MESA REDONDA: NUEVOS ROLES PROFESIONALES EN PATOLOGÍA MAMARIA

Mi día a día en la ecografía de mama

Virtudes Gómez Bermúdez

Diagnóstico por Imagen, UDIAT, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Objetivos

Dar a conocer mi experiencia personal en el aprendizaje y la práctica de la ecografía de mama.

Discusión

Dar a conocer cómo ha sido mi aprendizaje ante un estudio ecográfico de mama.

Explicar cómo un técnico, con una buena preparación y un equipo médico detrás que lo apoye y enseñe, puede llegar a realizar un estudio de mama.

Mi experiencia personal consta de varios puntos:

- Un equipo médico que me ha enseñado y ha confiado en mí en todo momento y sigue haciéndolo.
- Muchas horas de estudio para saber de qué estoy hablando y saber identificar todas las estructuras de la mama.
- Muchas horas, también, delante de un ecógrafo donde se realizan estudios mamarios, para poder poner en práctica los conocimientos adquiridos.

Conclusión

Para que un técnico pueda realizar este tipo de exploración, lo fundamental es disponer de una formación reglada y horas de práctica.

Citopatología del ganglio axilar: actitud terapéutica ante el resultado

Gemma Fabra, C. Fernández-Cid, M. Castella, M.A. Domínguez y Francesc Tresserra

Laboratorio de Citología, Departamento de Obstetricia, Ginecología y Medicina de la Reproducción, USP-Institut Universitari Dexeus, Barcelona, España

El estatus ganglionar supone el principal factor pronóstico independiente en el cáncer de mama y es determinante para establecer la conducta terapéutica. Es por ello que la estadificación ganglionar prequirúrgica es de gran importancia. El estudio citológico mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF), generalmente con guía ecográfica, es un método mínimamente invasivo, con escasa morbilidad y con alta especificidad y valor predictivo positivo, superando a la palpación clínica y a las técnicas de imagen por sí solas. Cuando al estudio axilar mediante ecografía se le añade la PAAF aumenta de forma significativa la especificidad de la prueba para detectar metástasis extramamarias.

La citología del ganglio linfático (GL) muestra la presencia de linfocitos maduros en mayor o menor cantidad, según las características de la punción, acompañados de otras poblaciones celulares como las células precursoras que forman los centros germinales. La observación de células epiteliales malignas que presentan un núcleo de mayor tamaño, generalmente irregular y con alteraciones en la cromatina, indica la presencia de metástasis. La cantidad de estas células suele estar en relación con el tamaño de la metástasis. Si existen dudas, y la técnica lo permite, pueden aplicarse téc-

nicas de inmunocito/histoquímica en las extensiones o en un bloque celular. La correlación entre los hallazgos citológicos y patológicos en la detección de metástasis axilares es alta, con una sensibilidad del 88%, una especificidad del 97,8%, un valor predictivo positivo del 98,7% y un valor predictivo negativo del 81,8%. Hay ocasionales falsos positivos debidos a la presencia de tejido mamario ectópico en la axila. Los falsos negativos generalmente se deben al reducido tamaño de la metástasis que dificulta su detección.

El estudio citológico del GL adquiere gran relevancia en la indicación de la técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC). En las pacientes con citología negativa, que generalmente muestra procesos reactivos, si las características del tumor primario lo permiten serán tributarias de la técnica de BSGC. Si la punción ganglionar es positiva, deberá practicarse una linfadenectomía axilar completa (LA).

En el análisis intraoperatorio del GC puede efectuarse un estudio citológico mediante técnica de impronta o raspado, y en caso de resultar positivo también se procederá a LA.

La determinación de metástasis axilares mediante PAAF también es útil para la tipificación del tumor primario junto

con los hallazgos clínicos y radiológicos, y en la estadificación del cáncer avanzado, sea o no operable.

Bibliografía recomendada

Alkuwari E, Auger M. Accuracy of fine-needle aspiration cytology of axillary lymph nodes in breast cancer patients. A study of 115

cases with cytologic-histologic correlation. *Cancer (Cancer Cytopathol)*. 2008;114:89-93.

Chang MC, Crystal P, Colgan TJ. The evolving role of axillary lymph node fine-needle aspiration in the Management of carcinoma of the breast. *Cancer (Cancer Cytopathol)*. 2011;119:328-34.

Martí JL, Ayo D, Levine P, Hernández O, Rescigno J, Axelrod DM. Nonimage guided fine needle aspiration biopsy of palpable axillary lymph nodes in breast cancer patients. *Breast J*. 2012; 18:3-7.

Aplicaciones tecnológicas avanzadas en oncología radioterápica

José Luis López Guerra

Departamento de Oncología Radioterápica, Instituto Madrileño de Oncología, Madrid, España

Introducción

El tratamiento actual del cáncer de mama debe comprender un enfoque quirúrgico, radioterápico y quimioterápico integrado. Además de la supervivencia se deben tener en cuenta otros objetivos para las pacientes sometidas a un tratamiento de preservación de mama. El tratamiento óptimo debe aumentar al máximo el control local de la enfermedad sin comprometer la estética y esto se consigue dañando lo menos posible los tejidos sanos que rodean el tumor. El gran avance tecnológico, especialmente en las unidades de tratamiento de radioterapia, sufrido en las últimas décadas ha convertido a la radioterapia en uno de los tratamientos más efectivos contra el cáncer. Dos ejemplos de estos recientes avances son la tomoterapia y el *cyberknife*.

Material y métodos

La tomoterapia es una novedosa técnica de radioterapia guiada por imagen (IGRT) que permite ajustar la radiación a la forma del tumor, gracias a la combinación en un mismo equipo de un sistema de obtención de imagen por tomografía computarizada y un acelerador lineal que gira de forma helicoidal 360° alrededor del paciente. Esto posibilita escalar la dosis de radiación y minimizar la toxicidad sobre los órganos próximos al tumor. Por su parte, el sistema de radiocirugía robotizada *cyberknife* permite el tratamiento de pequeños volúmenes a muy altas dosis de radiación de manera no invasiva, respetando los tejidos sanos adyacentes. Su aplicación resulta especialmente interesante en la sobreimpresión tras irradiación completa de la mama o bien como una técnica alternativa de alta precisión para realizar irradiación parcial de la mama.

Resultados

Los tratamientos rádicos realizados con tomoterapia^{1,2} permiten una mayor homogeneidad y conformación de la dosis en la mama que otros métodos, como la radioterapia tridimensional conformada y la radioterapia de intensidad modulada. Igualmente permite la reducción de dosis de radiación en los órganos de riesgo adyacentes, como el corazón, el pulmón o la mama contralateral. La irradiación parcial de la mama con *cyberknife*³ permite acortar el tiempo de la radioterapia de 7 semanas a una sola semana con excelentes resultados cosméticos.

Conclusiones

La nueva tecnología en oncología radioterápica permite realizar tratamientos más precisos, más conformados y con menos efectos secundarios que las técnicas de radioterapia convencional. Igualmente permite realizar tratamientos más complejos, como integración de la sobreimpresión o irradiación parcial de la mama acortando los tiempos de duración del tratamiento.

Bibliografía

1. Capelle L, Warkentin H, Mackenzie M, et al. Skin-sparing helical tomotherapy vs 3D-conformal radiotherapy for adjuvant breast radiotherapy: In vivo skin dosimetry study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. En prensa 2012.
2. Cendales R, Schiappacasse L, Schnitman F, et al. Helical tomotherapy in patients with breast cancer and complex treatment volumes. *Clin Transl Oncol*. 2011;13:268-74.
3. Vermeulen S, Cotrutz C, Morris A, et al. Accelerated partial breast irradiation: Using the cyberknife as the radiation delivery platform in the treatment of early breast cancer. *Front Oncol*. 2011;1:43.

Gestora de casos en la unidad de mama

Mercè Marsinyach Agustí

Unidad de Patología Mamaria, Fundació Althaia, Xarxa Asistencial de Manresa, Manresa, Barcelona, España

Definir y explicar el papel de la enfermería en las unidades de mama significa, desde mi punto de vista, hablar de gestoras de casos.

Gestora de casos

Aunque el rol de gestión de casos puede ser desarrollado por diferentes profesionales, en salud, prioritariamente está desarrollado por enfermeras¹. La enfermera es una buena profesional para ser gestora de casos. Está formada para dar cuidados integrales a la persona, la familia y la comunidad. La enfermera está capacitada para detectar necesidades y gestionar cuidados. Es buena conocedora de todos los circuitos relacionados con el proceso y con habilidades en la movilización de recursos.

Durante todo el proceso, la gestora de casos acompaña al paciente y su familia, evita la división del trabajo, coordina diferentes profesionales y disciplinas, planifica las curas conjuntamente con el equipo, individualiza el proceso en caso de ser necesario, puede convertirse en el nexo entre diferentes niveles asistenciales y evalúa objetivos.

Toda la bibliografía consultada está de acuerdo en que el/la gestor/gestora de casos debe tener un perfil que lo convierta en el profesional idóneo para desarrollar esta tarea. De las características del perfil destacamos:

- Experto en la práctica clínica del caso tipo, ha de ser un buen conocedor del curso de la historia natural de la enfermedad.
- Buen conocedor de los circuitos, intra y extrahospitalarios.
- Habilidades comunicativas y motivacionales.
- Aptitudes para el liderazgo.
- Capacidad en habilidades para el manejo de conflictos.
- Capacidad educativa, pedagógica, administradora y con interés por la investigación.
- Conocimientos en gestión.
- Conocimientos en informática.
- Con mentalidad metodológica.

Gestora de casos en patología mamaria

El tratamiento del cáncer de mama debe ser un tratamiento interdisciplinario para controlar eficazmente la enferme-

dad y no tan sólo a nivel orgánico, sino de cara a disminuir el estrés que implica esta enfermedad intentando conservar al máximo el bienestar y la calidad de vida de la mujer afectada y su familia.

A continuación describiré el desarrollo del rol enfermero en las fases que van desde la sospecha hasta el primer tratamiento e intentaré aportar mi experiencia como enfermera en una unidad de mama. Entre las actividades y funciones de la enfermera encontramos:

- A. Gestionar y garantizar el proceso diagnóstico.
- B. Establecer prioridades.
- C. Coordinación entre diferentes profesionales y niveles asistenciales.
- D. Garantizar la presentación del caso en el comité de tumores.
- E. Profesional de referencia: paciente, familia y equipo.
- F. Las visitas de la gestora se focalizan en:

- Favorecer la comunicación, proporcionar asesoramiento y soporte a la mujer y su familia.
- Reforzar la información proporcionada.
- Clarificar dudas, preguntas.
- Atender las preocupaciones.
- Proporcionar soporte.
- Valoración de las necesidades de la paciente que se pueden ver afectadas y desplegar los recursos necesarios.
- Detectar problemáticas sociales y derivar al profesional adecuado.
- Educación sanitaria: previa y posterior a la cirugía.
- Durante todo el proceso la gestora de casos participa en el registro y evaluación.

Realizada la última visita en la unidad y en espera del primer tratamiento, la mujer dispone de un acceso directo al hospital mediante la gestora. Es importante manejar la angustia durante todo el proceso.

Bibliografía

1. Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/jornades/jcdr/t_ferro.pdf
2. Montiel M. Enfermera. Profesora EUI del Mar (UB). Curs de Postgrau de Gestió de Cures infermeres (Gestió de Casos). 1999-2000.
3. Curs de Postgrau de Gestió de Cures Infermeres (gestió de casos). IMAS; 1999-2000.