PUBLICACIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN EN CÁNCER DE MAMA (GEICAM)

Nº19 JULIO 2012

geysalus

MUJER | SALUD

www.geicam.org

GEICAM

Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama

BUSCANDO APOYO

CÓMO AFRONTAR EL MIEDO A UNA RECAÍDA

INVESTIGACIÓN Y CÁNCER DE MAMA

ALCOHOL Y CÁNCER DE MAMA

IMAGEN Y ESTÉTICA

RECUPERANDO MI IMAGEN TRAS RECIBIR QUIMIOTERAPIA

La vida escribe las preguntas
Nosotros buscamos las respuestas

La innovación es nuestra respuesta a los desafíos médicos.

Nuestra tarea cotidiana consiste en salvar vidas y ayudar a millones de personas de todo el mundo.

Roche invierte continuamente en investigación y desarrollo con el fin de proporcionar medicamentos y pruebas diagnósticas para enfermedades como el cáncer, el sida, la hepatitis, la enfermedad de Alzheimer, la artritis reumatoide o la diabetes.

Roche

Innovación para la salud

www.roche.es

PUBLICACIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACIÓN EN CÁNCER DE MAMA (GEICAM)

geysalus MUJER | SALUD

sumario

4 **Editorial**
Resumen San Antonio Breast Cancer Symposium 2011

7 **En primera persona**
Entrevista a María del Pilar Altemir Lara:
"Mi postura fue apartar los malos pensamientos de mi mente"

10 **Te será útil saber**
Cáncer de mama: ¿una única enfermedad?

13 **Imagen y estética**
Recuperando mi imagen tras recibir quimioterapia.
Trucos de estética

17 **Buscando apoyo**
Cómo afrontar el miedo a una recaída tras haber padecido un cáncer de mama

20 **Una vida más sana**
La playa puede ser un centro de salud

23 **Ciencia y cáncer de mama**
"Tengo metástasis. ¿Hasta cuándo debo recibir tratamiento?"

26 **Investigación y cáncer de mama**
Alcohol y cáncer de mama

29 **El foro de las asociaciones**
ANÉMONA: grupo de autoayuda para mujeres con cáncer de mama de la Marina Baixa.
X aniversario (2002-2012)

RESUMEN SAN ANTONIO BREAST CANCER SYMPOSIUM 2011

Dr. Joaquín Gavilá

Sin duda, la reunión anual más importante sobre cáncer de mama que se celebra es la de San Antonio Breast Cancer Symposium. Celebrada del 6 al 10 de diciembre de 2011 en San Antonio (Texas), en ella se presentó la situación actual de los ensayos y estudios sobre cáncer de mama del último año.

Durante cinco días, más de 7.000 especialistas, incluyendo, entre otros, oncólogos médicos, radioterapeutas, cirujanos, patólogos y radiólogos, revisaron en profundidad los progresos acaecidos en las distintas facetas que componen el abordaje óptimo de esta enfermedad.

Son muchas las cuestiones que se plantean los pacientes tras el diagnóstico del cáncer de mama y una de las habituales hace referencia al riesgo que existe de volver a recaer.

En este sentido, es cada vez mayor el interés en identificar de algún modo el riesgo de recidiva tras la quimioterapia preoperatoria. La "quimioterapia neoadyuvante o preoperatoria", definida como aquella que se administra previamente a la cirugía, es considerada la estrategia de elección en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado. Desde finales de los noventa, varios estudios han demostrado la equivalencia, en términos de supervivencia, de un mismo régimen independientemente de su administración preoperatoria o postoperatoria. Proporciona potenciales beneficios como son el aumento del número de cirugías conservadoras, gracias a la reducción del tamaño tumoral, y la posibilidad de testar *in vivo* la quimiosensibilidad tumoral. Además, permite estudiar marcadores que puedan predecir respuesta y supervivencia a largo plazo.

Diversas revisiones han confirmado la importancia pronóstica de la obtención de la llamada "respuesta completa patológica", es decir, la ausencia de tumor infiltrante en la mama y la axila operadas tras la administración del tratamiento neoadyuvante. Aquellas pacientes que alcanzan la respuesta completa patológica presentan un menor riesgo de recidiva y una mayor supervivencia.

Este año, el Dr. Loibl, del grupo alemán de cáncer de mama, presentó la mayor revisión realizada en este sentido. Tras analizar los datos de 4.387 pacientes confirmó que aquellas en las que no restaba tumor en la pieza operatoria (incluyendo la mama y los ganglios axilares extirpados) se asociaban a un riesgo menor de recaída y una mayor supervivencia respecto a aquellas mujeres en las que quedó enfermedad residual tras el tratamiento preoperatorio.

Es por todos conocido que las mejoras de los tratamientos y el diagnóstico precoz han disminuido la mortalidad en las últimas décadas, sin embargo, nuestro principal objetivo va encaminado a prevenir la propia aparición del tumor (es lo que se busca con la supresión del tabaco y el cáncer de pulmón). En cáncer de mama, cambios en el estilo de vida y agentes terapéuticos pueden reducir el número de casos de cáncer de mama.

En el capítulo de factores epidemiológicos, se resaltó en el trabajo del Dr. Hertz que los factores que con mayor evidencia aumentaban el riesgo del cáncer de mama eran: la exposición a radiaciones en edades tempranas, el consumo de alcohol, el uso de terapia hormonal sustitutiva (parches de hormonas empleados en la menopausia) y la vida sedentaria, así como la falta de ejercicio físico. Modificaciones tan sencillas como una dieta equilibrada y ejercicio físico podrían reducir la incidencia de esta enfermedad.

La comunicación más importante en el terreno de la "quimioprevención" fue la actualización del estudio del Dr. Goss. El concepto de quimioprevención hace referencia al empleo de fármacos que han demostrado un beneficio en el tratamiento del cáncer de mama con escasa toxicidad asociada, como sería la hormonoterapia, pero en este caso se emplean para evitar la aparición de tumores.

En el estudio de quimioprevención MAP.3/Excel/GEICAM 2003-08 participaron 4.560 mujeres menopáusicas de Canadá, Estados Unidos y Europa, de las cuales 500 eran españolas con riesgo elevado de desarrollar un cáncer de mama. Los resultados demostraron que el tratamiento con exemestano durante cinco años reducía en un 65% la incidencia de cáncer de mama invasivo respecto al grupo que recibió placebo.

Además no se observaron diferencias entre ambos grupos en la tasa de osteoporosis, fracturas óseas, eventos cardíacos, colesterolemia ni tampoco en la calidad de vida. Por ello, el exemestano debe ser considerado como una nueva opción en la prevención primaria del cáncer de mama, ya que podría prevenir más de 2.000 casos nuevos de cáncer de mama cada año.

En el campo de la cirugía, la Dra. Galimberti dio a conocer los datos de su estudio en el que demostraba, en un grupo seleccionado de mujeres con micrometástasis en el ganglio centinela, es decir, una infiltración tumoral del ganglio axilar menor de 2 mm, que no era necesario completar el vaciamiento axilar.

Estos hallazgos confirman lo observado por el Dr. Giuliano en el estudio ACOSOG Z0011, donde se podía obviar el vaciamiento axilar en seleccionadas pacientes que presentaban macrometástasis, infiltración mayor de 2 mm, en uno o dos ganglios centinela resecados. Todo ello, ha generado grandes expectativas, ya que un manejo más conservador de la cirugía axilar podría reducir el número de complicaciones asociadas.

Recalcar que esta técnica sería aplicable en pacientes con características muy específicas, como son aquellas sometidas a cirugía conservadora, tumores que no afectan clínicamente a los ganglios axilares y, sobre todo, aquellos que van a recibir terapias tras la cirugía, como son la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

Pasando ya a los ensayos con agentes terapéuticos destacaríamos dos conceptos que cada vez adquieren más fuerza. Por un lado, el papel de los fármacos empleados en la prevención de la osteoporosis, concretamente el ácido zoledrónico, a la hora de reducir la tasa de recidivas en pacientes con cáncer de mama. Y por otro lado, el mayor beneficio del empleo simultáneo de dos tratamientos dirigidos contra la proteína HER-2, conocido como "doble bloqueo antiHER2".

Recordar que el subgrupo de tumores HER-2 se caracterizan por presentar un mayor número de copias de la proteína HER-2; esta se asocia a resistencias a la quimioterapia y hormonoterapia y, por tanto, tiene un peor pronóstico. Hace algo más de una década el anticuerpo trastuzumab supuso una revolución en el tratamiento de este subtipo de cáncer.

Desde entonces han sido múltiples los agentes desarrollados, como lapatinib, neratinib, TDM-1 y everolimus, entre otros. De esta reunión resaltaríamos los datos del estudio CLEOPATRA, donde la combinación de trastuzumab y pertuzumab ofrece un bloque más completo de la vía de señalización de la proteína HER-2, reflejado en una reducción del 38% en el riesgo de progresión de la enfermedad frente a la monoterapia con trastuzumab.

De acuerdo con los datos de esta investigación se ha solicitado a las autoridades europeas la autorización para la combinación como tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer de mama HER-2 metastásico.

Para finalizar, debemos comentar el papel de everolimus y su capacidad de revertir resistencias en tumores hormonosensibles. Aproximadamente el 70% de las pacientes con cáncer de mama presentan tumores hormonosensibles, es decir, exhiben receptores hormonales para estrógeno o progesterona, convirtiéndose estos en la diana molecular a atacar. Los agentes utilizados para este fin se incluyen en la coloquialmente conocida como "hormonoterapia". Atacando a los receptores hormonales, estos fármacos impiden el crecimiento tumoral.

Las posibilidades que se abren son muy amplias ya que existen vías específicas sobre las que aplicar tratamientos activos, incluidos algunos que revierten resistencias. Muchos están siendo integrados en la práctica clínica y otros se incorporarán en un breve espacio de tiempo.

Sin embargo, con el paso del tiempo las células tumorales desarrollarán mecanismos de resistencia contra estos agentes mediante la activación de otras vías intracelulares y, por tanto, volverán a activar su crecimiento. Una de estas vías implicadas es la vía PI3K, donde tiene un papel principal la proteína mTOR. El bloqueo de esta proteína podría impedir el desarrollo de resistencias a la hormonoterapia. Everolimus actúa bloqueando la proteína mTOR y, en estudios preclínicos, ha demostrado una importante actividad.

El estudio BOLERO-2 pretendía demostrar que everolimus, combinado con un agente hormonoterápico como exemestano, podría ofrecer beneficios frente a exemestano solo en tumores en los que el tratamiento hormonal había fracasado. Los investigadores encontraron un aumento del beneficio clínico del 61% frente al 42% y una prolongación en el tiempo de libre progresión mayor de nueve meses. Además, everolimus se asoció a efectos secundarios manejables.

En definitiva, las posibilidades que se abren son muy amplias ya que existen vías específicas sobre las que aplicar tratamientos activos, incluidos algunos que revierten resistencias. Muchos están siendo integrados en la práctica clínica y otros se incorporarán en un breve espacio de tiempo. Asimismo, también se avanza en el campo de la cirugía y la radioterapia, reduciendo cada vez más los tratamientos agresivos en casos seleccionados, sin que ello influya en el pronóstico de la enfermedad.

Entrevista a María del Pilar Altemir Lara: "MI POSTURA FUE APARTAR LOS MALOS PENSAMIENTOS DE MI MENTE"

Dña. Toñy Gimón

Pregunta: ¿Cómo recibiste la noticia de que tenías cáncer de mama?

Respuesta: Yo me había palpado un bulto en la mama y decidí comentárselo a una amiga, que me acompañó a hacerme una mamografía. El radiólogo no tuvo duda comunicándome su diagnóstico (que días más tarde fue confirmado por el informe del patólogo). Por el aspecto que tenía al radiólogo no le ofreció ninguna duda, aunque lógicamente debía ser confirmado.

P. ¿Tu reacción inmediata? ¿Con quién comentaste el diagnóstico?

R. Al principio desconcertada, no era consciente de la gravedad del tema, porque no conocía nada sobre el cáncer de mama. En un primer momento yo creía que era una patología más local. Mi reacción inmediata fue contárselo a mi familia. Había acudido con una amiga a la mamografía, sin avisar a nadie porque lo hice como medida preventiva, solo para quedarme tranquila. Desgraciadamente no era la primera vez que el cáncer aparecía en mi vida: mi padre había fallecido de cáncer de colon. Mi reacción inmediata fue: ya está aquí de nuevo, ahora me ha tocado a mí. Mi familia y yo intentamos aferrarnos a la idea de que el cáncer tiene cura, que había muchos avances, de los que yo, estábamos seguros, sería una afortunada beneficiaria. Nunca olvidaré la resignación con la que mi marido y mi madre acogieron la noticia. En casa nos educaron con una máxima: la vida tiene su cara y su cruz. Éramos afortunados en muchas cosas, ahora nos tocaba la cruz, y debíamos ser fuertes.

Comenté el diagnóstico con mi familia, en la que afortunadamente hay una médico y profesionales de la sanidad, así como con una buena amiga radióloga. Por supuesto con todos mis amigos. Busqué el apoyo y la información que todos me pudieran ofrecer.

P. ¿Solicitaste información complementaria al diagnóstico para conocer su verdadero alcance? ¿Cómo catalogarías la información recibida?

R. Como decía, desde el primer momento conté con información detallada, contrastada gracias a mis familiares y

amigos médicos. Ellos nos ayudaron a formar una primera opinión sobre esta desconocida rama de la enfermedad en mi familia. La información fue precisa, contrastada, rápida; pero debo decir que yo fui una privilegiada por mis circunstancias. Conozco casos en los que las enfermas han padecido por los muchos días transcurridos entre la mamografía y los resultados de patología. Estos plazos deben acortarse al máximo, porque la incertidumbre es la peor fase de la enfermedad.

P. ¿Solicitaste una segunda opinión?

R. El conjunto de especialistas con los que conté a mi lado me asesoraron de un modo muy completo. Desde el primer momento contacté con mi oncólogo. Tuve claro que me debía poner en manos del profesional en su saber hacer. Después de tantos años conviviendo con la enfermedad, tratamientos y varias operaciones, puedo afirmar y aconsejar que los enfermos debemos ayudar a los médicos confiando plenamente en su criterio. Esto no significa que no aconseje a los enfermos que se informen, lean o consulten a los especialistas sus dudas abiertamente. Pero un enfermo no puede ser autodidacta a la hora de buscar asesoramiento sobre esta enfermedad.

P. En tus relaciones con los profesionales de la sanidad durante la fase diagnóstico y tratamiento e incluso ahora, ¿qué destacarías como más positivo y qué aspectos piensas que se pueden mejorar?

R. Solo puedo destacar aspectos positivos. Debo hablar desde mi experiencia, y no solo por mí misma, sino por los casos que he conocido a raíz de mi enfermedad. Todos son positivos. No por ello no quiero resaltar que el paciente es el que mejor conoce sus dolencias, y debe transmitir lo máximo al profesional sanitario, trasladando al médico sus dudas, sus inquietudes. Aunque parezca un tópico, debe establecerse una relación de confianza entre ambos, que revierte positivamente sobre el enfermo. Si el enfermo se siente seguro y bien tratado, hace que se enfrente a la enfermedad con más valentía. En mi caso particular le doy matrícula de honor a todos aquellos que me trataron: radiólogo, oncólogo, patólogo, cirujanos y enfermeros.

P. ¿Te llegaste a sentir sola ante la enfermedad?

R. Nunca. Imposible. Jamás pensé recibir tanto afecto. Familia, amigos, compañeros… Solo he recibido calor, apoyo, amor, comprensión y ayuda de mi entorno.

P. Ante la enfermedad y su evolución, ¿qué ha sido más fuerte, el miedo, la dudas, la inseguridad o las ganas de vivir?

R. Evidentemente las ganas de vivir. Me diagnosticaron la enfermedad cuando mis hijos tenían 5 años y 22 meses. No hay lugar a dudas. Vivir y ver crecer a mis hijos. Por supuesto, el diagnóstico de esta enfermedad lleva implícito el miedo. Cualquier madre sabe que el espíritu de protección a los hijos provoca el indiscutible miedo a la muerte. Pero no miedo al sufrimiento ni a las consecuencias físicas de la enfermedad. Como decía antes, el incalculable apoyo y cariño recibido me daban fuerzas para combatir los miedos y las inseguridades. El cáncer de mama se cura. Una vez despejadas las primeras incógnitas del tratamiento, mi postura fue apartar los malos pensamientos de mi mente. Lo que nos cura son los tratamientos avanzados a los que, afortunadamente, tenemos acceso. Los malos pensamientos y miedos son infructuosos y además debilitan las fuerzas del enfermo. Hay que intentar hacer vida normal, salir, despejarse, distraerse para hacer más llevaderos los duros efectos secundarios de los tratamientos. La alegría y el positivismo son el primer paso para sanar.

P. Cuando después del tratamiento te reincorporas al trabajo, ¿qué sensaciones tienes? ¿Qué percibes en tu entorno social y laboral?

R. Como he comentado antes yo he sido una afortunada porque he recibido únicamente muestras de apoyo y comprensión por mi entorno laboral y social. Hay que afrontar la enfermedad sin ocultar nada, hablando abiertamente de ella y de las consecuencias que tiene. Tanto de las que están a la vista como de las que están ocultas. Si el enfermo trata y habla de la enfermedad con naturalidad, los que te rodean también lo hacen.

P. ¿Cambió algo en tu entorno laboral? ¿Tuviste facilidades para seguir las diferentes fases del tratamiento y para acudir a las necesarias revisiones?

R. No cambió nada. Mis compañeros me sustituyeron incondicionalmente. Y desde aquí les mando mi, nunca suficiente, gratitud a todos los que tuvieron que asumir mis tareas y vieron aumentadas sus cargas de trabajo durante mis largas bajas por enfermedad. Todo fueron facilidades y ayuda.

P. ¿El cáncer de mama ha alterado o modificado tu carrera profesional?

R. No. Y si lo ha hecho, ha sido para mejorar. La experiencia vital que supone pasar por la enfermedad hace que

los problemas que no son de salud se relativicen, y eso es bueno a la hora de asumir responsabilidades en la vida laboral.

P. ¿Cómo fue tu reacción con otras mujeres que también tuvieron cáncer de mama?

R. Desgraciadamente he tenido buenas amigas que han padecido la enfermedad tras mi recuperación. Al tener mi caso de referencia creo que ellas afrontaron la enfermedad con fuerza y esperanza, a la vista de mis buenos resultados. Habían andado un duro camino conmigo, y ahora lo tenían que volver a andar ellas. Ahora yo las acompañaba, les despejaba sus dudas. También me he ofrecido a contactar con quien lo necesite, porque considero que las pacientes tranquilizamos mucho a quien se enfrenta al cáncer de mama. Me parece que tenemos la obligación de ayudar y despejar las dudas. Es un duro camino el de la enfermedad que se hace mucho más llevadero si se cuenta con información y apoyo. Un duro camino que se recorre antes de lo que uno piensa. Cuando miro atrás no recuerdo los duros momentos. Eso es lo que intento trasladar a las mujeres que me preguntan.

P. ¿Hasta qué punto el cáncer de mama y sus consecuencias han modificado tus hábitos de vida o tu forma de ver la vida? ¿Te ha cambiado la vida?

R. Evidentemente que te cambia la vida. No mis hábitos, pero sí la forma de ver la vida. El día a día vuelve a ser el mismo, la enfermedad se olvida, y uno recupera su rutina de una forma asombrosamente rápida. Pero la vida se ve de otra forma, yo lo resumiría diciendo que todo se relativiza mucho más. Yo disfruto más de lo sencillo. Los problemas cotidianos siguen siendo problemas, pero uno los afronta de otra manera. En síntesis: lo único importante es que tú y los tuyos tengáis salud. Cuando uno está tan enfermo, observa lo frágil que es la vida, aunque quizás (paradójicamente) nos volvemos más exigentes con ella, quizás porque la valoremos más.

P. ¿Hasta qué punto las mujeres-pacientes de cáncer de mama pueden o deben ser consideradas "pacientes especiales"?

R. Lógicamente las consecuencias físicas que produce el cáncer de mama en la mujer las convierte en "pacientes especiales". La enfermedad se cura pero deja unas secuelas físicas y psíquicas importantes. Pero hay unos cirujanos plásticos que nos vuelven a las "pacientes especiales" en "pacientes estupendas" –comenta entre risas–. Las psicológicas son más difíciles de borrar, y más largas de contar. Esas para la próxima entrevista. ¿No te parece?

CÁNCER DE MAMA: ¿UNA ÚNICA ENFERMEDAD?

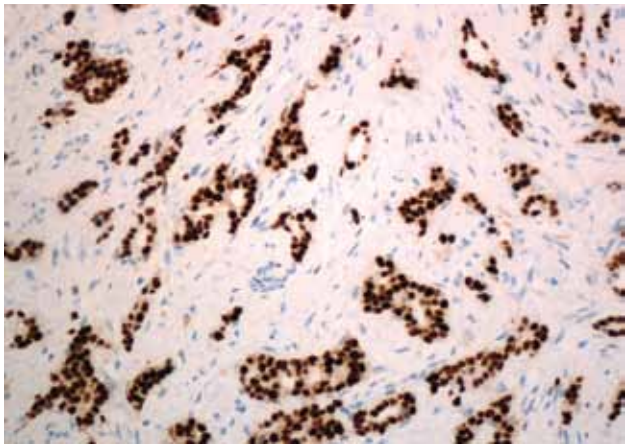
Dr. Ignacio Aranda

Cada año, cerca de 16.000 mujeres en España son diagnosticadas de cáncer de mama, y aunque todas comparten aparentemente un mismo diagnóstico, la enfermedad de cada una de ellas es única. Y es que, aunque el cáncer de mama es uno de los tumores que conocemos desde tiempos antiguos, nuestra visión de esta enfermedad ha cambiado de manera radical en los últimos años gracias al uso de nuevas tecnologías, que han permitido una mejor comprensión de las alteraciones implicadas en su desarrollo. El único tratamiento posible hasta la mitad del siglo XX fue la cirugía, en ocasiones extremadamente radical, en un intento de controlar la enfermedad. El siglo XX asistió al desarrollo de la quimioterapia, si bien el concepto predominante en ese momento era que el cáncer era una única enfermedad y que su cura podría venir del descubrimiento de algún fármaco que terminara con las células cancerosas.

El estudio de la patología del cáncer de mama pone de manifiesto su gran variabilidad morfológica. En el trabajo diagnóstico diario, los patólogos se han esforzado en identificar diferentes subtipos de cáncer de mama que aporten información pronóstica, es decir, que indiquen una mayor o menor probabilidad de un subtipo concreto en dar o no metástasis, principal causa de muerte de la enfermedad. También se observa que los casos constituidos por células con mayores alteraciones y con mayor capacidad de multiplicación presentaban mayor grado de malignidad. El desarrollo de la mamografía también ha permitido reconocer tumores con determinadas características y ha hecho posible la identificación precoz de lesiones sospechosas que son diagnosticadas por la biopsia. El patólogo, médico especialista en el examen microscópico de los tumores, además de confirmar la presencia del tumor, define su tipo histológico y su grado de malignidad, y realizará un diagnóstico preciso dependiendo de su similitud con las estructuras del tejido mamario normal (conductos y lobulillos). Esta doble visión (clasificación histológica y grado de diferenciación) constituye uno de los pilares en el momento de definir un determinado cáncer de mama.

En 2012 se han llegado a identificar 10 tipos moleculares de cáncer de mama.

El primer paso en el abordaje diagnóstico que realiza el patólogo es establecer ante qué variante de carcinoma de mama se encuentra: la variedad *ductal* (a la que corresponden la inmensa mayoría de casos), o bien la variedad *lobulillar* (5-7% de carcinomas de mama); estos últimos tienen mejor pronóstico y buena respuesta al tratamiento hormonal supresor, si bien presentan un patrón de metástasis (extensión a otros tejidos y órganos) diferente a los tipos más habituales de origen ductal.



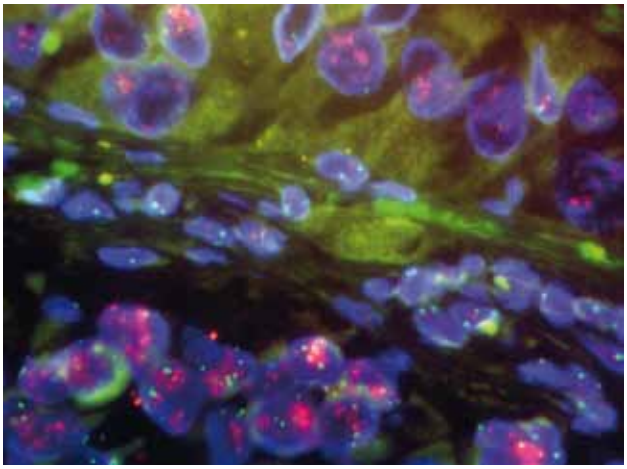
Carcinoma de mama de tipo ductal, con expresión de receptores de estradiol (tinción nuclear mediante inmunohistoquímica).

Dentro de estos dos grandes grupos coexisten múltiples variantes, que son importantes de establecer; y es que el cáncer de mama es una entidad heterogénea, de la cual se reconocen en el momento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 18 variantes histológicas, posibles de diferenciar mediante su estudio al microscopio óptico. También es fundamental la tecnología inmunohistoquímica (IHQ), generalizada en los años ochenta del pasado siglo, y que permite identificar la presencia o ausencia de determinadas proteínas en un tumor. La primera determinación IHQ con implicaciones pronósticas y terapéuticas en el cáncer de mama fue la de los receptores de estrógenos y progesterona, determinación actualmente obligada en todos los casos de cáncer de mama y que permite establecer dos grandes grupos: carcinomas con receptores positivos y aquellos casos en que estos receptores no se expresan.

Posteriormente, a principios del siglo XXI, la aplicación de nuevas técnicas moleculares basadas en el estudio de miles de genes permitió identificar 5 perfiles moleculares básicos con grados diversos de agresividad asociados a diferentes niveles de supervivencia en las pacientes. Este nuevo punto de vista supuso un importante cambio, ya que la heterogeneidad reconocida por las técnicas patológicas convencionales quedaba reflejada ahora por las tecnologías moleculares más avanzadas. Esta visión se ha visto ampliada en los últimos años y en 2012 se han llegado a identificar 10 tipos moleculares de cáncer de mama.

Todos estos avances han contribuido a un mayor conocimiento del cáncer de mama y ponen de manifiesto su extremada complejidad y las numerosas vías moleculares implicadas en su desarrollo. Sin embargo, en nuestra práctica diaria estos conocimientos tienen por el momento una aplicación limitada, aunque sí que han permitido definir claramente 3 grandes tipos de tumores en la mama: en primer lugar, aquellos que presentan expresión de receptores hormonales (en general con mejor pronóstico y mayor nivel de respuesta al tratamiento supresor hormonal): en segundo lugar, tumores con expresión alterada de un receptor de factor de crecimiento celular (HER-2); y, por último, casos que no muestran expresión de receptores ni alteración de la vía HER-2 (triples negativos). Por otra parte, las técnicas moleculares han corroborado la importancia de la clasificación histopatológica y de los tipos especiales, y han proporcionado la base biológica de subtipos como el lobulillar, caracterizado por la inactivación de un determinado gen que codifica para una proteína, E-cadherina, relacionada con la adhesión celular. El carcinoma tipo medular y los carcinomas metaplásicos, llamados así por su capacidad en adoptar una morfología que recuerda a

La identificación de los cánceres HER-2 positivos supuso un importante cambio en el tratamiento gracias al desarrollo de un fármaco, Trastuzumab, capaz de bloquear el aumento del nivel de expresión de este receptor de factor de crecimiento.



Carcinoma de mama HER-2 positivo. Se pueden ver numerosos puntos rojos en los núcleos de las células cancerosas, indicativo de la amplificación del gen. Estudio mediante hibridación *in situ* fluoresceinada.

diferentes tejidos, presentan alteraciones en genes relacionados con la respuesta inmunológica o con la capacidad de metástasis.

La identificación de los cánceres HER-2 positivos supuso un importante cambio en el tratamiento gracias al desarrollo de un fármaco, Trastuzumab, capaz de bloquear el aumento del nivel de expresión de este receptor de factor de crecimiento. Los primeros ensayos clínicos ya demostraron un claro aumento de supervivencia libre de recaída en las pacientes tratadas con Trastuzumab que presentaban tumores HER-2 positivos. La referencia al estado de este receptor es dato obligado en el informe anatomopatológico de cualquier cáncer de mama. Respecto al grupo de "triple negativos", que no presentan ni receptores hormonales ni alteraciones en HER-2, si bien tienen un peor pronóstico que el resto, incluyen determinados tipos morfológicos raros de excelente pronóstico y que deben ser adecuadamente identificados por el patólogo (carcinoma adenoide quístico y secretor, entre otros).

En resumen, la *heterogeneidad morfológica* (que corresponde a las características que el patólogo normalmente observaba con el microscopio óptico) del cáncer de mama ha sido actualmente corroborada por las *técnicas moleculares*. El avance en el conocimiento de las diferentes vías moleculares alteradas en el cáncer de mama permite el desarrollo de nuevas vías de tratamiento, algunas de las cuales son ya una realidad y mejoran el pronóstico de esta enfermedad, y es por esto que la correcta identificación de los subtipos morfológicos y moleculares es crucial para lograr aplicarlas con éxito. La lucha contra el cáncer de mama es un proceso lento, con numerosos avances. El conocimiento de esta compleja enfermedad y el reconocimiento de sus diferentes subtipos microscópicos y moleculares es fundamental para acometer con garantías de éxito un tratamiento que se base en las características biológicas. Las nuevas vías de tratamiento combinadas con un diagnóstico precoz y una clasificación precisa de los diferentes tipos de cáncer de mama deben conducir a la curación de las pacientes, objetivo final que persiguen todos los especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

REFERENCIAS:

1. Goldhirsch A, Wood WC, Coates AS, Gelber RD. *Strategies for subtype –dealing with the diversity of breast cancer.* Ann Oncol 2011; 22: 1736-47.

2. Weigelt B, Geyer F, Reis-Filho J. *Histological types of breast cancer: How special are they?* Molecular Oncology 2010; 30: 1-17.

3. Curtis C, Shah S, Chin SF. *The genomic and transcriptomic architecture of 2,000 breast tumours reveals novel subgroups.* Nature 2012; 486: 346-52.

RECUPERANDO MI IMAGEN TRAS RECIBIR QUIMIOTERAPIA. TRUCOS DE ESTÉTICA

Dña. Beatriz Guerrero

La labor de la estética reparadora no termina con el tratamiento oncológico. Una vez que este ha finalizado es el momento de recuperarse de sus efectos secundarios.

Para conseguirlo, es necesario realizar tratamientos estéticos específicos conforme a la problemática individual de cada persona: sequedad, hiperpigmentación, alopecia...

Los hábitos estéticos anteriores a comenzar el tratamiento con quimioterapia hay que recuperarlos poco a poco, testando cada producto para asegurarnos de que no nos va a provocar reacciones adversas.

Además, es una etapa magnífica para aprovechar a realizar un cambio de imagen.

Se recomienda que los primeros cambios de color no se realicen mediante tintes que van directamente a la raíz, sino que se hagan con mechas, para poder modificar el color del pelo sin tocar apenas su raíz, que suele ser la parte más debilitada.

Es altamente recomendable realizar los cuidados, tanto capilares como faciales y corporales, supervisados por un profesional que los adapte a la evolución tanto física como anímica de cada persona.

EL CABELLO

Aproximadamente mes y medio después del último ciclo de tratamiento, comienza a crecer el pelo, aunque no lo hace de la misma manera por todos los lados de la cabeza. Se trata pues de un proceso lento y no uniforme, que dependerá de la naturaleza del paciente.

Durante este período es conveniente que convivan el pelo de la persona con su peluca hasta que pueda adaptar su imagen al pelo que va creciendo; para ello, se puede ir adaptando la peluca con clips y horquillas para disimular las zonas de la cabeza en las que tarde más en crecer el cabello.

Además, en esta primera etapa, es altamente recomendable mantener el cuero cabelludo en las mejores condiciones de limpieza e hidratación para favorecer el crecimiento del cabello y que aparezca lo más fuerte y sano posible.

A partir de los tres meses, una vez terminado el tratamiento con quimioterapia, el cabello ya debería tener una longitud considerable y haber crecido por igual en toda la cabeza. Este es el momento en el que podemos empezar a plantear un cambio de color en el cabello.

Antes de realizar cualquier cambio de color es necesario hacer una prueba de sensibilidad al tinte para descartar posibles reacciones indeseables. Si la prueba de alergia da un resultado negativo, se puede proceder al cambio.

Se recomienda que los primeros cambios de color no se realicen mediante tintes que van directamente a la raíz, sino que se hagan con mechas, para poder modificar el color del pelo sin tocar apenas su raíz, que suele ser la parte más debilitada.

En este mismo momento puede volver a utilizar cosméticos específicos para su tipo de pelo, pero realizando un seguimiento en el centro para ver cómo reaccionan el pelo y el cuero cabelludo y descartar así algún brote alérgico que se pudiera producir.

Durante este período se debe evitar el uso excesivo del secador de pelo y de otros productos que den calor directo en el cabello: lo mejor es secarlo al aire con algún producto de peinado suave que permita mejor calidad de cabello.

Mientras dure el período de crecimiento del cabello es recomendable que el paciente descanse de la peluca al menos ocho horas al día para que el crecimiento de su cabello no se vea afectado y crezca sano y de una manera similar por todos los lados de la cabeza.

A medida que el pelo va creciendo hay que realizar cortes para sanearlo y darle forma, para que así, poco a poco, se pueda ir abandonando el uso continuado de la peluca hasta que deje de usarse definitivamente.

El nuevo cabello necesita unos cuidados especiales de hidratación y reestructuración hasta que recupere su textura normal.

LA PIEL DEL ROSTRO

Una vez terminado un tratamiento oncológico como la quimioterapia o la radioterapia, es conveniente hacer una serie de tratamientos estéticos en cabina para recuperar el buen estado del cutis, ya que este queda en muchos casos desnutrido, asfixiado, ajado, cansado, opaco, deshidratado…

A partir del mes y medio o dos meses como mínimo, la piel ya está preparada para poder hacer algún tipo de exfoliación superficial, que podrá hacerse más severa según se vaya fortaleciendo y normalizando la piel.

De esta manera, se ayuda a la total y correcta regeneración de la piel, consiguiendo una buena eliminación de las células muertas.

Se seguirá el mismo criterio para utilizar los productos reafirmantes, antiarrugas...

Es altamente recomendable realizar los cuidados, tanto capilares como faciales y corporales, supervisados por un profesional que los adapte a la evolución tanto física como anímica de cada persona.

Así, en función de cómo se vaya comportando la piel y de cómo asimile los diferentes productos, se irán empleando unos u otros.

Poco a poco, se podrán ir modificando los productos de cuidado estético en casa.

Se pasará de utilizar productos hidratantes o nutritivos a poder usar reafirmantes, mascarillas cada cierto tiempo, concentrados vitaminados... Hasta recuperar lo que se puede considerar una “vida estética normal”.

LA PIEL DEL CUERPO

Igual que ocurre con el cutis, los primeros tratamientos estéticos serán los mismos que durante la quimioterapia o la radioterapia, pudiéndose añadir exfoliantes, dependiendo de la evolución de cada persona.

Con estos tratamientos la piel que sufra los efectos secundarios propios de la quimioterapia irá perdiéndolos, como ocurrirá con el color cetrino que normalmente provoca.

- **Depilación.** Hasta que el tratamiento médico no esté terminado y haya pasado un mínimo de un mes para que la piel se haya recuperado mínimamente (en algunos casos el tiempo de recuperación será mayor) no es recomendable depilarse de ninguna de estas formas:

– Con cuchilla, para evitar cortes.
– Con cremas depilatorias, porque pueden producirle quemaduras.
– Con cera de ningún tipo, ya que puede levantarle la piel.

CAMBIO DE IMAGEN

Como hemos comentado en la introducción, este es un gran momento para aprovechar para realizar un cambio de imagen.

Podemos ir probando diferentes cortes de pelo y color a medida que el cabello va creciendo, pero es recomendable conocer una serie de factores para que este cambio sea lo mejor posible.

A la hora de elegir el corte de pelo es imprescindible observar la forma de nuestro óvalo. Aunque lo más común es encontrar mezcla de varios.

Tipos de óvalo

• Ovalado.
• Redondo.
• Cuadrado.
• Rectangular.
• Triangular.
• Triangular invertido.

Óvalo alargado

Para este tipo de óvalo lo que se debe hacer es crear un efecto óptico de ensanchamiento del óvalo, por lo que utilizaremos volumen en el cabello o en la peluca a los lados y acortaremos el rostro mediante flequillo.

Se deben evitar en este tipo de óvalo las melenas excesivamente largas y rectas, que lo único que conseguirían es dar un efecto de mayor alargamiento.

Óvalo cuadrado

En este tipo de rostro predominan las líneas rectas y angulosas; frente y mejillas anchas con mentón corto y redondo y maxilares más o menos prominentes.

Este tipo de rostro, junto con el ovalado, son los que más cambios de pelo admiten. No suelen dar problemas: le favorecen los cabellos hacia las mejillas y los moños con volumen hacia atrás. Si el cabello es liso, puede favorecerle un corte asimétrico.

	OJOS CLAROS	OJOS OSCUROS
PIEL OSCURA	CASTAÑO - Medio rojizo (marrón oscuro) - Claro rojizo (marrón) - Medio RUBIO - Claro - Oscuro	NEGRO - Oscuro CASTAÑO - Medio VIOLÍN
PIEL CLARA	CASTAÑO CLARO COBRIZOS ROJIZOS CLAROS	RUBIO MEDIO CASTAÑO CLARO COBRIZO

Óvalo redondo

En este tipo de rostro, se trata de conseguir dar un efecto de alargamiento y equilibrio de volumen mediante el pelo y el maquillaje.

Los cortes que mejor le van son los que aportan mayor volumen en la parte superior de la cabeza, en la nuca, en los laterales de la cara o a la altura de las mejillas.

Les favorece, por lo tanto, dejar las partes de los laterales más desfiladas que el resto del cabello.

Óvalo triángulo invertido

Se trata de un óvalo de contornos rectos, frente ancha, mejillas alargadas, pómulos anchos y mentón alargado y estrecho.

Si estas formas no son exageradas, puede dar la impresión de ser un rostro ovalado.

En este tipo de rostros, los pelos excesivamente largos alargan la zona del mentón, por lo que pueden dar sensación de rostro descompensado y, sin embargo, los flequillos y las medias melenas con volumen en el cuello les favorecen.

Óvalo periforme

Es un rostro con una característica forma de pera o de pirámide, con la frente estrecha y los maxilares anchos.

Es el tipo de rostro más complicado de equilibrar por la dureza de sus rasgos, con lo que debemos intentar suavizarlo con el tipo de corte y peinado que escojamos.

Lo ideal es realizar una melena larga con las puntas desfiladas o una media melena con flequillo.

Rostro ovalado

Está considerado como el tipo de óvalo perfecto, ya que cumple las condiciones matemáticas de armonía a la perfección, por lo que las personas que tienen este tipo de rostro pueden llevar cualquier tipo de peinado o corte de pelo.

Igual que hemos hecho estudiando el tipo de óvalo para elegir el corte de pelo que mejor nos puede favorecer, también podemos elegir (a grandes rasgos) el color de nuestro cabello según nuestro tono de piel y ojos.

Teniendo en cuenta todos estos consejos, conseguiremos que la vuelta a nuestra estética habitual o a nuestra nueva estética habitual sea todo un éxito.

CÓMO AFRONTAR EL MIEDO A UNA RECAÍDA TRAS HABER PADECIDO UN CÁNCER DE MAMA

Dra. Vicenta Almonacid Guinot

Miedo: perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene de que suceda una cosa contraria a lo que desea. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua.*

Una vez acabado el tratamiento y superada la enfermedad, suele quedar el miedo a que la enfermedad vuelva (recaída o recurrencia). En esta fase, los pacientes se vuelven más conscientes de las secuelas de los tratamientos (por ejemplo, los efectos de las intervenciones quirúrgicas, como puede ser el caso del cáncer de mama) y pueden requerir apoyo psicológico para afrontarlas.

Cuando el tratamiento termina, a menudo las personas esperan que la vida vuelva a ser como era antes de que les diagnosticaran el cáncer. Eso no pasa siempre. Es posible que tenga cicatrices permanentes en el cuerpo o que no sea capaz de hacer ciertas cosas que antes hacía fácilmente. Algunas personas, tras la enfermedad, se ven diferentes.

Las pacientes comentan que una de las cosas más difíciles tras el tratamiento es no saber qué pasa después. Muchas expresan sentir una espada que está colgando y que en cualquier momento puede caer; a este sentimiento se le denomina "Síndrome de Damocles" y es el más frecuente en los supervivientes de cáncer.

Síndrome de Damocles: temor continuo a la reaparición de la enfermedad; probablemente este miedo se deba a que la paciente tiene dificultades para olvidar que tuvo la enfermedad o algunos aspectos de la misma, aunque hayan pasado muchos años desde el diagnóstico.

Con frecuencia, los valores de la persona han cambiado tras la enfermedad, y puede resultar duro volver a la misma rutina y responsabilidades de siempre. La finalización de los tratamientos y la vuelta a la vida normalizada requieren, por un lado, hacer frente a las preocupaciones, los miedos a las recaídas y la ansiedad ante las revisiones; y, por otro lado, un esfuerzo añadido por parte de la paciente por recuperar su vida social, laboral y recreativa, así como la vida familiar, de pareja y sexual.

Si ya has padecido cáncer de mama, puedes tener miedo a una posible recurrencia o hasta a morir por la enfermedad. Pero, aunque sufras estos miedos, esto no implica necesariamente que vayan a pasar. Padecer la enfermedad no significa que volverá a aparecer o que morirás por su causa. De todos modos, es normal que te preocupe una enfermedad

que está tan presente en nuestro entorno y que tal vez ya conocías a través de una persona cercana o un ser querido cuando te la diagnosticaron.

Recuerda que las tasas de supervivencia en cáncer de mama han mejorado notablemente en España, siendo en estos momentos aproximadamente del 80% de los casos diagnosticados; el diagnóstico precoz y los avances en los tratamientos médicos han favorecido este resultado, por ello mantener expectativas realistas te puede ayudar a controlar el miedo.

En general, aunque es un miedo que está presente desde el diagnóstico de la enfermedad, los momentos en que se hace más presente y se experimenta con mayor intensidad son: cuando finalizan los tratamientos médicos, las semanas previas a la revisión oncológica, cuando una conocida o persona cercana recae o ante síntomas determinados que asocias con una posible recurrencia.

En la mayoría de las ocasiones estos pensamientos suscitan síntomas emocionales reactivos que, dependiendo de su intensidad y duración, deben ser tratados de un modo u otro.

Querer conocer los síntomas que podrían indicar que el cáncer ha regresado es común en los supervivientes de todo tipo de cáncer. No todos los síntomas o problemas de salud que tengas deben alarmarte, es muy importante que hables con tu doctor sobre los signos específicos para el tipo de cáncer que tuviste y el tratamiento que recibiste.

Así, compartir estas preocupaciones con tu médico puede ayudarte, él o ella te indicará tu situación real y valorará tu sufrimiento emocional, y esto le permitirá orientarte hacia el tratamiento adecuado.

Muchos sobrevivientes cuentan que, a medida que pasa el tiempo, el miedo a que el cáncer regrese disminuye y cada vez piensan menos en su cáncer. Sin embargo, incluso años después del tratamiento, algunos sucesos pueden hacer que aparezca la preocupación por la salud.

Aunque el miedo que puedes sentir tiene una base real, puesto que se trata de un riesgo posible, recuerda que solo se pueden realizar estimaciones, pero nadie te puede asegurar que vaya a pasar. ¿Alguna vez te has planteado otros riesgos que corres? ¿Qué haces para minimizar estos riesgos? ¿Cómo combates tus miedos? ¿Es el único miedo que tienes?

Los recursos de que dispones para controlar otros miedos te pueden ayudar en este. Por ejemplo, puedes pensar que tu oncólogo ha establecido unos márgenes de seguridad que ayudan a que la enfermedad no vuelva a aparecer, por ello, aunque hayas terminado los tratamiento médicos activos, no estás completamente desprotegida ante la enfermedad ni eres una enferma, **eres una mujer que ha tenido un problema de salud y lo ha solucionado.** Ahora tu reto es recuperarte y recuperar tu vida.

En general, para disminuir la angustia emocional que te causa la incertidumbre de una posible recaída, puedes seguir las siguientes recomendaciones:

1. Infórmate, aprende sobre el cáncer y sobre lo que puedes hacer por tu salud ahora; esto te puede dar una mayor percepción de control. Algunos estudios sugieren que las personas mejor informadas acerca de su enfermedad y tratamiento tienen más probabilidad de seguir con sus planes y de recuperarse de los tratamientos más rápidamente que quienes no lo están.

2. Confía en la información que te proporciona tu oncólogo; esto te ayudará a tener una visión realista del problema. La relación médico-paciente es fundamental para sentirse tranquilo.

3. En cada visita, habla con tu doctor sobre los síntomas que sientes o te preocupan, cualquier dolor que estés experimentando o si tienes un problema físico que te impide realizar actividades cotidianas o que te molesta (como cansancio, insomnio, falta de impulso sexual, pérdida o ganancia de peso, etc.).

4. Intenta no verte reflejada en otros casos conocidos; piensa que no todos los cánceres de mama son iguales ni necesitan el mismo tratamiento.

5. Protégete de las personas que, con su mejor voluntad, te cuentan casos que conocen y no van o acaban bien; puedes interrumpirlas diciéndoles que tienes prisa o llegas tarde a una cita.

6. No te dejes llevar por la información que recibes de los distintos medios de comunicación y siempre guíate por lo que tu doctor dice.

7. Normaliza tu vida lo máximo posible; si estabas satisfecha con tu vida anterior, vuelve al trabajo si te ayuda, realiza las mismas tareas domésticas y familiares de antes, busca tiempo para autocuidados y entretenimiento, etc. Si llegaste a la enfermedad con una vida insatisfactoria, este es el momento para realizar cambios.

8. Intenta limitar tu miedo, concrétalo en miedos más pequeños, puntúalos en intensidad de menor a mayor y trabaja sobre ellos. Compártelos con alguna persona de tu entorno con la que tengas confianza y que sepa escucharte. Si no tienes a nadie o piensas que nadie te entiende, una opción es buscar apoyo en grupos de autoayuda.

9. Expresa tus sentimientos; los sentimientos de temor, enojo o tristeza pueden ser normales cuando estás muy preocupada o sientes miedo. La capacidad de comunicar y controlar las emociones ayuda a muchas personas a sentirse menos preocupadas. Muchas personas descubren que cuando son capaces de expresar sus sentimientos, como el enojo y la tristeza, esos sentimientos se van, desaparecen.

   Algunos manejan sus sentimientos hablando con amigos y familiares, con otros sobrevivientes de cáncer o con un profesional. Por supuesto, si prefieres no hablar de tus miedos con otras personas, no lo tienes que hacer. De todas maneras tienes la posibilidad de expresar tus sentimientos pensando en ellos o escribiéndolos en un papel.

10. Posiblemente pienses que si la enfermedad vuelve, ya no hay nada que hacer, habla de ello con tu oncólogo. Una recurrencia no significa que tu cáncer sea fatal. Con exámenes regulares, hay muchas posibilidades de que cualquier recurrencia sea detectada en una etapa temprana y que tenga tratamiento.

11. Puedes sentir que no podrías soportar pasar otra vez por lo que ya has pasado o tener miedo de haber agotado el apoyo de tus familiares y amigos. Pero tanto tú como tus amigos y familiares podéis estar mejor preparados que en el primer episodio para abordarlo una segunda vez. Piensa que no hay dos episodios iguales, que el tratamiento puede ser menos agresivo, puede que no sea quimioterapia…

12. En los períodos previos a la revisión y en las fechas en que tienes alguna prueba (mamografía, rastreo óseo…) no planifiques cosas que te resulten estresantes. Utiliza tus fuentes de apoyo (amigos, películas, yoga, religión…) para sobrellevarlo de la mejor manera.

13. Intenta mantenerte tan activa como puedas. Salir de la casa y hacer algo que valga la pena puede ayudarle a pensar en otras cosas distintas al cáncer y a las preocupaciones que este trae.

CLAVES PARA VENCER EL MIEDO

- Acepta que tienes miedo, que es algo real y normal que, de una u otra forma, afecta a todas las mujeres sobrevivientes de un cáncer de mama.
- Míralo a los ojos y define un plan de acción.
- Disminuye su impacto aplicando pruebas de realidad. ¿Qué me dice mi doctor? ¿Cuántas veces me he preocupado y luego todo estaba bien?
- No dejes que el miedo te paralice. ¿Qué has hecho en otras ocasiones para controlar tus miedos? ¿De qué recursos dispones?
- Pide ayuda. Acude a amigos, familiares, compañeros o especialistas y explícales qué te sucede.
- Busca nuevas ilusiones y retos. Mira lo que hay alrededor y sumérgete en la vida.

14. Busca la forma de sentirte más positivo con respecto a la vida. Concéntrate en experiencias positivas que mejoren tu calidad de vida, acepta quién eres y cómo eres y rodéate de gente que te afirme como persona y apoye la forma en que manejas esta nueva etapa en tu vida. Emplea tu energía para concentrarte en el bienestar y en lo que puedes hacer ahora para mantenerte tan sana como sea posible.

15. Elabora un plan de autocuidados, es el momento de invertir en ti misma. Si te encuentras bien de salud, podrás controlar mejor tus emociones y estas serán más positivas.

16. Es recomendable que cuides tu alimentación, hagas un poco de ejercicio e intentes realizar actividades agradables para ti.

17. Busca formas de relajarte.

18. Si eres una persona que ya tenía problemas psicológicos antes del diagnóstico de cáncer de mama, coméntalo con tu oncólogo y pide ayuda desde el principio.

Por último: recuerda que a este miedo debes hacerle frente desde el momento que se manifiesta, cuanto más tiempo pase contigo, más difícil será manejarlo. Por ello, si el miedo se vuelve demasiado intenso y altera tu calidad de vida o te bloquea y te impide tomar decisiones, busca ayuda profesional. No tiene nada de malo aceptar que estás asustada o preocupada, y si buscas esta ayuda, el miedo disminuirá rápidamente.

LA PLAYA PUEDE SER UN CENTRO DE SALUD

Dña. Carmè García Rigau

Llega el buen tiempo y apetece ir a la playa. Sin embargo, el sol y el calor intenso no son muy recomendables para pacientes de cáncer de mama, especialmente si se está recibiendo quimio. Podemos pensar: "Será mejor pasar el verano en casa, con el aire acondicionado, y el año que viene ya veremos". Pero vivimos en un país que cuenta con playas maravillosas y con un clima caluroso que invita a visitarlas. Quedarnos encerradas mientras vemos cómo nuestros familiares y amigos disfrutan de ello, aunque sea por un verano, nos puede hacer sentir tristes, deprimidas y frustradas.

Precisamente en estos momentos necesitamos buen ánimo para combatir el cáncer, y la calidad de vida y el bienestar que podamos conseguir nos ayudarán a superarlo. Además, la orilla del mar es un lugar cargado de beneficios para nuestra salud. Así pues, vamos a ver de qué manera podemos disfrutar de la playa este verano. Ya veréis, no tendréis nada que envidiar al resto de la población.

Por supuesto, no haremos como la mayoría de la gente, que abarrota las playas en las horas de más calor, sudando a más de cuarenta grados, quemándose la piel, tumbándose a treinta centímetros de la toalla de un desconocido, quedándose aturdidos con riesgo de insolación, deshidratándose, poniendo en riesgo su salud, soportando con paciencia el calor y la aglomeración y dispuestos a aburrirse hora tras hora tomando el sol. Y todo por lucir un moreno más intenso que los demás. No parece muy apetecible, ¿verdad? Nosotras seremos más inteligentes: huiremos del mar de toallas y del aire con olor a crema solar y nos acercaremos al maravilloso mar, impregnándonos con su penetrante perfume. Para ello, tenemos que ir en las primeras horas de la mañana, cuando el sol aún no está alto, la temperatura es suave y no hay demasiada gente. A esa hora, el aire es aún limpio y fresco y huele a mar. También podemos ir al atardecer, cuando la gente empieza a marcharse, el sol no quema, pero la temperatura es muy agradable. Ese sol de la tarde da unos hermosos tonos dorados al paisaje que nos deleitarán. Aun así, tanto si vamos por la mañana como a la caída de la tarde, nos protegeremos del sol. Estamos especialmente sensibles a los efectos de los rayos UVA, con lo que debemos ser prudentes y aplicarnos un filtro solar de alta protección. Recordad que hay que hacerlo media hora antes de exponerse al sol.

Estamos especialmente sensibles a los efectos de los rayos UVA, con lo que debemos ser prudentes y aplicarnos un filtro solar de alta protección.

¿Y qué haremos una vez allí? Pues no nos dedicaremos a espachurrarnos y dormirnos en una toalla. Para disfrutar

de la experiencia nos mantendremos activas, y para ello tenemos varias opciones.

Pasear por la playa

Caminar es un ejercicio cardiovascular completo y suave que nos mantiene en forma sin cansarnos demasiado y que tiene enormes beneficios para nuestra salud. Es recomendable andar a buen ritmo (sin pararse y a un paso ligero, aunque cómodo) al menos veinte minutos al día. Si lo hacemos descalzas sobre la arena de la playa, tiene beneficios añadidos.

Como ya debéis de haber experimentado, caminar con los pies descalzos por la arena es muy gustoso y relajante. La arena de la playa nos va masajeando los pies mientras vamos andando, con lo que estimula la infinidad de terminaciones nerviosas que hay en la planta del pie. Eso libera tensiones y calma, en cierto grado, dolores y molestias. Además, este masaje, junto con el ejercicio de caminar, estimula la circulación linfática y el retorno venoso, con lo que es bueno para prevenir o combatir los tobillos hinchados y las varices.

Al andar por arena, necesitamos hacer un esfuerzo mayor que cuando caminamos por la calle, ya que la arena hace un poco de resistencia. Con esto, estamos fortaleciendo nuestros tobillos y piernas mientras disfrutamos del paisaje, del sonido de las olas y de la agradable brisa marina. Debemos tener en cuenta que la arena seca ofrece más resistencia que la mojada, que está más compactada. Por eso, si no estamos muy en forma, es mejor caminar por la arena mojada y, en unos días, podemos ya hacerlo por la seca. En cualquier ejercicio que hagamos es recomendable ser progresivas.

También podemos caminar con las piernas metidas en el agua. Esto lo haremos despacio, controlando el equilibrio, el cual irá mejorando conforme hagamos este ejercicio. Además, el agua fresca del mar, con el masaje constante de las olas, es buenísima para la circulación y contiene elementos beneficiosos para la piel y el organismo. Andando por el agua trabajamos el equilibrio, los músculos y, sobre todo, estaremos haciendo un estupendo deporte en un medio hermoso y saludable. Un apunte más: prepárate a tener los pies más finos y suaves que nunca, ya que la arena ejercerá un efecto exfoliante en ellos.

Si ya estás en forma y quieres hacer un ejercicio más intenso, puedes también correr por la arena mojada. Puedes hacerlo descalza o en zapatillas de deporte, como más te apetezca. La playa, con su perfume y su brisa, las olas en constante vaivén, el amplio cielo y el inmenso mar a tu lado te reportarán una estupenda sensación de libertad y plenitud mientras corres. No te olvides de estirar bien cuando termines, es importante para cuidar tus músculos. Puedes hacerlo mientras te relajas mirando el horizonte.

Ejercicio en el agua

Por supuesto, puedes bañarte. Los beneficios del agua de mar son conocidos desde la antigüedad. Sus propiedades rejuvenecedoras, purificantes y buenas para la piel e infinidad de enfermedades se han utilizado desde siempre. Así que, si en otras ocasiones hemos hablado de lo bueno que es la natación y el ejercicio en el agua, imagínate cuánto mejor será si esta agua es una fuente de salud en sí misma.

El agua fresca del mar, con el masaje constante de las olas, es buenísima para la circulación y contiene elementos beneficiosos para la piel y el organismo. Andando por el agua trabajamos el equilibrio, los músculos y, sobre todo, estaremos haciendo un estupendo deporte en un medio hermoso y saludable.

Nadar en el mar puede incomodarte por el movimiento de las olas, que pueden hacerte tomar algún trago inesperado de agua salada. Pero no te preocupes, que el agua que tragues no te perjudicará en absoluto. Para compensar esta posible incomodidad, en el mar flotarás más fácilmente, por el efecto de la sal, y sentirás que nadas con más ligereza. Por supuesto, tienes que ser prudente y no adentrarte demasiado. Tampoco debes bañarte si el mar está revuelto, si hay bandera amarilla o roja.

Si te da miedo nadar, no sabes o no te apetece, puedes hacer otros ejercicios dentro del agua, siempre haciendo pie para sentirte segura. Con el agua hasta la cintura o hasta el pecho, puedes levantar alternativamente una pierna y otra, hacia delante, de costado o hacia atrás. Puedes también bañarte hasta el cuello y abrir y cerrar los brazos. O puedes hacer cualquier otro movimiento que se te ocurra. Moverte en el agua no te hará ningún daño, al contrario, es más seguro que hacerlo en tierra, ya que no puedes caerte. También puedes hacer estiramientos en el agua para mejorar tu flexibilidad. El medio acuático favorece esa cualidad.

En grupo

Si vas en grupo, además de estas actividades, puedes disfrutar de juegos con pelota, embarcaciones con pedales y muchas cosas más. Todo vale mientras tomes precauciones, evites las horas de mayor radiación solar y no te extenúes. Seguramente así tú y tus amigos y familiares disfrutéis más de la playa que la gente que se hacina en las toallas de sol a sol. Posiblemente, lo que al principio viviste como una limitación te habrá descubierto una nueva forma más saludable y mejor de disfrutar de la orilla del mar y del verano. Quizás ya nunca vuelvas, aunque puedas, a ir a la playa simplemente a tomar el sol, como la mayoría de la gente. Habrás descubierto que de esa forma te pierdes mucho y no ayudas a tu salud. A esas horas tan abrasadoras, lo mejor es echarse una buena siesta a la sombra.

La playa, el mejor *spa* natural

Usa la playa como un entorno excelente para estar al aire libre y cuidarte, para disfrutar de la naturaleza junto con tu familia y amigos. Usa los beneficios del sol moderado, del agua del mar, de la arena y de la brisa impregnada de partículas del mar. Solo con que evites las horas de más calor y muchedumbre y te protejas bien del sol, vas a disfrutar del mejor y quizás más hermoso *spa* natural: con el agradable olor a mar, la relajante música de las olas, la arena masajeadora, la climatización por brisa natural impregnada de microgotas de agua marina y un mar lleno de salud en constante movimiento para que hagas baños de contraste y te ejercites. ¿Conoces algún centro de belleza y salud mejor?

"TENGO METÁSTASIS. ¿HASTA CUÁNDO DEBO RECIBIR TRATAMIENTO?"

Dr. Juan Bayo Calero

En primer lugar conviene definir qué es la enfermedad metastásica en pacientes con cáncer de mama. El concepto abarca todas las situaciones donde existe enfermedad con células tumorales mamarias que afecten a cualquier órgano o tejido, exceptuando el tumor original de la mama y su área locoregional (cicatriz y ganglios axilares, infra o supraclaviculares del mismo lado que la mama).

Aunque tradicionalmente se ha considerado como una enfermedad irresoluble, en la que el objetivo principal era obtener la máxima calidad de vida, con la aparición de los nuevos fármacos (modernos citostáticos, anticuerpos, agentes biológicos, etc.), se está consiguiendo el alargamiento en los tiempos de supervivencia.

En los últimos veinte años pocas enfermedades oncológicas han mejorado tanto su pronóstico como el cáncer de mama metastásico (CMM), obteniéndose actualmente supervivencias medias superiores a los dos años. Además existe una clara tendencia actual a superar claramente estas cifras.

Pero aún es más importante la aparición de un subgrupo de pacientes, que suponen entre un 10 y un 20%, que conviven indefinidamente con la enfermedad, manteniendo supervivencias muy prolongadas por encima de los diez años. Esta situación marca el inicio del control del CMM, convirtiéndolo en una enfermedad crónica que solo requiere distintas tandas de tratamientos en las fases de actividad.

El CMM es un conjunto de enfermedades y de situaciones distintas, que a su vez tienen un enfoque y pronóstico diferentes. Su pronóstico depende de muchos factores como son: el número y tipo de órganos afectos, el estado general del paciente, la tolerancia y eficacia de los tratamientos, los intervalos de recaída, la biología tumoral, etc.

En un esfuerzo de síntesis, podemos proponer una agrupación de todas estas situaciones en cuatro grupos diferenciados:

1.º - Grupo con buena calidad de vida, largas supervivencias y buenas respuestas a los distintos tratamientos oncológicos. Se trata de pacientes con metástasis óseas, nódulos pulmonares o hepáticos poco numerosos, afectación de la piel o tejidos blandos (grasa, músculo,

ganglios, etc.) o infiltración de médula ósea. Generalmente son enfermedades que recaen tras largos períodos de tiempo y suelen ser hormonosensibles. Entre el 40 y el 50% de este grupo puede alcanzar los cinco años de supervivencia, y hasta un 20% pasa los diez años.

2.º - Grupo con aceptable calidad de vida y supervivencias medias. Son pacientes con enfermedades viscerales en varios órganos, principalmente hígado y pulmón, enfermedad ósea complicada y extensa o afectación de la pared torácica (tórax en coraza). Inicialmente responden bien a quimioterapia, pero la respuesta es de corta duración. La supervivencia de este grupo se sitúa en términos aceptables, con frecuencia superiores a los dos años.

3.º - Grupo de mal pronóstico y con mala calidad de vida. Enfermedad pleuropericárdica, hepática difusa, linfangitis pulmonar y, sobre todo, enfermedad del sistema nervioso central (metástasis cerebrales o meníngeas). Menores supervivencias y mala respuesta al tratamiento oncológico. Tanto este grupo como los anteriores están mejorando actualmente y se están beneficiando de nuevos tratamientos que están prolongando la supervivencia, estimándose que este aumento real aún no se ha analizado, ya que formará parte de los registros que se publicarán en los próximos años.

4.º - Enfermedad Her2 positiva. Aunque podría encuadrarse en cualquiera de los tres grupos anteriores, en sí mismo constituye un grupo diferente. El enfoque terapéutico es específico y los avances terapéuticos en este grupo son impresionantes. El CMM Her2 positivo consigue supervivencias medias en torno a los treinta meses, pero lo más importante es que muchos pacientes consiguen supervivencias muy prolongadas, con control total de la enfermedad y manteniendo una buena calidad de vida. Este hecho se ha descrito incluso para pacientes con enfermedad cerebral, ya que hay agentes antiher2 que cuentan con gran actividad a este nivel, como ocurre con lapatinib.

Existen numerosos estudios que avalarían esta propuesta de grupos que hemos hecho, pero especialmente nos gustaría resaltar el Proyecto Álamo II. Se trata de un estudio dirigido por GEICAM y realizado por numerosos centros españoles, donde se analizaron retrospectivamente las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con CM tratadas en España durante el período de 1994-1997. En el apartado de enfermedad avanzada puede observarse un análisis comparativo de dos grupos distintos de pacientes. Por una parte está la afectación regional metastásica o partes blandas (piel, tejido subcutáneo, ganglios, etc.), que cuenta con 721 pacientes (25,7%), y por otra el grupo con enfermedad en órganos internos, con 2.077 pacientes (74,3%).

El primer subgrupo cuenta con medianas de supervivencia global de 3,8 años y una supervivencia a los diez años en torno al 30%; el segundo subgrupo presenta medianas de supervivencia de dos años, con tasas a los diez años inferiores al 10%. Aunque durante el período analizado aún no existían los tratamientos actuales, las supervivencias son relativamente altas y se mantiene la diferencia con base en el tipo de enfermedad metastásica.

Tras esta introducción y centrándonos en la pregunta del título, hay que expresar que evidentemente esta pregunta no tiene una única respuesta, ya que depende de muchos factores derivados del tipo de enfermedad, de la evolución o de la paciente. En líneas generales, podría decirse que globalmente el tratamiento de la enfermedad metastásica es indefinido mientras la enfermedad lo requiera.

Cuando la modalidad de tratamiento es la hormonoterapia, la duración es continua, ya que si hay cambios clínicos, suele realizarse un cambio de hormonas, pero siempre se mantiene un tratamiento de base. Cuando los tratamientos hormonales ya no son eficaces o simplemente no están indicados, como ocurre en las pacientes con receptores hormonales negativos, el tratamiento utilizado es quimioterapia.

Existe controversia sobre la duración de la quimioterapia inicial del CMM; recientes estudios de metaanálisis publicados recomiendan completar una duración de al menos seis ciclos. Dependiendo del esquema elegido, la duración de la quimioterapia estándar de primera línea oscila entre seis y ocho ciclos de quimioterapia. Cuando la primera línea ha incluido el uso de un anticuerpo, este puede continuarse en mantenimiento tras finalizar la quimioterapia.

Las posibilidades de respuesta y control de la enfermedad oscilan entre el 50 y el 80%. Posteriormente se suele recomendar un descanso o "vacaciones" mientras el paciente se recupera y la enfermedad permanece inactiva. Cuando la enfermedad se reactiva, se retoma una segunda línea de tratamiento y así de forma sucesiva mientras la situación clínica lo permita.

Existen numerosos fármacos efectivos en CMM (taxanos, doxorrubicinas liposomales, vinorelbina, capecitabina,

gemcitabina, bevacizumab, etc.). Todos ellos han demostrado una eficacia moderada en torno a un 20-30% de respuestas a partir de la segunda línea y una prolongación de los tiempos de recaídas, pero sin aumentar significativamente la supervivencia global. La eribulina, recién aprobada, ha demostrado incluso un aumento de supervivencia global de unos tres meses.

Salvo en la primera línea, donde suelen realizarse combinaciones, el resto de líneas son fármacos únicos, ya que la combinación de ellos solo aporta mayor toxicidad. La elección de un esquema u otro depende de la enfermedad y del tipo de efectos secundarios que el paciente tolere mejor. Los tiempos de duración de la respuesta y de reactivación de la enfermedad van acortándose; así encontramos tiempos iniciales tras la primera línea de quimioterapia en torno a 9-12 meses, que van reduciéndose progresivamente con las líneas sucesivas hasta 3-4 meses.

En algunos casos en los que se ha obtenido una buena respuesta de la enfermedad y la tolerancia es buena, puede prolongarse la quimioterapia varios meses más hasta que la enfermedad deje de responder o la toxicidad del tratamiento impida continuarlo. Esta situación es frecuente con fármacos poco tóxicos y de cómoda administración, como ocurre por ejemplo con la capecitabina o la vinorelbina.

La capecitabina es una quimioterapia oral eficaz en cáncer de mama metastásico con dos efectos secundarios frecuentes, como son la alteración de la piel en manos y pies y la diarrea. Si se controlan estos efectos secundarios, dando las recomendaciones específicas, y se reajustan las dosis, este es un tratamiento que puede prolongarse mucho tiempo en lo que llamamos la quimioterapia de mantenimiento.

Existen otros citostáticos que, administrados a dosis bajas, de forma crónica consiguen un buen control de la enfermedad; es la quimioterapia metronómica. El CMM también es una enfermedad muy adecuada para realizar ensayos clínicos, así las mujeres incluidas en estos estudios realizarán los esquemas terapéuticos predefinidos, cuya duración es muy variable.

Llega un momento en que la enfermedad ya es resistente a los fármacos y empeora a pesar de la aplicación del tratamiento; en esta situación es preferible no seguir probando fármacos uno tras otro y concentrarse en conseguir un buen control de los síntomas y una buena calidad de vida en el contexto de cuidados paliativos, evitando por supuesto efectos tóxicos innecesarios.

Las metástasis óseas reciben, junto con el tratamiento oncológico específico, otro llamado bifosfonatos (ácido zolendrónico, denosumab), destinado a evitar las complicaciones y los síntomas óseos. Aunque puede interrumpirse o reanudarse según la situación clínica, esta terapia debe administrarse de forma contínua durante unos dos años.

El 20% de las pacientes con cáncer de mama metastásico son del subgrupo Her-2 positivo. En estos casos el tratamiento de inmunoterapia basado en trastuzumab, lapatinib o pertuzumab se asocia inicialmente a quimioterapia durante 6-8 ciclos, prosiguiendo posteriormente el fármaco antier-2 indefinidamente. Actualmente suelen mantenerse estos agentes durante toda la evolución de la enfermedad, asociándose a otros fármacos en diferentes combinaciones.

Recientemente, investigadores españoles, la mayoría pertenecientes a GEICAM, hemos presentado en el congreso anual americano (ASCO) el estudio LONGHER, donde se recogía un grupo de 103 pacientes con cáncer de mama metastásico Her-2 positivo, que habían respondido al tratamiento prolongado con trastuzumab con una mediana de 55 meses.

Como conclusión diremos que el tiempo del tratamiento depende del tipo de enfermedad, pero en general el tratamiento de quimioterapia en tandas o de mantenimiento y la hormonoterapia o inmunoterapia continuas se administrarán durante todo el proceso, mientras la situación clínica lo permita y exista sensibilidad a las distintas terapias.

La existencia de grupos de pacientes con largas supervivencias y largos períodos de enfermedad sin actividad y, por tanto, sin necesidad de tratamiento induce a que consideremos al CMM como cualquier enfermedad crónica benigna.

ALCOHOL Y CÁNCER DE MAMA

Dra. Marina Pollán

El consumo de alcohol es un claro factor de riesgo para muchos tipos de cáncer, incluido el de mama. Los tumores más asociados con el alcohol son aquellos que afectan al tracto digestivo alto, incluyendo el cáncer de esófago, faringe, laringe y cavidad bucal, seguidos del tracto digestivo bajo (colorrectal e hígado) [1].

En 2007, el panel de expertos del Instituto Americano de Investigación del Cáncer, tras revisar toda la literatura científica disponible, concluyó que existe suficiente evidencia como para considerar que el consumo de bebidas alcohólicas aumenta la incidencia de los tumores descritos anteriormente, así como el del cáncer de mama [1].

Recientemente, el estudio EPIC (estudio europeo de dieta y cáncer) ha estimado la proporción de tumores atribuibles al consumo de bebidas alcohólicas en ocho países europeos (Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Holanda, España y Reino Unido).

Sus resultados muestran que un 10% de la incidencia de cáncer en varones europeos y un 3% en mujeres serían debidos al consumo de alcohol [2]. Las cifras para España son un poco más elevadas: 15% en hombres y 4% en mujeres [2].

Es curioso que, siendo el alcohol un nutriente con capacidad carcinogénica demostrada, no solo para el cáncer de mama, sino para muchos otros tumores, el Código Europeo Contra el Cáncer recomiende moderar el consumo de alcohol sin llegar a pedir a los europeos que sean totalmente abstemios [3]. ¿A qué se debe este tratamiento diferencial con respecto a otros carcinógenos como el tabaco? La respuesta está en la curiosa relación que presenta el alcohol frente a la mortalidad general, es decir, la mortalidad por todas las causas.

La curva tiene forma de "J", es decir, los abstemios tienen una mayor mortalidad que los bebedores moderados, pero en cuanto la cantidad de alcohol consumida aumenta, la mortalidad vuelve a ascender [4]. Esta forma tan curiosa se debe principalmente a la relación entre el consumo de alcohol y la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, las cuales constituyen una de las principales causas de muerte en el mundo desarrollado [4].

También sabemos que la parte ascendente de la J se dispara antes en mujeres que en hombres [4]. Esta es la razón por la que la definición de "consumo moderado de alcohol" sea diferente en hombres (dos copas o cañas al día) que en mujeres (una copa o caña al día).

Los primeros estudios que mostraron una asociación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el cáncer de mama aparecieron a principios de los años ochenta y desde entonces se han publicado más de cien estudios epidemiológicos que respaldan dicha asociación [5]. De hecho, la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) considera que la evidencia existente permite concluir que el alcohol es un agente causal en el desarrollo del cáncer de mama [6]. Se ha estimado que el consumo de bebidas alcohólicas es responsable del 5% de los casos de cáncer de mama que ocurren en mujeres europeas y del 3% de los diagnosticados en nuestro país [2].

La mayor parte de los estudios disponibles se habían realizado en países anglosajones, en los que el patrón de consumo de bebidas alcohólicas es bastante diferente al patrón tradicional de consumo en nuestro país. El análisis conjunto de la información procedente de estos estudios mostraba una relación dosis-respuesta muy clara, con un incremento del riesgo de cáncer de mama de un 10% por cada aumento en 10 gramos de alcohol al día [7].

Hay que tener en cuenta que una copa de vino puede tener unos 15 gramos de alcohol y una caña, entre 10 y 15 gramos. El consumo de tres o más bebidas alcohólicas al día aumenta el riesgo de cáncer de mama entre un 40 y un 50% [5]. Quedaba por saber qué ocurre con el consumo muy moderado (menor de una bebida al día), si el alcohol se asocia a todos los subtipos de cáncer de mama y cuál es el efecto diferencial entre unos tipos de bebidas y otros.

Muy recientemente se ha publicado un análisis conjunto de todos los estudios disponibles para cuantificar el riesgo asociado al consumo muy moderado de alcohol [5]. De esta manera, combinando los resultados de 113 estudios distintos, se ha conseguido cuantificar el efecto asociado a un consumo moderado (una bebida alcohólica al día o menos). El consumo moderado aumenta ligeramente (4%) el riesgo de desarrollar un cáncer de mama [5].

En cuanto al tipo de tumor mamario asociado al consumo de alcohol, parece que la asociación es mayor para los tumores que muestran receptores hormonales. No obstante, a pesar de que el efecto es menor, también se ha encontrado una asociación con los tumores que no expresan receptores [5].

¿Son todas las bebidas alcohólicas igual de nocivas? Parece claro que las bebidas de alta graduación alcohólica suponen un mayor riesgo, principalmente por su alto contenido en alcohol. Respecto al efecto del vino y la cerveza, los resultados disponibles no son concluyentes.

La dieta mediterránea se caracteriza por el alto consumo de ensaladas y verduras, legumbres, frutas, frutos secos, cereales y pescado, el bajo consumo de carne y grasas saturadas, la utilización de aceite de oliva y el consumo de vino en la comida. Es decir, el consumo moderado de vino es un ingrediente más de la llamada "dieta mediterránea". Este patrón dietético ha mostrado en algunos estudios una relación inversa con el cáncer de mama [8]. El vino contiene un potente antioxidante llamado resveratrol con propiedades anticancerígenas demostradas en modelos experimentales [9].

Por otra parte, la cerveza tiene un alto contenido de ácido fólico y un flavonoide procedente del lúpulo, el xanthohumol, con actividad estrogénica débil, que podría disminuir el efecto de los estrógenos endógenos compitiendo con ellos por la unión a los receptores estrogénicos [10].

El consumo de tres o más bebidas alcohólicas al día aumenta el riesgo de cáncer de mama entre un 40 y un 50%.

Los compuestos referidos (resveratrol, xanthohumol, ácido fólico y otros) han mostrado propiedades beneficiosas frente al cáncer, pero hay que recordar que tanto el vino como la cerveza contienen alcohol, y el alcohol puede inducir el desarrollo de un tumor mamario [6].

No se conoce con certeza cuál es el mecanismo biológico por el cual el alcohol es capaz de desarrollar, o ayudar a desarrollar, un cáncer de mama. En animales de experimentación se ha encontrado que el etanol puede inducir cáncer de mama en ratones [5]. Por otra parte, en mujeres voluntarias se ha demostrado que el consumo de alcohol aumenta el nivel de estrógenos circulantes, tanto en mujeres posmenopáusicas como en premenopáusicas [5].

Nuestro organismo metaboliza el alcohol y lo transforma en acetaldehído, que es un compuesto mutagénico y carcinogénico [5]. De hecho, un estudio reciente muestra cómo las mujeres con variantes genéticas que influyen en el metabolismo del alcohol modulan la relación entre alcohol y cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas [11]. El aumento de estrógenos circulantes y el efecto directo del acetaldehído serían los principales mecanismos conocidos, aunque se han descrito otros, como es el desplazamiento de nutrientes en la dieta.

El alcohol produce mala absorción e interfiere con el metabolismo de ácido fólico. De hecho, un gran estudio americano sugiere que una ingesta adecuada de ácido fólico podría disminuir el efecto nocivo del alcohol [12]. Es interesante constatar que la glándula mamaria parece responder a cantidades muy bajas de alcohol, que no son capaces de aumentar el riesgo de cáncer en otros órganos [5].

¿Qué pasa con el consumo de alcohol en mujeres que ya han tenido un cáncer de mama? Un estudio reciente no encuentra un efecto negativo en la supervivencia de estas mujeres cuando el consumo es moderado (una bebida al día o menos).

No obstante, las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, aquellas que pertenecen a familias de alto riesgo y las que tienen factores de riesgo importantes (antecedentes de biopsia mamaria o enfermedad benigna de la mama) deben tener en cuenta todo lo comentado en este artículo y evitar o al menos limitar el consumo de alcohol por debajo de una bebida al día [5].

BIBLIOGRAFÍA:

1. "Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective", World Cancer Research Fund, American institute for Cancer Research, AICR, Washington DC, 2007.

2. Schütze, M., Boeing, H., Pischon, T., Rehm, J., Kehoe, T., Gmel, G. et ál., "Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study", *BMJ,* 2011, 342:d1584.

3. Boyle, P., Autier, P., Bartelink, H., Baselga, J., Boffeta, P., Burn, J. et ál., "European Code Against Cancer and scientific justification: third version", *Annals of Oncology,* 2003, 14:973-1005.

4. White, I.R., Altmann, D.R., Nanchahal, K., "Alcohol consumption and mortality: modeling risks for men and women at different ages", *BMJ,* 2002, 325:191.

5. Seitz, H.K., Pelucchi, C., Bagnardi, V., La Vecchia, C., "Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer", *Alcohol and Alcoholism,* 2012, doi:10.1093/alcalc/ags011.

6. Secretan, B., Straif, K., Baan, R., Grosse, Y., El Ghissassi, F., Bouvard, V. et ál., "A review of human carcinogens – Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish", *The Lancet Oncology,* 2009, 10:1033-1034.

7. Key, J., Hodgson, S., Omar, R.Z., Jensen, T.K., Thompson, S.G., Boobis, A.R., Davies, D.S., Elliott, P., "Meta-analysis of studies of alcohol and breast cancer with consideration of the methodological issues", *Cancer Causes Control,* 2006, 17:759–7.

8. Trichopoulou, A., Bamia, C., Lagiou, P., Trichopoulos, D., "Conformity to traditional Mediterranean diet and breast cancer risk in the Greek EPIC (European Prospective investigation into Cancer and Nutrition) cohort", *The American Journal of Clinical Nutrition,* 2010, 92:620-625.

9. Garvin, S., Öllinger, K., Dabrosin, C., "Resveratrol induces apoptosis and inhibits angiogenesis in human breast cancer xenografts in vivo", *Cancer Letters,* 2006, 231:113-122.

10. Gerhäuser, C., "Beer constituents as potential cancer chemopreventive agents", European Journal of Cancer, 2005, 41:1941-2954.

11. McCarty, C.A., Reding, D.J., Commins, J.C., Williams, C., Yeager, M., Burmester, J.K., Schairer, C., Ziegler, R.G., "Alcohol, genetics and risk of breast cancer in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial", *Breast Cancer Research and Treatment,* 2012, doi:10.1007/s10549-012-1972-1.

12. Zhang, S., Hunter, D.J., Hankinson, S., Giovannucci, E.L., Rosner, B., Colditz, G.A., Speizer, F.E., Willett, W.C., "A prospective study of foliate intake and the risk of breast cancer", *JAMA,* 1999, 281:1632-1637.

ANÉMONA: GRUPO DE AUTOAYUDA PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DE LA MARINA BAIXA. X ANIVERSARIO (2002-2012)

Dña. Pilar Jiménez

¿QUIÉNES SOMOS?

ANÉMONA (grupo de autoayuda para mujeres con cáncer de mama de la Marina Baixa) es una asociación independiente y sin ánimo de lucro, de ámbito comarcal, con más de 420 socios, que pretende dar respuesta a las necesidades de todas aquellas personas afectadas por el cáncer de mama.

Nace en el año 2002, de la mano de María Botella y Feli Herce, que tratan de conseguir una mejor calidad de vida para las mujeres afectadas, apostando por un sistema sanitario sostenible y de calidad.

La existencia de esta asociación se fundamenta en la solidaridad con las necesidades de la persona enferma y en el conocimiento basado en la experiencia de los problemas de carácter psicológico y social que deberá afrontar, como son: los sentimientos de soledad, la baja autoestima, la frustración, el miedo y un largo etcétera.

Los destinatarios de la misma son tanto las personas afectadas por cáncer de mama, sus familiares y amigos como la sociedad en general.

> "En la lucha contra el cáncer de mama, no hay lazo más fuerte que el del compromiso". Socia de ANÉMONA.

Nuestro objetivo principal es el de desarrollar actividades relacionadas con los aspectos físicos, psicológicos, familiares y sociales de estas mujeres.

Para ello queremos:

- **Contribuir** a la creación y mantenimiento de prácticas sanitarias, asistenciales y rehabilitadoras en relación con la salud física y mental de las mujeres afectadas por esta patología.

- **Ayudar** a las mujeres afectadas a superar los problemas que van más allá del campo estrictamente médico, para conseguir una plena integración en la vida cotidiana.

- **Promover** todas aquellas actividades que convergen en la defensa de la igualdad de derechos y oportunidades, así como en el bienestar de las mujeres que viven esta situación y de sus familiares.

ANÉMONA pertenece a FECMA (Federación Española de Cáncer de Mama) porque somos conocedoras de que la unión hace la fuerza, y es muy importante establecer relaciones con otras asociaciones con nuestros mismos fines, para conseguir grandes avances y logros para todas.

"Las fuerzas que se asocian para el bien no se suman, se multiplican". Concepción Arenal, ANÉMONA.

¿QUÉ OFRECEMOS?

Información y orientación

El objetivo fundamental de este servicio es dar a la persona que lo solicita la información adecuada desde un punto de vista testimonial.

Responde a la necesidad de individuos, grupos e instituciones de estar informados acerca de sus derechos y de los recursos sociales existentes, con el objetivo de facilitarles el acceso a los mismos.

Apoyo psicológico

A través de un programa llevado a cabo por una psicóloga, con el fin de proporcionar la adecuada atención psicológica a las mujeres afectadas y sus familiares, así como facilitar la reinserción social de estas, mediante las siguientes actividades:

– Escucha activa.

– Entrevista de acogida.

– Técnicas para fomentar la autoestima.

– Desarrollo de las habilidades sociales y de la comunicación, abordaje de los temores y conflictos.

– Técnicas de autorrelajación.

– Apoyo para luchar contra el aislamiento y la soledad a través de las actividades sociales y ocupacionales.

– Atención psicosocial individualizada.

– Grupo de autoayuda semanal para compartir e intercambiar información y experiencias y dar apoyo emocional.

"La enfermedad ha conseguido que cambiemos la percepción de las cosas y nos ha enseñado a dar prioridad a lo verdaderamente importante". María Botella, ANÉMONA.

Fisioterapia

Focalizada a la atención especializada en la prevención y rehabilitación del linfedema, con el objetivo de proporcionar el tratamiento adecuado a distintos problemas linfáticos que presentan estas mujeres. El tratamiento se lleva a cabo a través de las siguientes actividades:

– Tratamiento específico de las complicaciones linfáticas.

– Fomento de la autonomía personal.

– Establecimiento de normas básicas para la actuación ante el problema linfático concreto.

– Seguimiento tras la aplicación del tratamiento.

Apoyo social

Mediante un programa que presta apoyo social a mujeres afectadas de cáncer de mama, así como a sus familiares, estableciendo una relación de ayuda positiva en el proceso de la edad, activando los recursos personales tanto de la afectada como de sus familiares y movilizando los recursos sociales necesarios, con el fin de obtener una disposición colaboradora para poder afrontar la situación/problema con actitud positiva, contribuyendo de esta forma a elevar la calidad de vida de la paciente y su entorno familiar.

Voluntariado

Su principal función es dar apoyo testimonial y acompañar a las pacientes.

Tipos:

a) En el hospital:

– Hospital de día.

– Sala de espera de radioterapia.

– En habitaciones. El hospital ofrecerá al paciente la posibilidad de si quiere ser visitado por un voluntario y solamente se atenderán aquellos casos que expresamente hayan dado su conformidad.

ANÉMONA cuenta en la actualidad con un convenio de colaboración con la Consellería de Sanidad (Generalitat Valenciana) para la realización de voluntariado en el Hospital Comarcal Marina Baixa, en Villajoyosa.

b) Asistencia a domicilio:

– Cuando el enfermo o un familiar lo solicite.

"Ser útil a los demás da una satisfacción enorme". Voluntaria de ANÉMONA.

Cursos de formación

El realizar cursos de formación adaptados a mujeres con cáncer de mama es una medida que fomenta el acceso a la vida laboral para una mayor integración física y psicosocial de estas mujeres, ofreciendo la posibilidad de encontrar un trabajo digno y la autosuficiencia económica: talleres de yoga, cursos de cocina, cursos de informática e idiomas, etc.

"Para muchas de nosotras, el destino es el que baraja las cartas, pero nosotras somos las que jugamos la partida". Socia de ANÉMONA.

Actividades

– **Actividades de representación y defensa de los intereses de las socias y sus familiares** dirigidas a establecer un contacto diario con las instituciones públicas (Administración local, autonómica y estatal), privadas (entidades bancarias), laboratorios farmacéuticos, centros sanitarios, asociaciones, etc., y dar soporte a la investigación.

– **Actividades de información y difusión.** Coordinación, participación y organización de conferencias públicas, jornadas, cursos, congresos, etc.: asamblea FECMA, encuentro UIMP, programa CAM, encuentro "El Mundo en tu Plaza", charla en la Semana de la Salud de Alfaz del Pi, actividades para conmemorar el Día Internacional del Cáncer de Mama: gran lazo humano, cine fórum, mesas informativas, lecturas del manifiesto, intervención en los medios de comunicación local y comarcal, etc.

– **Actividades de convivencia.** Tienen como fin favorecer la integración comunitaria y propiciar la convivencia de las personas por medios normalizados, así como potenciar la creación de los recursos necesarios: viajes sociolúdicos culturales, marchas conmemorativas del Día Internacional del Cáncer de Mama en Villajoyosa y Benidorm, con un gran poder de convocatoria, y comidas de hermandad entre asociadas.

– **Actividades benéficas.** Tienen como objetivo recaudar fondos para sufragar los programas que se desarrollan durante todo el año: comidas y cenas benéficas y de convivencia, conciertos y galas benéficas.

"El coraje es estar dispuesto a sentir un grado razonable de temor ante los desafíos". Socia de ANÉMONA.

A lo largo de los diez años de andadura de esta asociación, uno de los logros ha sido, sin duda, que el cáncer de mama haya salido de la intimidad de la casa y que se hable de él abiertamente en las calles y en las plazas de los pueblos de nuestra comarca. Esto ha sido posible gracias a las mesas informativas, las marchas solidarias, las conferencias, etc., que hemos venido realizando durante este tiempo.

glosario

Estrógenos
Hormonas sexuales de tipo femenino producidas por los ovarios y, en menores cantidades, por las glándulas adrenales. Pueden promover el crecimiento de las células cancerosas, en especial las de la mama.

Progesterona
Hormona del cuerpo lúteo que se forma con la ruptura cíclica de un folículo ovárico. La progesterona es necesaria para que el útero y los senos se desarrollen y funcionen correctamente.

Progresión
Término empleado en oncología para señalar el empeoramiento de un cáncer. El diagnóstico de progresión se realiza según criterios objetivos aceptados internacionalmente.

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.

Inmunohistoquímica
Técnica de inmunotinción que permite demostrar una variedad de antígenos presentes en las células o tejidos utilizando anticuerpos marcados. Estas técnicas se basan en la capacidad de los anticuerpos de unirse a sus antígenos. Esta reacción es visible solo si el anticuerpo está marcado con una sustancia que absorbe o emite luz o produce coloración.

Recidiva
Reaparición de los síntomas de una enfermedad poco después del periodo de convalecencia. En oncología, reaparición de un cáncer después de una aparente desaparición tras un tratamiento quirúrgico o médico.

Marcador tumoral
Sustancias que a menudo pueden descubrirse en cantidades mayores que las normales en la sangre, orina o tejidos del cuerpo de algunos pacientes con ciertos tipos de cáncer. Los marcadores tumorales son producidos por el propio tumor o por el cuerpo como respuesta a la presencia de cáncer o ciertas condiciones benignas (no cancerosas). Además del papel que desempeñan en el diagnóstico de cáncer, los niveles de algunos marcadores tumorales son medidos antes del tratamiento para ayudar a los médicos a programar la terapia apropiada. En algunos tipos de cáncer, los niveles del marcador tumoral reflejan la extensión de la enfermedad y pueden ser útiles al predecir qué tan bien responderá la enfermedad al tratamiento.

Tumor infiltrante
El carcinoma ductal infiltrante (CDI) es la forma más frecuente de cáncer de mama invasiva constituyendo un 80% de todos los casos y se caracteriza por ser una masa o tumoración con límites no bien delimitados.

Diana terapéutica
Una diana terapéutica es una sustancia localizada en cualquier parte de la célula como la membrana celular, el citoplasma o el núcleo, capaz de reconocer un fármaco y producir una respuesta celular. Los receptores farmacológicos formarían parte de las dianas terapéuticas.

Quimioprevención
Utilización de sustancias químicas para evitar la aparición de una enfermedad. También se conoce como quimioprofilaxis.

Placebo
Sustancia farmacológicamente inerte que es capaz de provocar un efecto positivo a ciertos individuos enfermos si estos creen o suponen que la misma es o puede ser efectiva.

HER-2/Neu
Oncogén 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.

Micrometástasis
Extensión de las células cancerígenas del sitio primario a otros órganos, solo apreciables con el microscopio por ser demasiado pequeñas como para aparecer en cualquier clase de radiografía.

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. Si se biopsia y es normal, se supone que los ganglios de alrededor también lo son.

PI3K
Las fosfoinositol 3-quinasas o fosfoinositida-3-quinasas (PI 3-quinasas o PI3K) son una familia de enzimas capaces de fosforilar el grupo hidroxilo de la posición 3' del anillo inositol de las moléculas llamadas en conjunto fosfatidilinositol -enzima que en humanos está codificada por el gen PIK3CD.

Citostáticos
El término quimioterapia suele reservarse a los fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas que tienen como función el impedir la reproducción de las células cancerosas. Dichos fármacos se denominan medicamentos citotásticos, citostáticos o citotóxicos.

Reacciones adversas
Reacción Adversa a Medicamentos, cuyo acrónimo es RAM, es "cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas".

Metaanálisis
Método de estudio basado en la integración estructurada y sistemática de la información obtenida en diferentes estudios clínicos, sobre un problema de salud determinado. Consiste en identificar y revisar los estudios controlados sobre un determinado problema, con el fin de dar una estimación cuantitativa sintética de todos los estudios disponibles.

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.

¿QUIÉN ES QUIÉN?

Dr. Joaquín Gavilá
Servicio de Oncología Médica
Instituto Valenciano de Oncología

Dña. Mª Antonia Gimón
Presidenta de la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)

Dr. Ignacio Aranda
Servicio de Anatomía Patológica
Hospital General de Alicante

Dña. Beatriz Guerrero
Fundación Ángela Navarro

Dra. Vicenta Almonacid
Psicooncóloga
Servicio de Hematología y Oncología Médica
Hospital Clínico Universitario de Valencia

Dña. Carmè García Rigau
Miembro del Comité de Atletas Paralímpico Español

Dr. Juan Bayo Calero
Servicio de Oncología Médica
Hospital Juan Ramón Jiménez

Dra. Marina Pollán
Servicio de Epidemiología del Cáncer
Instituto de Salud Carlos III

Dña. Pilar Jiménez
Trabajadora Social

EN EL PRÓXIMO NÚMERO ...

- ¿Es útil un ensayo clínico?
- Papel de la cirugía en el cáncer de mama metastásico

geysalus
MUJER | SALUD

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 Gemans Trias i Pujol - Barcelona

Miguel A. Seguí
Corporació Sanitaria Parc Taulí - Sabadell

Javier Salvador Bofill
Hospital Nuestra Sra. de Valme - Sevilla

Mª Antonia Gimón
Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)

Coordinación Edición

Roser Trilla
Dpto. de Comunicación y Márketing de GEICAM

Elena Gutiérrez
Dpto. de Comunicación y Márketing de GEICAM

Imprime

Comuniland S.L.

Distribución patrocinada por

NACEX
Servicio Exprés

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
Hospital C.U. Virgen de la Victoria, Málaga

Joan Albanell
Hospital del Mar, Barcelona

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

Manel Algara
Hospital de la Esperanza, Barcelona

Isabel Álvarez
Hospital Donosita, San Sebastián

Antonio Antón
Hospital Miguel Servet, Zaragoza

José M. Baena
Hospital Puerta del Mar, Cádiz

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

Lourdes Calvo
Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña

José I. Chacón
Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Juan de la Haba
Hospital U. Reina Sofía, Córdoba

José A. García
Hospital C.U. San Carlos, Madrid

Julia Giménez
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia

Ana Lluch
Hospital General Universitario, Valencia

Miguel Martín
Hospital G.U. Gregorio Marañón, Madrid

Noelia Martínez
Hospital U. Ramón y Cajal, Madrid

Serafín Morales
Hospital Arnau de Vilanova, Lleida

Montserrat Muñoz
Hospital Clinic, Barcelona

Marina Pollán
Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Manuel Ramos
Centro Oncológico de Galicia, A Coruña

Álvaro Rodríguez
Hospital General de Elche, Alicante

Federico Rojo
Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Manuel Ruiz
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Amparo Ruiz
Instituto Valenciano de Oncología, Valencia

Pedro Sánchez
Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén

Miguel A. Seguí
Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell

Mercior Sentís
UDIAT Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell

Ignacio Tusquets
Hospital del Mar, Barcelona

Ander Urruticoechea
ICO Hospital Duran i Reynals, L´Hospitalet de Llobrebat

El Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) es una asociación científicade carácter no lucrativo registrada en el Ministerio de Justicia e Interior el 4 de Abril de 1996. Constituida por oncólogos médicos, cirujanos, anatomo-patólogos, ginecólogos, radiólogos, radiotera-peutas, epidemiólogos, y otros profesionales de Ciencias de la Salud, GEICAM ha adquirido sureputación 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

GEYSALUS es una iniciativa del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM) cuyo objetivo es facilitar el conocimiento acercadelcáncer de mama en general, y proporcionarinformación sobre su prevención, diagnóstico y tratamiento. GEYSALUS también pretendetratar el impacto físico, emocional, familiar, social y laboral que la enfermedad tiene sobrelas personas que la sufren y sobre aquellas queles rodena. GEYSALUS es, en definitiva, una herramienta de comunicación entre profesionales, pacientes y su entorno.

Oncología con alma

En **Eisai** *human health care (hhc)* tenemos un firme compromiso con el cuidado de la salud y el bienestar de las personas.

Desde **Eisai Oncología**, dirigimos nuestros esfuerzos a conocer el impacto que el cáncer tiene en los pacientes y sus familias, a conocer las necesidades y tratar de satisfacerlas a través de soluciones innovadoras.

En la actualidad, nuestros productos oncológicos incluyen terapias especializadas que tratan tumores sólidos, cánceres hematológicos y síntomas inducidos por el tratamiento, contando con un amplio portfolio de fármacos con múltiples indicaciones, y un significativo número de fármacos en desarrollo gracias a la constante labor de investigación oncológica y desarrollo clínico.

Porque en Eisai, **la oncología es mucho más que nuestro trabajo, es nuestra pasión.**

Eisai Oncology

Our passion ignites progress