



Según se ha puesto de manifiesto en RAGMA17, reunión de actualización multidisciplinar de referencia en España sobre este tumor

## **SIETE DE CADA DIEZ PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA CONSERVAN EL PECHO TRAS LA CIRUGÍA**

- El tratamiento conservador consiste en la extirpación del tejido tumoral con márgenes adecuados, conservando la mama con un buen resultado estético.
- Gracias a los avances en el abordaje personalizado y multidisciplinar del tumor inicial, las actuales cirugías son menos agresivas y, por tanto, provocan menos secuelas físicas y psicológicas.
- El tratamiento neoadyuvante (previo a la cirugía) permite reducir el tamaño del tumor y comprobar *in vivo* su respuesta al tratamiento.
- El 95% de las mujeres a las que se les realiza biopsia del ganglio centinela ya no padecen linfedema.
- La extirpación de la mama con fines preventivos está indicada en mujeres sanas con alto riesgo genético principalmente asociado a mutaciones BRCA1 y BRCA2.

**Madrid, 16 de junio de 2017.-** En la década de los años 70 del siglo pasado a todas las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama se les practicaba una mastectomía (extirpación de la mama). Desde entonces, esa estrategia quirúrgica ha ido cambiando y actualmente el 70% de las pacientes son candidatas a una cirugía conservadora que permite eliminar el tumor sin necesidad de extirpar todo el pecho. *“La puesta en marcha de los programas de cribado con mamografía ha dado lugar a un incremento en el diagnóstico precoz, con tumores de pequeño tamaño que permiten tratamientos menos agresivos con la misma supervivencia”*. Así lo ha explicado la **doctora Julia Giménez**, especialista de Cirugía General del Instituto Valenciano de Oncología (IVO), coordinadora de qGEICAM y miembro de la Junta Directiva del grupo, en la **10ª Revisión Anual GEICAM de Avances en Cáncer de Mama (RAGMA)**, organizada por **el Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama**, que se celebra en Madrid hoy y mañana con participación de expertos nacionales e internacionales.

Cada vez se hacen cirugías menos agresivas, y por tanto, se provoca en las pacientes menores secuelas físicas y psicológicas. *“El diagnóstico en estadios iniciales permite el tratamiento conservador de la mama y de la axila”*, señala la especialista. El tratamiento conservador consiste en la extirpación del tejido tumoral con márgenes

adecuados, conservando la estética de la mama, seguido de tratamiento con radioterapia.

### **Ganglio centinela**

De cara al tratamiento correcto del cáncer de mama, es importante determinar el estatus de la axila, es decir, si el tumor ha llegado o no a los ganglios axilares; de ello dependerá la elección del tratamiento y la posibilidad de evitar una cirugía innecesaria. Para ello el estudio del ganglio centinela viene realizándose desde hace años de forma rutinaria y supone un importante avance en la cirugía conservadora. Según la doctora **Mónica Morrow**, investigadora y experta en cirugía de la mama del Memorial Sloan Kettering Cancer Center en Estados Unidos, *“la técnica del ganglio centinela se basa en la localización, extirpación y estudio del primer ganglio axilar al que se extendería el tumor de mama en su progresión al resto del organismo a través del sistema linfático, lo que ayuda al comité de tumores a elegir de forma más acertada la aproximación terapéutica de cada paciente en concreto”*.

Los beneficios que aporta el estudio del ganglio centinela son muchos. *“En caso”,* aclara esta experta, *“de que la biopsia del ganglio centinela no revele la presencia de células tumorales, se evitará el vaciamiento axilar (linfedectomía) y, con ello, las secuelas que lleva asociadas, como es el caso del linfedema (inflamación del brazo a raíz de una obstrucción en los canales linfáticos del organismo). Hoy en día, el 95% de las mujeres a las que se les realiza biopsia del ganglio centinela no padecen ya este efecto secundario”*.

Aunque el ganglio centinela esté afectado, no siempre es necesario quitar todos los ganglios de la axila. De hecho, como apunta la doctora Morrow, *“ya hay estudios recientes que han demostrado que la presencia de células cancerígenas en uno o dos ganglios centinelas no hace necesario extirpar todos los ganglios de la axila debido a que no se traduce en una mejora de la supervivencia y el riesgo de recaída es muy bajo”*.

### **Reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía**

Una de las estrategias que favorecen una cirugía conservadora es el tratamiento neoadyuvante (tratar el cáncer con terapias sistémicas antes de la cirugía), que permite reducir el tamaño del tumor. Según explica la doctora Giménez, *“hace unos años la administración de quimioterapia antes de la cirugía se proponía solo para los tumores de gran tamaño localmente avanzados, pero hoy en día, gracias a la clasificación molecular podemos predecir qué subtipos van a tener buena respuesta, incluso respuesta completa (desaparición del tumor) en un alto porcentaje”*. Esta especialista subraya que esa es la razón por la que todas las pacientes con cáncer de mama subsidiarias de un tratamiento con quimioterapia deberían ser tratadas antes de la cirugía. *“La respuesta del tumor y de los ganglios de la axila al tratamiento neoadyuvante constituye un importante factor pronóstico en esta enfermedad”*, añade.

Aun así la experta admite que *“desafortunadamente no en todos los casos es posible conservar la mama”*. En ocasiones la cirugía con finalidad conservadora puede tener

algunas contraindicaciones, *“como la desproporción entre el tamaño del tumor y de la mama, que no permita la extirpación de la lesión con un buen resultado estético; o que exista contraindicación para la radioterapia; o bien que se descubran microcalcificaciones extensas en la mamografía que dificulten el seguimiento”* o que la paciente no lo desee.

### **Alto riesgo genético: mastectomía de reducción de riesgo**

La cirugía preventiva de la mama ha sido otro de los temas objeto de revisión por parte de los especialistas reunidos en **RAGMA17**. Este tipo de intervención se realiza en aquellas mujeres que presentan una alteración de los genes implicados en el desarrollo de cáncer de mama hereditario. La doctora Giménez aclara que la mastectomía de reducción de riesgo está indicada en mujeres sanas con alto riesgo genético principalmente asociado a mutaciones BRCA1 y BRCA2; mujeres con alto riesgo histológico en biopsias de mama previas; aquellas que ya han padecido un cáncer de mama y a las que se les detecta posteriormente la mutación genética.

Según la experta del IVO, frente a la mastectomía bilateral simple o total, que consiste en la extirpación de todo el tejido glandular posible de ambas mamas (incluyendo el complejo aréola-pezón), actualmente existe también la opción de practicar una mastectomía subcutánea, que respeta toda la piel de la mama incluyendo el complejo aréola-pezón. Se estima que estas técnicas quirúrgicas realizadas por cirujanos expertos pueden reducir el riesgo de padecer la enfermedad en un 90-95%. Sin embargo, como advierte la doctora Giménez, la mastectomía no elimina totalmente el tejido mamario. *“Reduce el riesgo de padecer cáncer de mama pero no lo elimina por completo. Aunque la probabilidad de aparición de un cáncer en las pacientes sometidas a cirugía de reducción de riesgo es muy baja, es necesario continuar con el seguimiento médico”*, añade.

### **Reconstrucción de la mama**

En lo referente a la reconstrucción de la mama, ésta se puede realizar de forma inmediata (en el mismo acto quirúrgico de la mastectomía) o de forma diferida (después de finalizar los tratamientos adyuvantes). *“Para la reconstrucción se pueden utilizar implantes protésicos (prótesis y expansores), colgajos autólogos (tejido de la propia paciente) o la combinación de ambas técnicas. La colaboración multidisciplinar entre el cirujano especialista en mama y el cirujano plástico garantiza a la paciente el mejor resultado oncológico y estético posible”*, concluye la doctora Giménez.

### **Grupo GEICAM de Investigación en Cáncer de Mama**

GEICAM es el grupo líder en investigación en cáncer de mama en España, y cuenta en la actualidad con un reconocido prestigio a nivel internacional. Actualmente está constituido por casi 800 expertos, que trabajan en 184 hospitales de toda España.

Entre sus principales objetivos está promover la investigación, clínica, epidemiológica y traslacional, la formación médica continuada, y la divulgación para facilitar la información a las afectadas acerca de los tratamientos y sus efectos secundarios, para promover así su participación en ensayos clínicos. Desde su constitución en 1995 hasta el momento GEICAM ha realizado más de un centenar de estudios en los que han participado más de 46.000 mujeres.

Para más información, puedes visitar la página oficial [www.geicam.org](http://www.geicam.org) o seguirnos en Twitter @GEICAM, @GeicaMujer y en Facebook.com/GEICAM.

**Para más información:**

**Sonsoles Pérez /Cristina García**

Planner Media

Tfno. 91 787 03 00

**Roser Trilla**

Responsable Comunicación GEICAM

Tfno. 91 659 28 70