar picnic y agua, conviene comer y sobre todo hidratarse mucho. Con el frío no se tiene tanta sensación de sed, pero el cuerpo necesita igualmente agua.
- No salir nunca sola y dejar aviso de vuestro itinerario.
- Llevar un teléfono móvil.

## PASEO EN TRINEO DE PERROS: MUSHING

El mushing consiste en el transporte con trineos de nieve tirados por perros. Se trata de un deporte que te acerca a la naturaleza de una forma muy especial. La combinación de los paisajes nevados con el trato con estos hermosos perros (de raza Husky o Alaska) lo convierte en una experiencia única.

En varios puntos de Andorra y del Pirineo ofrecen la posibilidad de dar un paseo en trineo de perros. Es una actividad sin riesgo, muy divertida y agradable. Los trineos de paseo tienen capacidad para 2 o 3 personas. Irás sentada en el trineo junto a tu acompañante. El guía y conductor se colocará detrás del trineo, de pie, y desde allí dirigirá a los perros. Para que te hagas una idea, un recorrido de 1,5km dura unos 15 minutos, aunque esto varía en función del estado de la nieve y de la forma física de los perros. No temas que no se alcanzan grandes velocidades, pero si los perros y la nieve permiten correr un poco, la actividad es más divertida.

En algunas estaciones también te dan la opción de conducir tú el trineo. Si te atreves a experimentar esta emocionante sensación, te asignarán un trineo individual

tirado por 3 o 5 perros. El guía y profesor te explicará todo lo que necesitas saber para emprender esta pequeña aventura y se situará a tu lado con su propio trineo durante todo el recorrido, dándote las instrucciones necesarias para que puedas guiar correctamente a los perros que tiran de tu trineo.

Estas son algunas ideas para que disfrutes del invierno. Pero no hace falta ir a las montañas: si vives en la costa, te puedes deleitar caminando por la playa; si vives en una

ciudad, seguro que tienes un precioso parque a mano para salir a hacer un poco de ejercicio. Probablemente no podrás salir a caminar todos los días, a causa del mal tiempo. Pero cuando brille el delicioso sol de invierno, no lo dudes, sal a su encuentro. Te llenarás de energía vital, de fuerza y de salud. Salir a recibir sus rayos y a hacer un poco de ejercicio te cargará las pilas para afrontar los rigores invernales. 





## RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: INMEDIATA O DIFERIDA

Dra. María Julia Giménez Climent

En el momento actual la cirugía conservadora es el tratamiento de elección en casi el 80% de las pacientes. Pero todavía existen indicaciones para la mastectomía, intervención quirúrgica que va a suponer un trauma en el orden psíquico y físico de la mujer al verse privada del seno. La pérdida de la autoestima y la percepción distorsionada de la propia imagen son comunes en las pacientes mastectomizadas y, los cambios físicos van a agravar los trastornos emocionales y psicológicos derivados de la presencia de la enfermedad. La posibilidad de reconstrucción debe ser expuesta cuando se informa en el preoperatorio de la posible mastectomía porque la situación local de la enfermedad no es la adecuada para un tratamiento conservador.

La reconstrucción postmastectomía (RPM) es el conjunto de técnicas quirúrgicas para la restitución de la mama. La RPM tiene como objetivo ideal conseguir una mama con buen volumen, consistencia, homogeneidad, elasticidad y simetría en una sola operación. Esto no siempre es posible, siendo generalmente necesarias más de una intervención para obtener un resultado estético adecuado.

El planteamiento de una RPM debe tener en cuenta una serie de condicionantes: es importante valorar por qué se

ha optado por una mastectomía para poder decidir el momento adecuado de la RPM y la técnica quirúrgica con la que se va a realizar, así como valorar la necesidad o no de intervenir la segunda mama para conseguir una simetría adecuada.

La mastectomía puede estar indicada, tanto como cirugía profiláctica en casos de alto riesgo, como en estadios iniciales o avanzados de la enfermedad, lo cual condicionará la reconstrucción en el mismo acto quirúrgico o de forma diferida. En cualquier caso, la RPM no debe interferir ni retardar los tratamientos adyuvantes que siguen a la cirugía.

La **RPM inmediata** es aquella que se efectúa en el momento de la mastectomía y la diferida, la que se realiza con posterioridad. La selección de las pacientes es básica para decidir el momento a partir del cual se puede reconstruir.

Podría efectuarse de forma inmediata en los casos en que precisen o deseen mastectomía en tumores pequeños sin afectación axilar, en los carcinomas ductales no infiltrantes que por su extensión precisen mastectomía y en caso de cirugía de reducción de riesgo.

### TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN POSTMASTECTOMIA

El procedimiento ideal es aquel que proporciona un buen volumen, consistencia, homogeneidad, movilidad y elasticidad en una sola intervención, que es técnicamente fácil, con pocas secuelas en el área dadora, y deja una buena simetría corporal.

### RECONSTRUCCIÓN CON IMPLANTES PROTÉSICOS.

#### Tipos de implantes

Existen tres tipos diferentes de implantes protésicos en el mercado:

- Prótesis definitivas de gel cohesivo.
- Expansores tisulares anatómicos temporales o definitivos de doble lumen tipo Becker.
- Prótesis definitivas de suero fisiológico.

#### Técnica quirúrgica

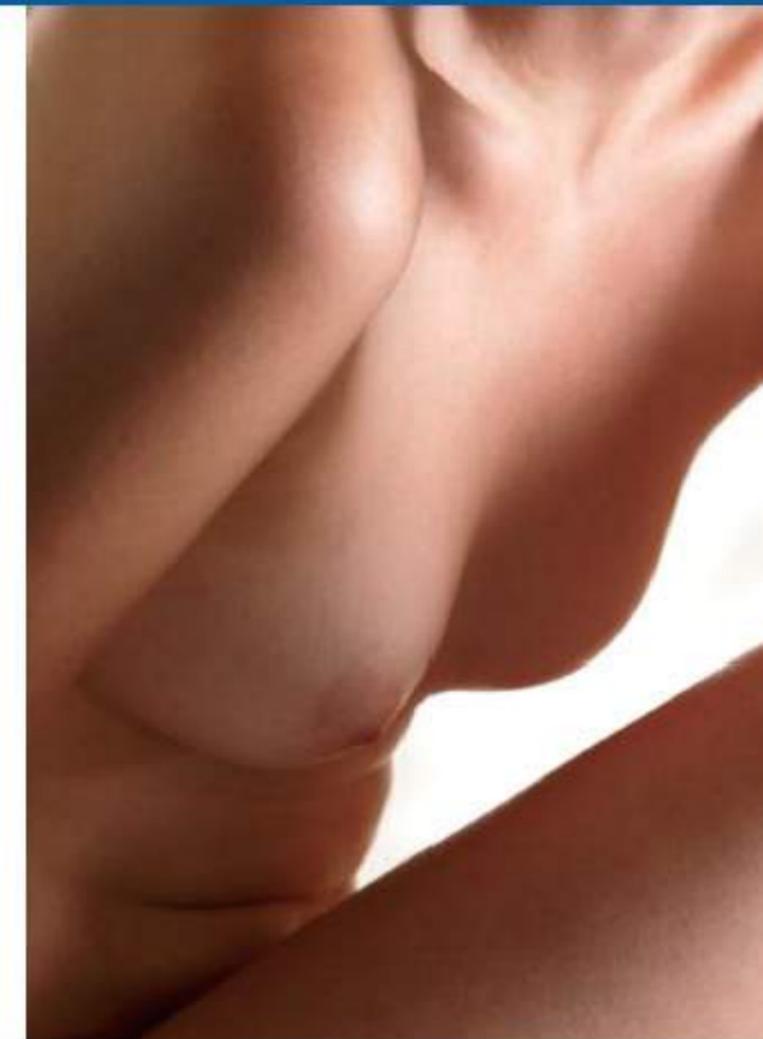
La técnica consiste en la inserción de un implante protésico en la zona de la mastectomía, ubicado en el área retropectoral. La elección de expansor tisular o prótesis definitiva dependerá de las características de cada paciente.

Puede realizarse con apoyo endoscópico en los implantes directos con una incisión mínima, lo que supone una técnica menos invasiva.

La paciente ideal para la reconstrucción directa mediante prótesis de gel cohesivo es aquella con indicación de cirugía de reducción de riesgo uni o bilateral (Figura 1).

Estos implantes también pueden estar indicados en mastectomías ahorradoras de piel con segunda mama de pequeño tamaño.

La paciente ideal para la reconstrucción inmediata mediante expansor es la que ha sido intervenida en estadios iniciales sin previsión de radioterapia posterior, con segunda mama de tamaño moderado y sin ptosis y musculatura pectoral íntegra. En un segundo tiempo se



sustituirá el expansor por una prótesis definitiva de gel cohesivo.

Los implantes de suero fisiológico tienen utilidad para completar el volumen de la mama reconstruida mediante colgajos autólogos y para conseguir la simetría de volumen de la segunda mama.

#### Indicaciones

- Paciente con índice de masa corporal normal.
- El tamaño de la segunda mama debe ser de pequeño a moderado y con poca ptosis, de lo contrario precisará actuación sobre la misma para conseguir la simetría adecuada.
- Buena calidad de la cobertura y del tejido celular subcutáneo.
- Integridad de la musculatura pectoral.

## RECONSTRUCCIÓN MEDIANTE TEJIDO AUTÓLOGO

En los casos en los que la paciente ha sido tratada con radioterapia previa y en los que no exista posibilidad de cobertura local muscular para el implante, es preferible utilizar una plastia miocutánea o bien un colgajo microquirúrgico.

Para la utilización de estas técnicas es necesario tener en cuenta: la constitución de la paciente, distribución de la grasa, presencia de cicatrices previas, enfermedades asociadas ó hábitos tóxicos (tabaquismo) y también sus expectativas respecto a resultados a obtener, posibles complicaciones y presencia de cicatrices.

## SIMETRÍA DE SEGUNDA MAMA

La segunda mama debe considerarse en el plan inicial de la reconstrucción para garantizar un resultado simétrico. La selección de la técnica quirúrgica está influida por el estatus oncológico y la apariencia de la mama tratada.

La intervención de la segunda mama puede plantearse solo por motivos estéticos o bien como cirugía de reducción de riesgo (cirugía profiláctica). En el primer caso para conseguir una buena simetría con la mama tratada, puede optarse por una mamoplastia de aumento o

de reducción con o sin mastopexia. En caso de cirugía profiláctica, la reconstrucción mediante prótesis directa es la técnica más empleada.

## RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO ARÉOLA-PEZÓN (CAP)

La reconstrucción de la areola debe diferirse hasta que la mama reconstruida ha alcanzado su forma final y presenta simetría respecto a la contralateral (entre los 3-6 meses). El objetivo es conseguir una zona pigmentada lo más parecida a la mama contralateral, para lo cual existen distintas técnicas que van desde la realización de autoinjertos de zonas de mayor pigmentación (pliegue inguinal, areola contralateral...), hasta el tatuaje.

La reconstrucción del pezón se puede realizar con distintas técnicas que se pueden resumir en dos modalidades: autoinjertos del pezón contralateral y colgajos sobre la propia zona areolar.

## RECONSTRUCCIÓN POSTMASTECTOMIA Y RADIOTERAPIA (RT).

El aumento de equipos quirúrgicos que realizan la RPM de forma inmediata ha propiciado que esta circunstancia se de con cierta frecuencia. Es preciso señalar el hecho que

desde el punto de vista oncológico, no existe ninguna incompatibilidad entre la RPM y la RT, siendo recomendable estudiar y optimizar la secuencia terapéutica más idónea entre ambos tratamientos.

Numerosos estudios han demostrado la inocuidad oncológica de la reconstrucción inmediata en el sentido de iguales tasas de supervivencia, intervalo libre de enfermedad y control local, observándose que no hay un aumento de las recidivas locales ni una mayor dificultad en su detección.

No existe ninguna evidencia de que la eficacia oncológica de la irradiación, tanto a nivel de colgajos dérmicos como sobre las áreas ganglionares, esté disminuida por la presencia de un expansor o de una prótesis. Esto supone que, incluso en los casos en que la paciente sea portadora de una prótesis de aumento por razones estéticas colocada antes de contraer la enfermedad, ésta debe respetarse, tanto si se opta por un tratamiento conservador (en el que siempre precisará de RT) como por una mastectomía radical, ya que supondría tener realizado el primer tiempo de la RPM.

Algunas publicaciones indican que solamente se produce un discreto aumento de la radiación (dosimétricamente medida) en la periferia del portal metálico del expansor, pero que no se reproduce en el resto de la superficie del mismo, por lo que no existe contraindicación en su colocación, aunque la paciente tenga que irradiarse posteriormente.

Por el contrario, el número de complicaciones de tipo estético aumenta cuando se administra RT después de una RPM inmediata con expansor o con prótesis. Se produce un cierto deterioro fundamentalmente por contractura capsular por fibrosis. La incidencia de estas complicaciones es mayor si la reconstrucción se ha realizado con prótesis expansiva, que pueden inducir importantes contracturas capsulares con asimetrías e incluso llegar a las necrosis cutáneas con extrusión del implante.

Como el hecho de darle volumen al expansor se logra a base de inyectar suero fisiológico de forma cíclica, la distensibilidad de la piel es un factor fundamental para albergar un cuerpo extraño como es el implante que, además de proporcionar volumetría a la zona, se proyecta sobre la piel que la recubre. Por ello en los casos de reconstrucción diferida en que ya se ha irradiado, es

preferible recurrir a una plastia musculocutánea de vecindad, que proporciona tejido sano y que puede albergar una prótesis. Que el implante sea o no de gel de silicona, tiene las mismas connotaciones que cuando se utiliza con otra indicación.

Una secuencia recomendable tras la colocación de un expansor, si necesita quimioterapia y RT adyuvantes, es el cambiar el expansor por la prótesis definitiva antes de comenzar la irradiación, con lo que se evita la manipulación plástica de los tejidos irradiados. Esto, no obstante, no se puede evitar cuando se irradia tras la cirugía.

Otra alternativa es que, cuando se ha colocado un expansor y hay necesidad de RT, se puede irradiar con el expansor lleno para evitar retracciones de la piel y posibilitar un llenado "extra" una vez finalizada la RT. El expansor se cambiará por una prótesis definitiva posteriormente.

Por ello, y únicamente en base a estas posibles complicaciones de tipo estético, se desaconseja el uso de expansores-prótesis en mujeres en que se conozca de antemano la necesidad de ser tratadas con RT adyuvante.

No ocurre lo mismo en el caso de reconstrucción inmediata con plastias musculocutáneas en los que, la radioterapia, aunque puede aumentar las complicaciones, lo hace en menor medida<sup>6</sup>. La irradiación de las mismas es posible aún a dosis de 60 Gy sin complicaciones estéticas mayores y sin que se enmascare el diagnóstico de una posible recidiva local. A pesar de ello no hay suficiente evidencia científica para emitir recomendaciones demasiado estrictas.

No existe contraindicación de reconstrucción post-mastectomía, ya sea con expansores o implantes directos, en pacientes que con anterioridad a su diagnóstico por cáncer de mama, hayan sido tratados por enfermedad de Hodgkin con radioterapia con la técnica de mantle.

En general los resultados estéticos tras la RPM son excelentes, no influyen en el control local de la enfermedad y, cuando se comparan las pacientes irradiadas con las no irradiadas, siempre hay un cierto deterioro estético en las que han recibido RT, ya estén reconstruidas con expansores como con plastias musculocutáneas. 





## TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN ESTADIOS PRECOCES

Dr. Pedro Sánchez Rovira, Dña. Mónica Fernández Navarro, Dña. Capilla de la Torre Cabrera

La terapia sistémica en el cáncer de mama, ya sea de forma previa o con posterioridad al tratamiento quirúrgico ha experimentado grandes avances durante los últimos años. Estos avances, junto con el impacto de las campañas de diagnóstico de precoz, ha posibilitado un aumento en la supervivencia.

El mejor conocimiento de los mecanismos moleculares involucrados en el desarrollo del cáncer ha llevado a la identificación de nuevas dianas. Las terapias biológicas que se enmarcan en este contexto incluyen un número cada vez mayor de fármacos que pretenden bloquear las vías de traducción de señales responsables no solo de los mecanismos de proliferación y crecimiento celular, sino también en vías como el crecimiento de los vasos sanguíneos tumorales.

Algunos de estos fármacos y su lugar de acción se muestran en la figura 1 y figura 2. Muchos de ellos se han utilizado en enfermedad avanzada.

- Fármacos que actúan frente al receptor de crecimiento epidérmico EGFR o HER2 como cetuximab, gefitinib, erlotinib o trastuzumab. También podríamos incluir en este grupo TDM1, lapatinib, pertuzumab o neratinib.

- Fármacos que actúan inhibiendo la formación de vasos sanguíneos como bevacizumab, aflibercept, sunitinib, sorafenib o axitinib entre otros.

- Tipifarnib o everolimus que actúan en vías como RAS/MEK/ERK o mTOR.

- Inhibidores de PARP como inhiaripib u olaparib

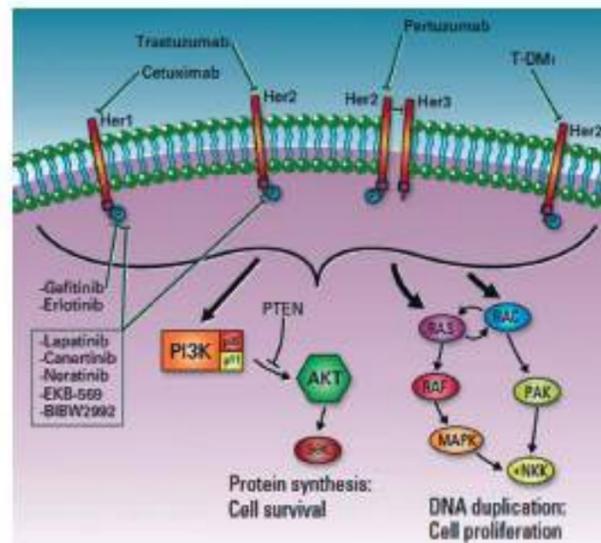


Figura 1

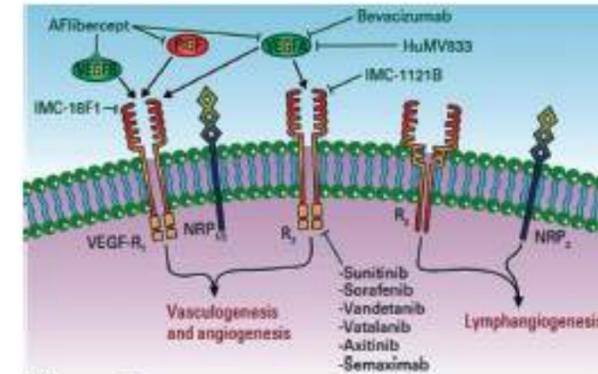


Figura 2

Sin embargo, a pesar de este progreso, un número significativo de pacientes todavía recae después del tratamiento inicial. Se requiere un conocimiento más profundo de la biología del cáncer de mama para desarrollar nuevas estrategias terapéuticas que aumenten la eficacia de nuestro actual arsenal terapéutico. Su empleo en etapas más precoces de la enfermedad puede constituir una excelente vía para continuar mejorando las expectativas de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. A continuación se detallan algunos de los fármacos en etapas más avanzadas de desarrollo.

### Trastuzumab

El gen HER2 es el responsable de la codificación de un receptor proteico transmembrana que es un miembro de la

familia EGFR o HER. El estudio de esta nueva vía ha permitido el desarrollo de trastuzumab, un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra la porción extracelular del HER2. La unión del trastuzumab al dominio extracelular de las células del cáncer de mama inicia un proceso de citotoxicidad dependiente del anticuerpo e inactiva la cascada intracelular de traducción de señales, la cual permite detener el ciclo celular y conducir a la apoptosis o muerte celular.

Trastuzumab fue aprobado por la FDA en 1998 para su uso en el cáncer de mama metastásico, donde mostró una mejoría en las tasas de respuesta, tiempo hasta la progresión, y supervivencia global. Basándose en el beneficio clínico que se observó en la enfermedad metastásica, se han llevado a cabo grandes estudios prospectivos aleatorizados para evaluar la eficacia y seguridad del trastuzumab administrado conjuntamente con la quimioterapia estándar en adyuvancia. (tabla 1)

En este sentido dentro de GEICAM, acorde con su compromiso con la investigación en el cáncer de mama, se están desarrollando varios estudios que permitirán confirmar el efecto de algunos de estos fármacos.

Estos ensayos reclutaron pacientes con HER2 positivo (3+ IHQ o FISH +), ganglios positivos o alto riesgo, ganglios negativos, estadios tempranos de cáncer de mama

Estudio	Nº de pacientes	Mediana de seguimiento	Supervivencia libre de enfermedad	Supervivencia Global
NSABP B-31 y NCCTG N9831	3351	2.9 años	Brazo control, 73.1%, Brazo H 85.9% HR, 0.49; P<0001	Brazo control, 89.4%, Brazo H 92.6% HR, 0.63; P=0004
HERA (Brazo de 1 año)	3401	23.5 meses	Brazo control, 74.3%, Brazo H 80.6% HR, 0.64; P<0001	Brazo control, 89.7%, Brazo H 92.4% HR, 0.66; P=0115
BCIRG 006	3222	65 meses	Brazo control, 75%, Brazo AC_DH 84% HR, 0.64; P<0001; Brazo CD_H, 81% HR, 0.75, P=04	Brazo control, 87%, Brazo AC_DH, 92% HR, 0.63; P<001; Brazo CD_H, 91% HR, 0.77; P= 038

Tabla 1

seguidos de cirugía. El principal objetivo de estos ensayos era Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE) y como objetivo secundario la supervivencia global. La adición de trastuzumab a la quimioterapia adyuvante se tradujo en una importante mejora de la SLE y de la supervivencia global en los cuatro ensayos. Una enmienda en los protocolos NSABP B-31 y NCCTG permitió que los datos de los dos ensayos pudieran ser revisados en un análisis conjunto. En este análisis se encontró un beneficio en la SLE del 52% (HR, 0.49;  $P > .0001$ ). En el HERA hubo una demostrable mejoría en la SLE del 36% (HR, 0.64;  $P > .0001$ ) con la adición de trastuzumab. En el tercer análisis intermedio del BCIRG 006, también presentado recientemente en el SABCS de 2009, trastuzumab permite una mejoría en la SLE del 36% ( $P > .0001$ ) para régimen que contenían antraciclinas y del 25% ( $P = .04$ ) para los regímenes que no contenían antraciclinas. Es importante comentar que el beneficio en la SLE se observó en todos los subgrupos de pacientes.

Por lo que respecta a la supervivencia, en el análisis a los cuatro años de seguimiento para los estudios NSABP B-31 y NCCTG, hubo un beneficio demostrable en la supervivencia global del 35% (HR, 0.65;  $P = .007$ ). También se demostró un aumento de la supervivencia global en el análisis del estudio HERA (34%; HR, 0.66;  $P = .0115$ ).

En todos estos ensayos, el trastuzumab es generalmente bien tolerado. La función cardíaca fue monitorizada de manera estricta como dato previo en los casos de metástasis, demostrándose un aumento de fallo cardíaco sintomático en un porcentaje pequeño de pacientes que recibieron trastuzumab. Como la incidencia de fallo cardíaco parece estar correlacionado con el uso de antraciclinas, el trastuzumab no se administró concomitante con Antraciclinas (AC) en ningún ensayo de adyuvancia. La incidencia acumulada de fallo cardíaco o de muertes relacionadas con patología cardíaca en estos ensayos fue menor que el corte de seguridad predeterminado del 4%. Los factores relacionados con el aumento del riesgo de eventos cardíacos, incluyendo fallo cardíaco sintomático y muerte, incluyen edad avanzada, tratamiento con antihipertensivos concomitante o previo y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) baja previa al tratamiento. Al contrario que las antraciclinas, la disfunción cardíaca inducida por el trastuzumab no parece estar relacionada con la dosis, y con frecuencia es reversible si se suspende al tratamiento. En la Tabla 1 se resumen los estudios con trastuzumab en cáncer de mama precoz.

Aunque la adición de trastuzumab en la quimioterapia adyuvante ha tenido un gran impacto en la respuesta de las pacientes con tumores HER2 positivos, muchas preguntas permanecen sin contestar, y todavía existe un porcentaje de pacientes, afortunadamente cada vez menor, que recaen. Por ello se están desarrollando nuevas estrategias y nuevos fármacos en este ámbito.

Recientemente, lapatinib, un inhibidor TK con dianas HER1 y HER2 ha sido aprobado para la enfermedad metastásica en combinación con capecitabina. La combinación de lapatinib y trastuzumab ha demostrado ser sinérgico y bien tolerada en la enfermedad metastásica. Se espera que la combinación de trastuzumab y lapatinib aumentará la eficacia en adyuvancia. ALTTO (Adjuvant Lapatinib and/or Trastuzumab Treatment Optimization), un gran ensayo multicéntrico fase III intenta responder esta cuestión.

Otros estudios en marcha evalúan la eficacia de *TDM-1*, *neratinib* o *pertuzumab* entre otros.



### Bevacizumab

Se han acumulado evidencias que apoyan el papel de la angiogénesis en la progresión de distintos tumores, incluido el cáncer de mama. Podría decirse que el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) es el péptido proangiogénico más potente, y su estimulación provoca la proliferación endotelial, y por tanto de nuevos vasos necesarios para el crecimiento tumoral. Los efectos del VEGF están mediados por su unión a uno de los tres receptores endoteliales conocidos: VEGF-1, VEGF-2 y VEGF-3. Bevacizumab es un anticuerpo para VEGF ha sido desarrollado para regular sus efectos en el endotelio. Bevacizumab se ha aprobado para la enfermedad metastásica para su uso conjunto con paclitaxel en mujeres con cáncer de mama HER2 negativo no tratado previamente. Basándose en los beneficios clínicos demostrados en la enfermedad metastásica, bevacizumab está siendo probado en adyuvancia como parte de distintos ensayos.

### Inhibidores de PARP

PARP es un enzima esencial en la proliferación celular y reparación de DNA. Estudios en enfermedad avanzada

muestran como la asociación a tratamiento quimioterápico puede mejorar los resultados disponibles en un subgrupo de especial mal pronóstico como aquellos tumores triple negativo.

Existen actualmente estudios en marcha en el ámbito de tratamientos preoperatorios en cáncer de mama precoz.

Como conclusión en los últimos años se ha producido un importante avance en el conocimiento de la biología de la célula tumoral, que ha permitido el desarrollo de terapias que de forma positiva han incidido en la enfermedad, mejorando la supervivencia y las expectativas de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. En el ámbito de las terapias biológicas en el cáncer de mama precoz se ha incorporado ya trastuzumab y en un futuro próximo es de esperar la incorporación de un amplio arsenal terapéutico.

En este sentido dentro de GEICAM, acorde con su compromiso con la investigación en el cáncer de mama se están desarrollando varios estudios que permitirán confirmar el efecto de algunos de estos fármacos.

Ellis LM, Hicklin DJ: VEGF-targeted therapy: Mechanism of anti-tumor activity. *Nat Rev Cancer* 2008; 8:579-591.

NEOADYUVANCIA	ADYUVANCIA
<p><b>GEICAM 2006-14</b> Estudio multicéntrico fase II de distribución aleatoria para comparar el tratamiento de epirubicina y ciclofosfamida seguido de docetaxel y trastuzumab vs epirubicina y ciclofosfamida seguido de docetaxel y lapatinib en mujeres con cáncer de mama primario resecable o localmente avanzado HER2 +</p>	<p><b>GEICAM 2008-01</b> Ensayo aleatorizado, multicéntrico de fase III de tratamiento adyuvante en pacientes con cáncer de mama HER2-positivo con ganglios positivos o con ganglios negativos con alto riesgo, para comparar la quimioterapia más trastuzumab con la quimioterapia más trastuzumab más bevacizumab</p>
<p><b>GEICAM 2010/02</b> Estudio fase II de docetaxel-ciclofosfamida y docetaxel-ciclofosfamida-BSI-201 en el tratamiento neoadyuvante de pacientes con cáncer de mama en estadio precoz con fenotipo triple negativo</p>	<p><b>GEICAM 2009-01</b> Ensayo aleatorizado, en doble ciego y controlado con placebo, de Neratinib (HKI-272) después de trastuzumab en mujeres con cáncer de mama en estado inicial con sobreexpresión/amplificación de HER2—neu.</p>
	<p><b>GEICAM 2010-03</b> Estudio multicéntrico de fase 3, aleatorizado, doble ciego y controlado or placebo de Denosumab como tratamiento adyuvante en mujeres con cáncer de mama en estadio inicial con alto riesgo de recurrencia</p>

Tabla 2



## AMAC: ASOCIACIÓN DE MUJERES AFECTADAS DE CÁNCER DE MAMA Y GINECOLÓGICO DE ALBACETE

Dña. Pilar Moreno

*"Ellas dejaron su huella... nosotras seguimos el camino"*

### QUIENES SOMOS

AMAC (Asociación de mujeres afectadas de cáncer de mama y ginecológico de Albacete) es una Asociación socio-sanitaria de ámbito regional consolidada dentro del panorama asociativo de nuestra comunidad. Nace en el año 2000 de la mano de M<sup>a</sup> José Merlos, fundadora de nuestra asociación, que nos supo transmitir su fortaleza y pasión por esta labor que en su día inició.

A lo largo de estos 11 años de trabajo hemos luchado por conseguir una mejor calidad de vida para las pacientes, cubriendo sus necesidades y apostando por una sanidad de calidad en la que se aborde el cáncer como un problema, ya no solo de salud pública, sino social y mostrando a la sociedad que existe vida más allá de un cáncer de mama. Un claro ejemplo de este testimonio de vida y supervivencia son los más de 800 socias/os con los que contamos incluyendo a pacientes, familiares, amigos y personas concienciadas con esta causa.

AMAC pertenece a FECMA (Federación Española de

Cáncer de Mama) porque creemos en la importancia de la unión de todas las Asociaciones de Mujeres afectadas de cáncer de mama ya que perseguimos objetivos comunes. Además, AMAC participa de forma activa en diferentes foros de nuestra ciudad: Consejo Municipal de la Mujer, Consejo Municipal de la Discapacidad, Consejo local de la Juventud.

### SERVICIOS QUE OFRECEMOS

#### Consulta psicooncológica

*"Las personas que tienen cáncer no sólo precisan de ayuda médica, buenos centros de diagnóstico y tratamientos, sino también de una ayuda psicológica que les permita vivir con el menor sufrimiento y la mejor calidad de vida". (Ramón Bayés).*

El reto que se nos presenta es acompañar antes, durante y después a todas las mujeres que lo deseen y a sus familiares, acogiendo sus necesidades en función del momento de la enfermedad en que se encuentren.

Conocer su historia personal a través de la entrevista psicooncológica, evaluar mediante pruebas objetivas las posibles reacciones emocionales desadaptativas o los estados emocionales por los que divague la mujer afectada, respetar los tiempos, acompañar desde el counselling, facilitar información adecuada a la fase de la enfermedad, validar sus emociones, facilitar la adaptación a la nueva situación, prevenir posibles trastornos posteriores y mejorar su calidad de vida en la medida de las posibilidades, forman parte de la terapia psicológica.

Cada año, se imparten diferentes charlas en Los Centros de la Mujer de la región, Asociaciones de mujeres e Institutos de Educación Secundaria de la provincia.

*"Los que sufren no son los cuerpos, sino las personas". (E. Cassel)*

#### Consulta de fisioterapia

En el tratamiento global de la mujer mastectomizada la fisioterapia ocupa un lugar importante tanto para prevenir complicaciones como para mejorar las que se presenten y mantener las mejoras conseguidas. Es por ello, que la rehabilitación para estas mujeres se hace imprescindible siendo necesaria su introducción en los programas terapéuticos coordinados y abordados conjuntamente por un equipo multidisciplinar.

Actualmente, AMAC cuenta con un convenio de colaboración con el Servicio de Rehabilitación del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete para el tratamiento del Linfedema, con el fin de agilizar la lista de espera.

#### Voluntariado testimonial

Dentro de los objetivos de AMAC, se encuentra que las mujeres que han pasado y superado la enfermedad, formen un grupo de apoyo y ayuda para mujeres que estén enfermas, puesto que muchas de las mujeres que acuden a nuestra asociación demandan hablar con alguien que haya pasado por una situación similar a la suya con quien poder expresar aquello que sienten, sentirse acompañadas y comprendidas.

Entendemos por Voluntariado testimonial el encuentro de pacientes afectadas de cáncer en este momento, con personas libres de enfermedad que han pasado por una situación similar, en este caso por un cáncer de mama o ginecológico.

*"Ayudando a los demás me ayudo a mi misma" (Voluntaria de AMAC)*

#### Servicios sociales

Disponemos de un área social en la que trabajamos para cubrir aquellas necesidades de nuestras mujeres a nivel social, laboral o legal realizando cursos formativos para la reincorporación al mundo laboral de estas mujeres ya que, según los datos existentes, el 45% de las mujeres que padecen esta enfermedad no se reincorporan a su puesto de trabajo. Además contamos con convenios con diferentes centros estéticos y médicos para nuestras socias.

#### Charlas informativas

AMAC desarrolla todos los años su campaña informativa con la colaboración del Excmo. Ayto. de Albacete y el Instituto de la mujer de Castilla-La Mancha para llegar al mayor número de población con el fin de concienciar a la sociedad sobre esta enfermedad, eliminar mitos y creencias erróneas, acercar conocimientos básicos y promover un estilo de vida saludable. Cada año, se imparten diferentes charlas en Los Centros de la Mujer de la región, Asociaciones de mujeres e Institutos de Educación Secundaria de la provincia.

#### Actividades

Uno de los objetivos de AMAC es la organización de actividades y talleres que permitan a nuestras socias formación e información sobre la enfermedad, así como favorecer su crecimiento personal y autoestima. Además contamos con actos significativos dentro de la provincia como es nuestra Cena Benéfica, El Encuentro Provincial de Mujeres por la Salud que se celebra el 19 de Octubre, Día Internacional de Cáncer de Mama, las Jornadas Científicas declaradas de interés socio-sanitario o La Carrera por la salud de la Mujer "Memorial M<sup>a</sup> José Merlos".

## **HER2/neu**

Oncógeno que produce una proteína que constituye un receptor en la membrana de la célula, al que se unen sustancias que favorecen el crecimiento de la célula (factor de crecimiento). Se da en ciertos cánceres de mama que pueden ser tratados con anticuerpos monoclonales dirigidos contra esa proteína.

## **BRCA -1/ BRCA-2**

BRCA1. Gen supresor de tumores localizado en el cromosoma 17. Responsable de la enfermedad en el 45% de las familias con cáncer de mama, y más del 80% de familias con cáncer de mama y ovario.  
BRCA2. Gen supresor de tumores localizado en el cromosoma 13. Responsable de aproximadamente el 35% de casos de incidencia familiar múltiple. Se asocia también con cáncer de mama en varones, cáncer ovárico, prostático y pancreático.

## **Mastectomía conservadora**

Procedimiento quirúrgico para extirpar la lesión de la mama con un margen suficiente de tejido sano y los ganglios de la axila de ese lado.

## **Mastectomía profiláctica**

Procedimiento quirúrgico para la extirpación de una o ambas mamas que no contienen cáncer con el fin de prevenir o reducir el riesgo de sufrir cáncer de mama en mujeres con alto riesgo de padecerlo. Suele consistir en una mastectomía subcutánea.

## **Mastectomía radical**

Procedimiento quirúrgico de extirpación de los músculos de la pared torácica (pectorales) además de la mama y los ganglios linfáticos axilares. Esta cirugía se consideró durante muchos años como el estándar para mujeres con cáncer de mama, pero en la actualidad se utiliza en muy pocas ocasiones.

## **Mastectomía subcutánea**

Procedimiento quirúrgico para la extirpación de toda la mama, pero se deja el pezón y la areola (el círculo pigmentado alrededor de la areola) en su sitio.

## **Recidivas**

En oncología, reaparición de un cáncer después de una aparente desaparición tras un tratamiento quirúrgico o médico.

## **Linfadenectomía**

Extirpación de los ganglios linfáticos de alguna región concreta. A menudo, la extirpación de un cáncer debe completarse con la linfadenectomía de los ganglios más próximos.

## **Ganglio centinela**

Primer ganglio linfático regional que recibe la linfa de la zona donde se asienta el tumor primario y se supone que filtrará las células malignas de ese tumor.

## **Anticuerpo monoclonal**

Proteínas hechas en el laboratorio y diseñadas para atacar unas sustancias específicas llamadas antígenos reconocidas por el sistema inmunológico. Se están estudiando este tipo de proteínas que se han añadido a medicamentos de quimioterapia o a sustancias radiactivas para ver si pueden seleccionar antígenos específicos en las células cancerosas y aplicar estos tratamientos directamente al cáncer, destruyendo así las células cancerosas sin dañar los tejidos sanos. Los anticuerpos monoclonales se usan también en inmunocitoquímica para ayudar a detectar y clasificar las células cancerosas. Se están llevando a cabo otros estudios para determinar si se pueden usar los 17 átomos radiactivos adheridos a los anticuerpos monoclonales en estudios por imágenes para detectar y localizar grupos pequeños de células cancerosas.

## **Trastuzumab – Pag. 35**

## **Antiangiogénesis**

Novedosa terapia contra el cáncer basada en el empleo de sustancias que impiden o dificultan el suministro de sangre que alimenta al tumor deteniendo su crecimiento.

## **Antraciclinas**

Fármacos que se usan para tratar varios tipos de cáncer. Estas sustancias aumentan la posibilidad de supervivencia, pero pueden causar efectos dañinos al corazón. Su miembro más representativo es la adriamicina.

## **Taxanos**

Familia de fármacos utilizados no solo como tratamiento administrado de manera adyuvante o en terapias para las metástasis, sino también en terapias concomitantes a la radioterapia que aumentan la apoptosis y la reoxigenación tumoral. Los más representativos son el paclitaxel y el docetaxel.

## **Tratamiento adyuvante**

Tratamiento oncológico que acompaña a uno previo considerado principal, con el fin de disminuir la probabilidad de recaída. También llamado coadyuvante.

## **Inhibidores de la aromatasa**

Fármacos que bloquean la conversión de algunos andrógenos, producidos en la glándula suprarrenal, a estrógenos.

## **Carcinoma ductal**

Tumor maligno que se desarrolla en las células de los conductos. Es el tipo más común de cáncer de mama y de páncreas.

## **Cardiotoxicidad**

Efecto dañino producido al corazón al ingerir algunos fármacos usados contra el cáncer, como las antraciclinas y los taxanos.

## **Colgajo microquirúrgico**

Técnica quirúrgica que se basan en la anastomosis (término usado en medicina que refiere a la unión de unos elementos anatómicos con otros de la misma planta, animal o estructura mineral) bajo microscopio quirúrgico de vasos sanguíneos entre la zona receptora (defecto) y el tejido transferido (colgajo). Así se asegura la viabilidad del colgajo. La utilización de tejidos alejados provoca morbilidad en la zona dadora de los colgajos, generalmente muy escasa, manteniendo la funcionalidad motora y sensitiva en la mayoría de los territorios donde se obtienen estos colgajos.

## **Factor pronóstico**

Circunstancia que aumenta la probabilidad de que una persona recaiga de una enfermedad tras ser extirpada. En oncología, los factores pronóstico son de importancia crucial para indicar tratamientos adyuvantes.

## **Ki-67**

Técnica inmunohistoquímica empleada para mejorar el diagnóstico y pronóstico en los casos de neoplasias. Se trata de un anticuerpo monoclonal que detecta un antígeno nuclear que se expresa en las células que entran en el ciclo celular, proporcionando una medida directa de la tracción de crecimiento del tejido.

## **FDA**

Siglas en Inglés de Food and Drug Administration (Agencia de alimentos y fármacos). Agencia gubernamental de aprobación de fármacos en Estados Unidos.

## **Aleatorización**

Procedimiento para la asignación, en los ensayos clínicos, de pacientes a tratamientos alternativos. La randomización es una de las formas de evitar los sesgos de selección; su propósito es posibilitar las comparaciones en los grupos de asignación de los tratamientos. Su principal ventaja está en que permite enmascarar a los pacientes en la asignación de tratamiento antes del inicio del ensayo clínico, de forma que no se sepa ni quiénes son los pacientes, ni en qué orden aparecen, ni qué tratamiento se les asigna.

## **Fase III**

Estudio que evalúa la eficacia y seguridad del tratamiento experimental en las condiciones de uso habituales y con respecto a las alternativas terapéuticas disponibles para la indicación estudiada. Se trata de estudios terapéuticos de confirmación.



## **Dra. Lourdes Calvo Martínez**

Servicio de Oncología, Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña.

## **Dra. Dolores Salas Trejo**

Jefa Servicio Plan Oncológico - Conselleria Sanitat. Comunitat Valenciana.

## **Dña. Mª Antonia Gimón**

Presidenta de la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA).

## **Dr. Manel Fraile**

Servicio de Medicina Nuclear Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

## **Dña. Ángela Navarro**

Fundadora del centro de estética integral de atención al paciente con cáncer.

## **Dra. Sonia Fuentes**

Psicóloga Clínica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

## **Dña. Carmè García Rigau**

Miembro del Comité de Atletas Paralímpico Español.

## **Dra. Mª Julia Giménez Climent**

Servicio de Cirugía. Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

## **Dr. Pedro Sánchez Rovira**

Jefe del Servicio de Oncología - Complejo Hospitalario de Jaén

## **Dña. Mónica Fernández Navarro**

Coordinadora de estudios - Complejo Hospitalario de Jaén

## **Dña. Capilla de la Torre Cabrera**

Coordinadora de estudios - Complejo Hospitalario de Jaén

## EN EL PRÓXIMO NÚMERO ...

La revista Geysalus ha contado hasta este número con la financiación del laboratorio Pfizer, S.A. al que estamos muy agradecidos. Desde ahora, Geysalus abre una nueva etapa en la que usted puede ayudarnos para llevarla a cabo y proseguir así con nuestra labor informativa y de mejora en la calidad de vida de las mujeres afectadas.

Si quieres colaborar con nosotros puedes hacerlo a través de la siguiente cuenta bancaria:

0128 0022 59 0100023155.

Fundación Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama



# com *P*romiso

## *Pfizer* en Oncología

Pfizer, fiel a su firme compromiso con la Vida, continúa investigando para desarrollar soluciones innovadoras que den respuestas eficaces al cáncer de mama.

Un compromiso real, de esfuerzo constante con los pacientes y la sociedad, para construir un presente y un futuro que proporcione esperanza y calidad de vida.

Desde Pfizer tenemos la confianza y la seguridad de que no nos detendremos.

Este es nuestro compromiso de futuro con todos vosotros. Es nuestro compromiso con la vida.

ESP 07/11 ARCM 14





El Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) es una asociación científica de carácter no lucrativo registrada en el Ministerio de Justicia e Interior el 4 de Abril de 1996. Constituida por oncólogos, cirujanos, anatomopatólogos, ginecólogos, radiólogos, radioterapeutas, epidemiólogos, y otros profesionales de Ciencias de la Salud, GEICAM ha adquirido su reputación internacional en base a la calidad, independencia y seriedad científica de su trabajo en los últimos 16 años.

En 2009 se constituye la FUNDACIÓN GEICAM.  
[www.geicam.org](http://www.geicam.org)

geysalus  
MUJER | SALUD

GEYSALUS es una iniciativa del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) cuyo objetivo es facilitar el conocimiento acerca del cáncer de mama en general, y proporcionar información sobre su prevención, diagnóstico y tratamiento. GEYSALUS también pretende tratar el impacto físico, emocional, familiar, social y laboral que la enfermedad tiene sobre las personas que la sufren y sobre aquellas que les rodea. GEYSALUS es, en definitiva, una herramienta de comunicación entre profesionales, pacientes y su entorno.