

## MESA REDONDA: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL CÁNCER DE MAMA

### La mamografía: herramienta de seguimiento

**Maite Robles Díez**

*Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España*

Los objetivos de la mamografía en una paciente con una tumorectomía por cáncer de mama son:

- Detectar de forma precoz una recidiva local (el riesgo anual es del 1-2% por año).
- Metástasis.
- Diagnóstico de segundas neoplasias (el riesgo anual es del 0,5-1%).

La recidiva local suelen aparecer en el 75% de los casos en los márgenes de la lesión o en la incisión, y en su mayo-

ría suele aparecer en los 5 primeros años. Su detección nos va a venir limitada por los cambios que presenta la propia mama: cicatriz, etc., pero a pesar de ello, la mamografía detecta el 25-45%.

Generalmente se aconseja el seguimiento radiológico con mamografía anual, iniciando los controles a los 12 meses postratamiento. A partir de los 2 años debemos tener una estabilidad radiológica y, en su defecto, nos puede hacer sospechar en una recidiva, lo que nos indicaría realizar otras pruebas: ecografía, biopsias y resonancia magnética (RM).

El calendario mamográfico sería:

Calendario mamográfico			
Tiempo	Estudio	Técnica	Comentario
Prequirúrgico	Mx bilateral	Proyección estándar: OML/C-C con localizadas, compresivas	Determinar extensión, tamaño del tumor
Intraoperatorio	RX espécimen	Proyecciones ortogonales	Determinar si es necesaria una reescisión
Antes RT	Mx unilateral si existen micros	Proyección magnificada para determinar extensión micros	Valorar márgenes escisión del tumor
Inicio postterapia	Mx unilateral	3-6 m post-RT	Restablecer imagen basal
Rutinario	Mx bilateral anual	Proyecciones adicionales si se precisan	Detectar recurrencia

La RM es la técnica más sensible y específica para detectar recidiva local, de la misma manera que es muy útil en la estadificación preoperatoria del cáncer de mama. El porcentaje de recidiva local ha bajado de un 6,8 a un 1,2% desde que se realiza RM. También podemos detectar focos adicionales y un cáncer contralateral.

Cambios que vamos a detectar en una mamografía:

- A. Aumento de densidad y trabeculación.
- B. Cicatriz, que puede abarcar hasta la axila dependiendo de si ha habido afectación axilar.
- C. Necrosis grasa.
- D. Calcificaciones de las suturas.
- E. Seromas/hematomas.
- F. Cambios producidos por RT.
  - Focos de radionecrosis.
  - Edema parenquimatoso.
  - Engrosamiento cutáneo.

G. Dolor en la manipulación de esta mama.

Todos estos factores nos pueden dificultar la visualización de una RL. En este caso realizaremos pruebas complementarias

### Bibliografía recomendada

- Guías de práctica clínica de la ESMO (European Society for Medical Oncology) y ASCO (American Society of Clinical Oncology).  
Lehman CD, Gatsonis C, khul CK, et al. MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. *NEJM*. 2007;356:1295-303.  
Saslow D, Boetes C, Burke W, et al. American Cancer Society Guidelines for Breast Screening with MRI as an Adjunct to Mammography. *CA Cancer J Clin*. 2007;57:75-89.

## Diagnóstico morfológico del cáncer de mama: PAAF Y BPP

Francesc Tresserra, S. Vázquez, G. Fabra, J. Trave, M.A. Domínguez, C. Fernández-Cid, M. Masana, M. Pizarro y C. Ramos

*Servicio de Anatomía Patológica y Citología, Diagnóstico por la Imagen, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España*

Para la correcta tipificación de las lesiones mamarias existen las técnicas de punción aspiración mediante aguja fina (PAAF), que obtienen material para su estudio citológico, y las técnicas de biopsia por punción (BPP), el estudio biopsico proporcionará el diagnóstico final y toda una serie de factores pronósticos en las lesiones malignas.

Morfológicamente debemos distinguir entre aquellas lesiones, la hiperplasia intraductal, el carcinoma intraductal y el carcinoma infiltrante con distintos criterios diagnósticos, tanto citológicos como histológicos.

Durante un período de 2 años, en nuestro centro se han efectuado 266 BPP guiadas por ecografía, todas ellas con PAAF y 144 de ellas con confirmación anatomopatológica (AP) mediante biopsia. La edad media de las pacientes fue

de  $51 \pm 10,8$  años (28-82). El diagnóstico AP fue de benigno en 17 casos, hiperplasia en 10, carcinoma in situ en 7 y carcinoma en 108. Dos de los 17 casos benignos habían sido diagnosticados por PAAF y BPP de carcinoma. Fueron casos tratados con quimioterapia neoadyuvante en los que no quedaba tumor residual. Otro caso había sido diagnosticado por PAAF de hiperplasia y por BPP de carcinoma, técnica que extirpó la lesión en su totalidad. Se detectaron 2 falsos positivos por PAAF. En los casos de carcinoma, 8 fueron falsos negativos por BPP, en 4 de ellos la PAAF fue positiva y en 2 sospechosa, en otro fue benigna y en otro no se obtuvo material. Tres casos fueron falsos negativos por BPP, en 2 la BPP diagnosticó carcinoma y otro fue benigno.

La sensibilidad de la PAAF, la BPP y de ambas técnicas combinadas fue de 0,93 (0,89-0,98), 0,89 (0,83-0,95), 0,99 (0,97-1), y la especificidad de 0,57 (0,36-0,78), 0,86 (0,73-0,99) y 0,57 (0,36-0,78), respectivamente.

La PAAF es más sensible y la BPP es más específica. Cuando se combina la PAAF y la BPP aumenta la sensibilidad aunque disminuye la especificidad, habiéndose detectado 9 falsos positivos y 1 falso negativo.

El estudio morfológico prequirúrgico de las lesiones mamarias puede efectuarse mediante PAAF o BPP. Ambas técnicas tienen sus indicaciones y sus limitaciones. El resultado de cada una de ellas de forma independiente o de ambas, junto con la exploración clínica y el resultado de las técnicas de diagnóstico por la imagen, determinará la conducta a seguir.

La PAAF muestra dificultad entre el diagnóstico hiperplasia y carcinoma in situ, y entre el diagnóstico de carcinoma in situ y carcinoma infiltrante. La BPP presenta dificultades diagnósticas en casos de hiperplasia intraductal, hiperplasia lobulillar, lesiones papilares, cicatriz radial y tumor filodes; es por ello que ante cualquiera de estos diagnósticos se recomienda una extirpación completa.

En conclusión, a pesar de que en este estudio hay un número bajo de lesiones benignas, pues se controlaron por

imagen en lugar de intervenir quirúrgicamente, y el número de hiperplasias y carcinomas in situ es bajo debido a que son casos que, al presentarse con microcalcificaciones, se biopsian por esterotáxica y no se practica estudio citológico, la PAAF y la BPP son técnicas complementarias para el diagnóstico de lesiones mamarias, pues combinarlas aumenta la sensibilidad, disminuyendo el número de falsos negativos, y el número de falsos positivos es similar al de la citología cuando se utiliza de forma aislada.

## Bibliografía recomendada

- Masood S. Core needle biopsy versus fine needle aspiration biopsy: are there similar sampling and diagnostic issues? *Clin Lab Med.* 2005;25:679-88.
- Oyama T, Koibuchi Y, McKee G. Core needle biopsy (CNB) as a diagnostic method for breast lesions: comparison with fine needle aspiration cytology (FNA). *Breast Cancer.* 2004;11:339-42.
- Tse GM, Tan PH. Diagnosing breast lesions by fine needle aspiration cytology or core biopsy: which is better? *Breast Cancer Res Treat.* 2010;123:1-8.

# Los tratamientos hormonales en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama y atención de enfermería

Ana Rodríguez Ortega

*Institut Català d'Oncologia, Barcelona, España*

## Tipos de tratamientos hormonales

Las modalidades de tratamiento supresor de estrógenos los podemos agrupar en:

- Castración quirúrgica o mediante RDT: elimina los estrógenos ováricos.
- Antiestrógenos: ocupa los receptores de estrógeno, como el tamoxifeno, raloxifeno, etc.
- Inhibidores de la aromatasa: provoca una interferencia con la aromatasa que convierte andrógenos en estrógenos (en posmenopausia), son el exemestano, letrozol y anastrozol.
- Análogos de Gh-Rh: provocan una disminución de la liberación de gonadotropina de la hipófisis, lo que reduce la secreción de estrógenos por los ovarios (principalmente en la premenopausia), como el gosorelin.
- Progestágenos: ocupan receptores de progesterona, como el acetato de megestrol y acetato de medroxiprogesterona.

## Tratamientos hormonales según estadio de la enfermedad

- Tratamiento adyuvante del cáncer de mama.
- Tratamiento del cáncer in situ de mama.

- Tratamiento neoadyuvante en cáncer de mama avanzado.
- Tratamiento del cáncer de mama metastásico.
- Quimioprevención.

## Efectos secundarios más comunes y seguimiento de las pacientes en tratamiento con hormonoterapia

### Tamoxifeno

- Aumento del riesgo de cáncer de endometrio.
- Aumenta el riesgo de la enfermedad tromboembólica en pacientes mayores de 50 años.
- Aumentan los sofocos.
- Puede aumentar el peso, la retención de líquidos, sensación de pesadez en piernas y abdomen, puede haber mayor dificultad en perder peso.
- En ocasiones provoca erupciones cutáneas.
- Algunas pacientes refieren sensación nauseosa.

### Inhibidores de la aromatasa

- Aumenta el riesgo de osteopenia/osteoporosis.
- Aumenta el riesgo de displipemia.

- Provocan dolores osteoarticulares que pueden requerir tratamiento analgésico con antiinflamatorios no esteroideos.

### **Papel de la enfermera en pacientes en tratamiento con hormonoterapia**

- Adherencia al tratamiento: concienciar a la paciente de la importancia de una buena adherencia al tratamiento, para conseguir así la eficacia de éste.
- Toma de la medicación correcta: se debe explicar que el tratamiento hormonal se administra en una pastilla diaria, a ser posible a la misma hora cada día, hay que

explicar qué debe hacer si se ha olvidado una toma, si no tolera bien el tratamiento debe consultar al médico en lugar de abandonar el tratamiento por sí misma, hay que revisar la toma de medicamentos incompatibles como la paroxetina o fluoxetina.

- Explicar los efectos secundarios que puede esperar, como los sofocos, algias articulares, sensación de hinchazón, etc., qué hacer para minimizarlos y cómo actuar si le producen molestias no tolerables.
- Explicar a la paciente cuáles son los signos de alarma ante una recaída local mediante la autoexploración mamaria, o a distancia, o que si aparecen metrorragias durante el tratamiento con tamoxifeno debe acudir a su ginecólogo en unos días como máximo.

## **Linfadenectomía: la prevención del linfedema**

**Jordi Cuartero Archs**

*Fisioterapeuta, Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Barcelona, España*

El linfedema es uno de los más graves problemas de salud en los supervivientes del cáncer de mama, con una incidencia de entre el 30-40% de los pacientes tratados quirúrgicamente o con radioterapia, asociándose su aparición a un detrimento de la capacidad funcional de la extremidad y otras complicaciones, así como a la aparición de diversos trastornos psicológicos. Es en este contexto que los profesionales buscamos formas de percibir el grado de satisfacción y una cuantificación de los resultados en relación a nuestras intervenciones. Para ello acudimos a la literatura científica, donde contrastamos nuestro procedimiento así como la información que ofrecemos al enfermo. Aunque la incidencia del linfedema varía susceptiblemente según el autor, los procedimientos de intervención son en la mayoría de ocasiones similares. Otro aspecto relevante a reflexionar al consultar las publicaciones es la satisfacción de los distintos profesionales en la realización de su labor, que contrasta en muchas ocasiones la percepción de desinformación que expresa el enfermo cuando se le interroga acerca del proceso que ha sufrido.

Ante estas evidencias, los profesionales debemos reflexionar sobre cómo hacer más eficaz esa transmisión de la información, para que nuestra actuación tenga un efecto preventivo sobre el nivel de salud percibido por la paciente, evitando que esa necesidad de conocimiento sea sustituida por no profesionales o por los contenidos que cualquiera puede encontrar en la red, lo que puede favorecer la confusión y el alarmismo tanto en la paciente como en la familia.

El hecho de que la aparición del linfedema esté asociada a la cronificación y continua evolución que va mermando la capacidad funcional de la paciente, hace más relevante la importancia no sólo de dar ese programa preventivo, sino que tanto la paciente como la familia tomen conciencia de su importancia y sean capaces de mantener esa atención, que con el paso del tiempo va desvaneciéndose. La educación sanitaria indispensable consiste en describir todos aquellos factores de riesgo que puedan provocar la aparición del linfedema. Pero también es importante, ini-

cialmente, dar pautas de comportamiento para disminuir la carga del miembro, higiene postural para favorecer el retorno, así como concienciar a la paciente de lo importante de mantener este miembro con un nivel de actividad moderado. Para ello es importante, en el postoperatorio inmediato, incorporar esta extremidad de forma progresiva y de manera que sea coherente con la agresión quirúrgica realizada. En este último proceso nuestro hospital apuesta por la realización de un grupo de cinesiterapia activa, en el que incluimos a las pacientes para disminuir el nivel de dolor por espasmos o contracturas musculares de los grupos musculares más proximales de la extremidad superior, o bien reducir el riesgo a la restricción de la movilidad articular por la aparición de bandas fibrosas.

En la actualidad, con este programa preventivo, constituido por educación sanitaria y ejercicio terapéutico, además de los controles médicos cada 6 meses durante los primeros 2 años, garantizamos una precocidad en el diagnóstico del paciente. Actualmente, no hay un volumen de pacientes suficientemente importante para obtener conclusiones y, por tanto, desconocemos todavía si este procedimiento nos aporta una disminución cuantitativa o cualitativa en la aparición de linfedema de nuestras pacientes.

### **Bibliografía recomendada**

- Fu MR, Chen CM, Haber J. The effect of providing information about lymphedema on the cognitive and symptom outcomes of breast cancer survivors. *Ann Surg Oncol.* 2010;17:1847-53.
- McNeely ML, Campbell K. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;6:CD005211.
- Pérez JA, Salem C, Henning E, et al. Linfedema de miembro superior secundario al tratamiento de cáncer de mama. *Cuadernos de Cirugía.* 2001;15:107-15.
- Rehabilitación del linfedema: actualización y protocolo. Hospital Comarcal de Valdeorras. 2008.