

1.- ¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA?

El cáncer de mama es una enfermedad frecuente en la mujer, una de cada 10-15 mujeres desarrollará un cáncer de mama a lo largo de su vida. Es una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas o malignas en los tejidos de la mama. Al igual que en cualquier otra enfermedad cancerosa una o más células del organismo se alteran de tal modo que proliferan de forma incontrolada originando miles o millones de células con la misma alteración, algunas de las cuales pueden extenderse a otras partes del cuerpo o incluso invadirlo. Las células en condiciones normales solo se dividen cuando hay necesidad de ello y lo hacen de forma ordenada, si las células se dividen cuando no hay necesidad de ello forman tejido en exceso, originando una masa o "bulto" denominado tumor.

No todos los tumores son malignos, nueve de cada diez son benignos, no cancerosos, es decir que unas células no invaden otros tejidos, ni se extienden a otras zonas del organismo.

Un tumor es maligno o canceroso cuando puede dañar a otros tejidos u órganos. La glándula mamaria tiene entre 15 y 20 secciones llamadas lóbulos, los cuales a su vez se dividen en secciones más pequeñas llamadas lobulillos. Los lóbulos y los lobulillos se conectan por pequeños conductos llamados ductos. Hay pues varios tipos de tumores según afecten a una u otra zona de la glándula. El carcinoma ductal es el más frecuente y se origina en los ductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o lobulillos se denomina lobulillar. Este último es el que más frecuentemente afecta a las dos mamas. Hay otro tipo de tumor de curso más agresivo de lo habitual que es el carcinoma inflamatorio, que es poco común y que se caracteriza por aumento del tamaño global de la mama, enrojecimiento, aumento de calor y piel de aspecto de naranja.

El tumor crece inicialmente en la mama, pero también puede extenderse a otros órganos del organismo. Si el cáncer ha alcanzado los ganglios linfáticos axilares, es fácil que las células se hayan extendido a otras zonas del cuerpo (hueso, pulmón, hígado...), es lo que se conoce con el nombre de metástasis.

Aunque el cáncer de mama no se puede prevenir, se está intentando desarrollar su prevención, siendo todavía muy importante para su control el diagnóstico precoz. Cuando más pequeño sea el tumor, más fácil será tratarlo y más posibilidades de éxito tendrá el tratamiento y por tanto la supervivencia será mayor.

En un 5-10% de los casos, la enfermedad tiene un carácter hereditario. Los genes de las células son los portadores de la información genética que se hereda de los padres. Se han encontrado varios genes defectuosos en varios pacientes con cáncer. Las familias de los pacientes con cáncer de mama portadoras de estos genes defectuosos corren mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama o de ovario. En la actualidad se están desarrollando pruebas para identificar a las portadoras de este defecto genético antes de que aparezca el cáncer.

Existe polémica en lo referente al uso de anticonceptivos hormonales, algunos estudios sugieren que su uso podría estar relacionado con un ligero aumento de desarrollar cáncer de mama.

Hay otros factores de riesgo, como la edad (>45 años), hormonales (menarquia precoz, menopausia tardía), número de hijos y edad del primer embarazo (antes o después de 30 años), la dieta (grasas) y la obesidad. Pero sobretodo la presencia de un familiar de primer grado con cáncer de mama (madre/hermana), que puede aumentar la probabilidad de padecer dicha enfermedad hasta 4 veces la probabilidad de la población general, según este factor coexiste o no con otros factores de riesgo de los mencionados.

Los programas de detección precoz incluyen la autoexploración mamaria y la mamografía (RX de la mama), sobretodo a partir de los 45 años, ya que esta prueba puede detectar un tumor no palpable dos años antes de serlo (no se debe realizar antes por ser los pechos muy densos y no permiten ver con claridad los resultados). Tiene una rentabilidad del 90%. Debe completarse con una ecografía mamaria. Cuando se detecte un tumor, se deberá realizar una punción con aguja fina (PAAF), seguida en la mayor parte de los casos de una biopsia, en la cual se extirpa un pedazo del tumor y se observa al microscopio para ver células malignas. Si la biopsia indica que hay un cáncer, es importante determinar los receptores hormonales, ya que así se puede determinar el efecto de las hormonas o no en el crecimiento de las células cancerosas y decidir si la paciente va a ser o no subsidiaria de una terapia hormonal para su enfermedad. Siempre que se detecte cualquier anomalía en un pecho se debe consultar al médico: bulto, cambio en el tamaño o forma del pecho, secreción sanguinolenta por el pezón, retracción del mismo, cambio en el color o alteración de la piel de la mama.

Existen además una serie de factores denominados factores pronósticos cuyo estudio es importante en la práctica clínica ya que pueden predecir el riesgo de recaída y muerte de una paciente y en función de ello, la necesidad o no de un tratamiento complementario a la cirugía. Dentro de estos factores los más importantes son: el número de ganglios axilares afectados, el tamaño del tumor, el tipo histológico es decir el resultado del análisis microscópico de las células del tumor, su grado de diferenciación así como la positividad o negatividad de los receptores hormonales y la sobreexpresión o no de determinados oncogenes como el c-erb B2. También a la hora de decidir el tratamiento hay que tener en cuenta la edad de la paciente, si es pre o postmenopausica y la salud en general de la misma.

2.- ESTADIOS O ETAPAS DEL CANCER DE MAMA

A. Cáncer de mama no invasivo (aproximadamente 15-20% de los cánceres):

Carcinoma ductal "in situ" (CDIS) o carcinoma intraductal, puede evolucionar a cáncer invasivo, pero con correcto tratamiento el 95% curan.

Carcinoma lobulillar "in situ" (CLIS), es más un factor que podría predecir un futuro carcinoma invasivo, que una lesión de potencial invasivo. Las pacientes con esta lesión tienen aproximadamente un 25% de probabilidades de desarrollar un cáncer de mama en cualquiera de las dos mamas.

B. Cáncer invasivo:

Estadio I: El tumor mide < 2 cm. y no se ha extendido a los ganglios (T1N0). Un tumor < 1 cm tiene un 90% de curación, si mide > 1cm. pero no hay afectación axilar 70% de curación.

Estadio II: El tumor mide < 2 cm. pero se ha extendido a los ganglios axilares (T1N1) el tumor mide entre 2-5 cm, pero no se ha extendido a los ganglios (T2N0) el tumor mide entre 2-5 cm y se ha extendido a los ganglios (T2N1). En este estadio la posibilidad de curación está en torno al 50%.

Estadio III: A.- el tumor mide < 5 cm y se ha extendido a los ganglios axilares, los cuales están unidos entre sí o a otras estructuras (T2N2) el tumor mide < 5 cm y se ha extendido a los ganglios (T3N1-2) B.- el tumor es de cualquier tamaño y se ha extendido a la piel, pared torácica, costillas o músculos del tórax (T4N1-2) el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón (mamária interna) (T4N3) Este estadio se llama: localmente avanzado Carcinoma Inflamatorio: es un tipo especial de cáncer de mama poco común. La mama da la impresión de estar inflamada, ya que está enrojecida, caliente y aumentada de tamaño, la piel de la misma tiene un aspecto de piel de naranja. Este tumor tiende a diseminarse rápidamente.

Estadio IV: El tumor se ha extendido a otros órganos del cuerpo (huesos, pulmones, hígado o cerebro) o se ha diseminado a la piel o a los ganglios linfáticos del cuello cerca de la clavícula (Metástasis).

ASPECTOS GENERALES DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Cirugía
Radioterapia
Quimioterapia
Hormonoterapia
Terapia biológica
Trasplante de médula ósea

1-CIRUGÍA

Es la extirpación del cáncer de la mama. Es el tratamiento inicial más común. Generalmente se extraen también los ganglios linfáticos axilares, los cuales al igual que el tumor de la mama se analizan al microscopio para detectar la presencia de células cancerosas. Hay varios tipos de cirugía:

Mastectomía o extirpación de toda la mama. Puede ser: total o parcial o modificada, esta última es la más común y en ella se extirpa la mama, los ganglios axilares, el recubrimiento de los músculos del tórax y

algunas veces parte de los músculos de la pared torácica.

Cirugía conservadora: cuando el cirujano extirpa únicamente el tumor y un poco de tejido sano que lo rodea o todo un cuadrante de la mama y a esto se añade la extracción de los ganglios axilares. Esta indicada esta cirugía en general cuando son tumores no > 3 cm, aunque también depende de otros factores como la localización del tumor ,el tamaño de la mama.... Se completa siempre este tratamiento con radioterapia de la mama restante . En la actualidad es la cirugía de elección.

2- RADIOTERAPIA

Utiliza irradiaciones de alta energía para dañar las células cancerosas e impedir su crecimiento. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (Radioterapia externa) o de materiales que producen radiación (Radioisotopos) administrados a través de tubitos delgados que se aplican al área donde se encuentran las células cancerosas (radioterapia interna o intracavitaria).

La radioterapia se utiliza siempre que la cirugía ha sido conservadora como ya hemos dicho o tras una mastectomía cuando hay riesgo de recaída local.

3- QUIMIOTERAPIA

Es el uso de fármacos o medicamentos para matar las células cancerosas: generalmente se utilizan varios medicamentos y se administran en ciclos : un periodo de tratamiento y otro de recuperación . Su administración puede ser oral o intravenosa generalmente. Se trata de un tratamiento sistémico, ya que el medicamento es introducido al torrente sanguíneo , viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del área de la mama.

4- HORMONOTERAPIA

Son fármacos como el Tamoxifeno que impiden que las células cancerosas utilicen las hormonas que necesitan para crecer, en el caso de que estas células tengan receptores estrogenicos o de progesterona. Este tratamiento se emplea para cambiar el comportamiento de las hormonas del cuerpo que contribuyen al crecimiento del cáncer. Esto se puede hacer como hemos dicho mediante fármacos o mediante cirugía extrayendo los órganos que producen hormonas, como son los ovarios. El tratamiento con tamoxifeno se utiliza frecuentemente en mujeres con estadios precoces de cáncer de mama. Este tratamiento puede incrementar las posibilidades d tener un cáncer de útero, por lo que la paciente deberá ser revisada anualmente por su ginecólogo e informar a su médico ante un sangrado vaginal que no este relacionado con el ciclo menstrual.

Los tratamientos comentados son los mas utilizados en el cáncer de mama, es decir que aunque la paciente haya sufrido una mastectomía y se haya extirpado todo el cáncer que el cirujano puede ver durante la operación , en la mayoría de los casos se debe administrar quimio, radio y/o hormonoterapia tras la cirugía para eliminar todas las células cancerosas microscópicas que pudiesen quedar. Es lo que se llama tratamiento adyuvante.

5- TERAPIA BIOLÓGICA

Su propósito es el de tratar que el mismo cuerpo combata el cáncer. Se utilizan sustancias producidas por el cuerpo o elaboradas en un laboratorio para impulsar , dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra las enfermedades. Este tratamiento es lo que se llama terapia modificadora de la respuesta biológica o inmunoterapia. En la actualidad este tipo de tratamiento se esta utilizando únicamente dentro de ensayos clínicos.

6- TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA

También en la actualidad se utiliza en ensayos clínicos únicamente. Es un tratamiento de rescate cuando en determinadas circunstancias del cáncer de mama hace falta utilizar altas dosis de quimioterapia o

radioterapia que destruirían la médula osea. La médula osea se extrae de los huesos de la paciente previamente al tratamiento y se congela. Finalizado el tratamiento se descongela y mediante una vía intravenosa se reinfunde a la paciente, es lo que se llama trasplante autólogo. Si la médula que se trasplanta procede de otra persona es un trasplante alogénico.

Otro tipo de trasplante es el conocido como trasplante de células madres periféricas, en el que la sangre de la paciente se pasa por una máquina que extrae las células madre (células inmaduras de las que derivan todos los elementos de la sangre), este procedimiento se denomina leucaferesis . Las células madres igualmente se congelan hasta que son trasplantadas tras el tratamiento de altas dosis.

TRATAMIENTO DEL CANCER DE MAMA POR ESTADIOS

El tratamiento del cáncer de mama depende del tipo y estadio de la enfermedad, de la edad de la paciente, de si ha alcanzado o no la menopausia y del estado de salud de la paciente en general.

La paciente puede recibir un tratamiento considerado estándar basándose en la eficacia del tratamiento en varias pacientes durante estudios previos o podría optar por participar en un ensayo clínico. No todas las pacientes se curan con tratamiento estándar y además algunos de ellos podrían tener mas efectos secundarios de los deseados. Por estos motivos , los ensayos clínicos están diseñados para encontrar mejores maneras de tratar a las pacientes con cáncer y se basan en la información mas actualizada. En la actualidad se están llevando a cabo ensayos clínicos para el tratamiento del cáncer de mama en muchos hospitales del país.

1 - CARCINOMA IN SITU

CA. DUCTAL IN SITU

Escisión simple del carcinoma in situ con bordes quirúrgicos libres amplios (al menos 1 cm), es la actitud terapéutica mínima para esta enfermedad, seguido de radioterapia (con o sin hormonoterapia), en mujeres con factores de buen pronóstico.

Mastectomía para aquellos subgrupos de pacientes con CDIS de mal pronóstico, tumores extensos ... Rara vez es necesaria la extirpación de los ganglios axilares.

CA. LOBULILLAR IN SITU

Esta lesión mas que una lesión de potencial invasivo, es un factor predictivo del riesgo de desarrollar un carcinoma invasivo en la misma mama o en la contralateral: el riesgo es de un 25% en un periodo de 25 años. El CLIS no es pues un cáncer de mama y muchas mujeres con tal lesión nunca desarrollarán un cáncer.

Su tratamiento es bastante polémico, podría consistir en una de estas tres opciones:

Biopsia para su diagnóstico seguido de revisiones periódicas con examen físico y mamografías anuales para detectar cualquier cambio lo mas temprano posible.

Dentro de ensayos clínicos se está probando un tratamiento hormonal con Tamoxifeno para ver si este puede prevenir la aparición de un cáncer posterior.

Mastectomía subcutánea bilateral en algún subgrupo de mujeres que tengan algún factor de riesgo asociado, rechacen un seguimiento adecuado o aquellas que presenten gran ansiedad ante la posibilidad de desarrollar un cáncer invasivo

2 - ESTADIO I

La paciente podría recibir cualquiera de estos tratamientos:

Cirugía conservadora para preservar la mama y eliminar solo el cáncer y algunos tejidos de alrededor (alectomancias) o para extraer parte de la mama (cuadrantectomía) , ambas seguidas de radioterapia. Este tratamiento produce tasas de curación a largo plazo iguales a la mastectomía.

Mastectomía En ambos casos se realiza vaciamiento de los ganglios axilares. Las recomendaciones para uno u otro tratamiento dependerán del tamaño de la mama, la ubicación del tumor y la mamografía.

Según ciertas características del tumor, la edad de la paciente, el riesgo de recaída puede ser , alto, medio o bajo. Las pacientes de alto y riesgo medio se beneficiaran de un tratamiento adyuvante.

Quimioterapia (QT)
Hormonoterapia
Ensayos clínicos con Quimioterapia
Ablación ovárica (extirpación ovarios) dentro de ensayos clínicos.

Siempre que a una paciente se le practique una mastectomía, puede considerar la posibilidad de una reconstrucción de la mama, en el mismo acto operatorio o en el futuro. La reconstrucción puede hacerse con tejido de la propia paciente o por medio de implantes rellenos con gel de silicona o con solución salina.

3 - ESTADIO II

La paciente podría recibir cualquiera de los siguientes tratamientos:

Cirugía conservadora (lumpectomía o cuadrantectomía) con vaciamiento axilar seguido de radioterapia igual que en el estadio I , siendo los resultados a largo plazo, iguales a la mastectomía.

Mastectomía radical (vaciamiento axilar) Igual que en el estadio anterior, las recomendaciones del médico en cuanto al uso de uno u otro tratamiento se basan en el tamaño tumoral, su localización , el tamaño de la mama y la mamografía.

Además recibirán tratamiento adyuvante:

Quimioterapia con o sin hormonoterapia
Hormonoterapia
Quimioterapia neoadyuvante es decir previa a la cirugía
Ensayos clínicos con Qt altas dosis + trasplante de médula osea o de células madres periféricas en aquellas pacientes con 10 o mas ganglios axilares afectos. Igual que en el estadio anterior la paciente puede considerar la reconstrucción de la mama.

4 - ESTADIO III

A (puede operarse)

Mastectomía radical (con vaciamiento axilar)
Quimioterapia con o sin Hormonoterapia
Radioterapia tras la cirugía
Ensayos clínicos con nuevas drogas con o sin Hormonoterapia
Quimioterapia neo-adyuvante
Ensayos clínicos con Quimioterapia a altas dosis y trasplante

B (no operable) CA. LOCALMENTE AVANZADO E INFLAMATORIO

Quimioterapia neo-adyuvante para disminuir el tamaño del tumor seguido de tratamiento local con Cirugía (mastectomía radical o conservadora , esta última si es factible) seguido de Quimioterapia y Radioterapia +- Hormonoterapia.

Ensayos clínicos con QT altas dosis y trasplante, tras la cirugía. Ensayos clínicos se están llevando a cabo con nuevas drogas, nuevas combinaciones de los mismos o nuevas formas de administración de la QT y también Terapia Biológica.

5 - ESTADIO IV

Es necesaria la biopsia para confirmar se trata de un cáncer.

Quimioterapia estándar

Radioterapia y/o mastectomía simple paliativa para reducir síntomas

Hormonoterapia

Ensayos clínicos con nuevos medicamentos citostáticos u hormonotéapicos , nuevas combinaciones y terapia biológica

En casos muy concretos e igualmente dentro de Ensayos Clínicos: QT altas dosis y trasplante de médula osea o de células madres de sangre periférica.

6 - CANCER DE MAMA RECURRENTE O METASTASICO

El cáncer de mama que recurre puede ser tratado, aunque no curado si recae en otra parte del cuerpo. Algunas pacientes con recurrencia únicamente local pueden ser curadas. La elección del tratamiento depende de los receptores hormonales, del tratamiento que haya recibido previamente, del tiempo transcurrido desde el primer tratamiento hasta que el tumor recidiva, del lugar de la recurrencia, del estado menopausico y de otros factores secundarios. La paciente podría recibir:

Hormonoterapia

Cirugía o radioterapia o ambas en aquellas pacientes cuya recaída sea en un solo lugar

Quimioterapia de combinación En general el tratamiento en esta situación es paliativo.

Toda esta información ha sido escrita por:

Dr. C. Camps Herrero. Jefe de la Unidad de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Valencia.

Dra. M. Godes Sanz de Bremond . Médico Adjunto de la Unidad de Oncología Médica del Hospital General Universitario de Valencia.