



FOTO: JOSE NEGRETE

1er.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

COLIMA, MEXICO, 9 Y 10 DE SEPTIEMBRE DE 1994

El cáncer en México ha incrementado su frecuencia en los últimos 30 años. Como causa de muerte ha pasado del décimo quinto al segundo lugar general y en las mujeres, a partir de los 35 años, ocupa ya el primer lugar. Los dos tumores más frecuentes son primero el cáncer cervicouterino, seguido del cáncer mamario, dos neoplasias de la mujer que en conjunto representan cerca del 50% de los tumores malignos en ese sexo.

Aparentemente la frecuencia del cáncer mamario se ha incrementado en los últimos años y si bien no contamos aún con un registro adecuado, la información disponible indica que hay un aumento real en el número de casos de esta enfermedad. México es un país de jóvenes, por ello se prevee un incremento de esta enfermedad conforme el promedio de edad (19 años promedio) aumente y por consiguiente el riesgo de padecerla.

A pesar de los esfuerzos en la detección temprana del cáncer mamario, la frecuencia de enfermas que se presentan con tumores avanzados no ha variado en los últimos años. A diferencia de otros países como los Estados Unidos de Norteamérica donde la enfermedad es diagnosticada en el 80% de los casos en estadios I y II, en México, desafortunadamente, este porcentaje sólo es de 50%.

El cáncer de mama se consideró, desde los estudios de Halsted, como una enfermedad loco regional, por ello se trató con terapéuticas activas en ese nivel, como la cirugía y la radioterapia. Desde hace alrededor de 15 años se demostró que la utilización de tratamientos adyuvantes al manejo locoregional mejoraba las posibilidades de curación de las enfermas con factores pronósticos adversos (ganglios metastásicos, permeación linfática, alto grado nuclear, etc.).

Simultáneamente en estos últimos 15 años, se ha demostrado que la combinación de cirugía y radioterapia hace factible que la magnitud del procedimiento quirúrgico reduzca, manteniendo las mismas posibilidades de curación, difundándose la práctica del tratamiento conservador de la mama.

En estadios III, que en nuestro país representan un importante número de pacientes, la utilización de quimioterapia neoadyuvante ha modificado positivamente las probabilidades de supervivencia libre de enfermedad, pasando de 25% a 50%.

Las pacientes con metástasis a distancia también han sido beneficiadas por el tratamiento sistémico, tanto con la quimioterapia como con el manejo hormonal, mejorando en la mayoría de las pacientes tanto la calidad de vida como la sobrevida global.

A pesar de que continuamente hay un enorme flujo de información relacionada con nuevas investigaciones sobre factores pronósticos y terapéutica del cáncer mamario, y de que incluso muchos de sus aspectos son todavía motivo de controversia, existen suficientes bases para hacer recomendaciones sobre los lineamientos básicos de manejo de esta enfermedad. Es por ello que el Centro de Cancerología de Colima convocó a una reunión de expertos en la materia con el objeto de unificar criterios de estudio y tratamiento del cáncer mamario en México, para posteriormente, por medio de esta publicación, ponerlos a la consideración de todos los oncólogos y de otros especialistas relacionados con esta enfermedad.

La reunión se organizó por medio de mesas de trabajo tanto generales como por áreas particulares. Se analizaron detenidamente los diferentes aspectos para el estudio de las pacientes y de la terapéutica recomendada, haciendo hincapié en los aspectos particulares tanto de los recursos con los que cuenta el país, así como de las características de nuestra población y de los estadios que atendemos con mayor frecuencia. En una sesión general se discutieron las propuestas de cada una de las mesas de trabajo y lo aprobado constituye este CONSENSO. Esperamos que las conclusiones y recomendaciones del mismo, sean una guía útil para los oncólogos y médicos de especialidades afines.

INFORMACION Y EDUCACION

El hecho de que alrededor del 50% de las pacientes mexicanas portadoras de un cáncer de mama se diagnostiquen en estadios avanzados (III y IV), es una muestra evidente de un insuficiente conocimiento de los médicos sobre este tema y de la carencia de información de la población en general, por lo que se recomienda:

1) Una mayor participación de los oncólogos del país en las actividades relacionadas con las campañas educativas y de detección temprana del cáncer mamario.

2) Promover que en las escuelas y facultades de medicina se instruya a los estudiantes en la exploración mamaria y los métodos de detección oportuna.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

3) *Se efectúen continuamente campañas informativas por los medios masivos de comunicación, principalmente relacionadas con la autoexploración mamaria.*

DIAGNOSTICO

Los estudios de pesquisa con mastografía son útiles y se asocian a diagnósticos en estadios mas tempranos y a mejoría de la sobrevida. Las recomendaciones para la utilización de la mastografía son:

1.- Si no existen factores de riesgo, efectuar una mastografía cada dos años de los 40 a los 50 años.

2.- En caso de haber factores de riesgo, efectuar una mastografía anualmente.

3.- De los cincuenta años en adelante, realizar el estudio anualmente.

NOTA.- *No se recomienda este estudio como pesquisa en mujeres menores de 40 años.*

ESTUDIO (BIOPSIA) DE LESIONES NO PALPABLES

El hallazgo de una imagen sospechosa de malignidad en la mastografía, no palpable, es indicación de cirugía para estudio histopatológico.

1.- El uso de estereotaxia para la localización de microcalcificaciones visibles mastograficamente es una opción aceptada pero su disponibilidad esta muy limitada en nuestro país.

2.- Una opción práctica, es localizar la lesión mediante coordenadas en la mastografía, valorando su situación horaria, distancia del pezón y profundidad. La extracción de la pieza se realiza con anestesia local o general y en ella se marcan los límites del corte en profundidad y en superficie y se toma una radiografía al espécimen quirúrgico para corroborar la presencia en él de las microcalcificaciones.

3.- Se recomienda esperar el estudio histopatológico definitivo para normar la conducta, sin diferir la cirugía mas de una semana.

CLASIFICACION TNM

TUMOR (T)

- TO Sin evidencia de tumor primario
- TIS Carcinoma in situ.
- T1 Tumor de 2 cm. o menor
T1a hasta 0.5 cm.
T1b de 0.5 a 1 cm.
T1c de 1 a 2 cm.
- T2 Tumor de 2 a 5 cm.
- T3 Tumor mayor de 5 cm.
- T4 Tumor de cualquier tamaño pero con invasión a la pared torácica o piel (se excluye la invasión al músculo pectoral).
T4a Extensión a la pared torácica.
T4b Edema o ulceración de la piel o presencia de nódulos satélites.
T4c Ambos (a y b).
T4d Carcinoma inflamatorio.

NODULOS (N)

- N0 Sin evidencia de metástasis regionales.
- N1 Metástasis a ganglio o ganglios axilares ipsilaterales móviles.
- N2 Metástasis a ganglio o ganglios axilares ipsilaterales adheridos entre sí o a otras estructuras.
- N3 Metástasis a ganglio o ganglios ipsilaterales de la cadena mamaria interna.

METASTASIS (M)

- M0 Sin evidencia de metástasis a distancia.
- M1 Metástasis a distancia incluyendo los ganglios supraclaviculares homolaterales.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

ESTADIOS

	T	N	M
ESTADIO 0	TIS	N0	M0
ESTADIO 1	T1	N0	M0
ESTADIO IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
ESTADIO IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
ESTADIO IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1-N2	M0
ESTADIO IIIB	T4	cualquier N	M0
	cualquier T	N3	M0
ESTADIO IV	cualquier T	cualquier N	M1

FACTORES PRONOSTICOS DE LA PIEZA OPERATORIA

1.- La clasificación TNM sigue siendo la más adecuada para valorar el pronóstico. En particular el tamaño del tumor y la presencia o no de ganglios axiliares supuestamente metastásicos tienen un valor indiscutible.

2.- Los datos mínimos que deben de reportarse en un estudio histopatológico de la pieza operatoria son los siguientes: tamaño y morfología del tumor, grado nuclear, índice mitótico, formación de túbulos, invasión ganglionar, número y nivel de ganglios disecados y metastásicos, presencia o no de ruptura ganglionar, invasión periganglionar e invasión vascular o linfática.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

3.- Debido a que en ninguna institución de nuestro país se realizan rutinariamente la determinación de factores pronósticos como la Catepsina D, el índice de timidina, ploidía, etc. y a que en solo 2 hospitales del sector salud, ambos en la ciudad de México, efectúan la cuantificación de receptores hormonales en forma habitual, se recomienda utilizar la calificación histopronóstica de Scarff-Bloom Richardson. Este método ha sido adoptado por la OMS desde 1968 y ha demostrado en numerosos estudios multicéntricos su valor pronóstico. Se basa en 3 aspectos morfológicos del estudio histopatológico convencional: formación de túbulos, pleomorfismo nuclear y número de mitosis como se describe a continuación.

<u>FORMACION DE TUBULOS</u>		<u>PLEOMORFISMO NUCLEAR</u>		<u>MITOSIS*</u>	
Generalizada	1	Débil	1	0-1	1
Aislada	2	Moderada	2	2	2
Ausente	3	Intensa	3	3 o más	3

* Evaluar por lo menos 20 campos y tomar en cuenta el número de mitosis más alto encontrado en un sólo campo.

PRONOSTICO FAVORABLE.....	calificaciones 3,4 ó 5.
PRONOSTICO MODERADO.....	calificaciones 6 y 7.
PRONOSTICO DESFAVORABLE.....	calificaciones 8 y 9.

CANCER MINIMO.- Este concepto no debe de ser utilizado pues comprende entidades con pronósticos totalmente diferentes, como el carcinoma invasor menor de 2 cm, de 1 cm y menor de 0.5 cm, así como los carcinomas in situ ductales y lobulillares.

CARCINOMA DUCTAL IN SITU

1.- Estas lesiones son diagnosticadas básicamente en dos contextos. Por un lado lesiones subclínicas, descubiertas por mastografía y por otro lado, tumores clínicamente palpables que pueden llegar a medir hasta 10 cm.

2.- El tratamiento local de la neoplasia debe decidirse después de analizar los factores pronósticos más importantes: tamaño del tumor y el subtipo histológico. Esto requiere del trabajo conjunto del cirujano, el patólogo y el radiólogo.

3.- CONDUCTA QUIRURGICA.

3.1 Los casos con tumores menores de 2.5 cm. ductales in situ, de localización periférica, y con relación mama-tumor favorable, pueden ser tratados con procedimientos quirúrgicos conservadores.

3.2 El comedocarcinoma menor de 2.5 cm puede ser tratado con cirugía conservadora (cuadrantectomía) si existe relación mama-tumor favorable.

3.3 En los tumores mayores de 2.5 cm., los tipo comedocarcinomas, los tumores multicéntricos, o bien, aquellos con relación mama-tumor desfavorable, esta indicada la mastectomía total.

3.4 La mastectomía subdérmica no es un adecuado sustituto de la mastectomía total, debido a que no reseca la totalidad del tejido mamario.

3.5 No se recomienda efectuar disección axilar por la baja frecuencia de invasión ganglionar del carcinoma ductal in situ puro. Solo se hará en caso de diagnosticarse microinvasión o bien ante la eventualidad de que se descubran adenopatías clínicamente o durante la operación y que se corroboren histopatológicamente.

3.6 Los casos de carcinoma ductal in situ pero en los que se identifiquen zonas de microinvasión, se considerarán como carcinomas invasores y se tratarán de acuerdo a su etapa clínica y a otros factores pronósticos.

4.- RADIOTERAPIA.

4.1 La radioterapia adyuvante no esta indicada en caso de que se haya realizado mastectomía total.

4.2 En pacientes tratados con cirugía conservadora, la radioterapia esta indicada en tumores ductales in situ mayores de 1 cm. o en los casos en que existan límites quirúrgicos menores de 2 cm.

5.- TRATAMIENTO SISTEMICO ADYUVANTE.

5.1 El tratamiento sistémico adyuvante, tanto con quimioterapia como con hormonoterapia, no esta indicado en las pacientes con carcinoma ductal in situ puro, sin importar el tamaño de este.

CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU

1.- Es una lesión poco frecuente. Su diagnóstico histológico y el diagnóstico diferencial con hiperplasia lobulillar atípica, requiere de patólogos expertos. En general no se asocia con tumor palpable ni con imagen radiológica típica.

2.- Se considera a esta lesión como un "marcador de riesgo" y no como una lesión que, por sí misma, evolucione a un carcinoma invasor. Aproximadamente de 10 a 25% de las enfermas desarrollan un carcinoma invasor en cualquiera de las mamas a largo plazo y generalmente de tipo ductal infiltrante.

3.- El tratamiento del carcinoma lobulillar in situ es la extirpación local amplia.

4.- No está indicada la radioterapia adyuvante ni ningún tipo de tratamiento sistémico.

5.- Es de vital importancia un seguimiento estricto de por vida, con exploración médica semestral y mastografía anual.

ESTUDIO DE LA PACIENTE CON CANCER MAMARIO EN ESTADIOS I Y II
(Excepto T3 N0 M0)

- Historia clínica completa.
- Estadificación del tumor por el sistema TNM (UICC 1988).
- Exámenes de laboratorio rutinarios.
- Radiografía de tórax PA y lateral.
- Mastografía bilateral (cefalocaudal, lateral y oblicua).
- Investigación de metástasis óseas o hepáticas solo si hay síntomas o alteración de las pruebas de funcionamiento hepático o química ósea.
- Antes de proceder a efectuar el procedimiento quirúrgico definitivo debe contarse con el estudio histológico, que puede obtenerse en transoperatorio.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO QUIRURGICO EN ESTADIOS I Y II

(Excepto T3 N0 M0)

Se llegó a la conclusión de que la mastectomía radical modificada ofrece similares resultados que la mastectomía radical clásica, por lo que esta última no debe utilizarse en estadios I y II. Así mismo se concluyó que la mastectomía total, por no extirpar los ganglios axilares, no debe de utilizarse.

Se recomienda no utilizar el término de "cirugía conservadora" porque la cirugía es sólo una parte del tratamiento multidisciplinario del cáncer de mama en estadios I y II. Debe utilizarse el término de "Tratamiento Conservador".

Tanto el tratamiento conservador como la mastectomía radical modificada, ofrecen alternativas adecuadas de tratamiento por lo que se recomiendan las siguientes indicaciones para cada procedimiento.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Incluye cirugía, radioterapia y eventualmente tratamiento adyuvante con quimio-hormonoterapia. El éxito de este tratamiento se basa en la selección óptima de las pacientes y en la participación multidisciplinaria.

1.- Las conclusiones después de varios estudios prospectivos comparando cirugía conservadora mas radioterapia con la mastectomía radical modificada o clásica, han demostrado que este método es válido y apropiado para el manejo de muchas pacientes con estadios I y II de cáncer mamario. Además es preferible cuando esta indicado, pues tiene iguales posibilidades de sobrevida que la mastectomía pero preservando el seno con todo lo que esto significa para la paciente.

INDICACIONES

1- Pacientes en etapa I y II, con tumor primario de 3 cm o menor.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- 1.- Microcalcificaciones difusas sospechosas de malignidad.
- 2.- Tumor multicéntrico.
- 3.- Componente intraductal extenso (mayor del 25%)

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

- 4.- Relación mama-tumor desfavorable.
- 5.- Enfermedad de la colágena.
- 6.- Imposibilidad para recibir radioterapia.
- 7.- Primero y segundo trimestres del embarazo.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- 1.- Tumor central.
- 2.- Enfermedad de Paget.

CONDICIONES PARA EFECTUAR TRATAMIENTO CONSERVADOR

- 1.- Debe de realizarlo un cirujano oncológico con experiencia en tratamiento conservador.
- 2.- Contar con un patólogo calificado, que conozca y utilice la clasificación histopronóstica de Scarff-Bloom-Richardson.
- 3.- Tener la facilidad de un departamento de radioterapia así como de oncología médica.
- 4.- Llevar un registro adecuado de los casos así tratados para su seguimiento estricto.
- 5.- Contar con el consentimiento firmado de la enferma previa información completa.

TECNICA QUIRURGICA

El nombre correcto de la cirugía recomendada es CUADRANTECTOMIA, que originalmente significaba la resección de la cuarta parte de la glándula mamaria, y que consiste en una resección tridimensional del tumor, con un margen periférico mínimo de 2 cm., incluyendo piel y fascia del músculo pectoral mayor. En forma obligada debe de efectuarse concomitantemente una disección ganglionar axilar completa (disección radical de axila) de preferencia a través de un abordaje independiente.

RADIOTERAPIA

Se administrará radioterapia local a la mama a todas las pacientes sometidas a cuadrantectomía. La radiación a la axila, como en las enfermas tratadas con cirugía radical, sólo estará indicada cuando haya extensa invasión extraganglionar.

La radioterapia a la cadena mamaria interna se recomienda cuando el tumor haya sido de localización central o de cuadrantes internos y la pieza operatoria muestre 4 o más ganglios axilares metastásicos. En estos casos debe administrarse campos supraclavicular y mamario interno. El campo axilar se incluirá solamente si existe invasión extraganglionar.

Se recomienda que el tratamiento con radioterapia se inicie antes de la décimo sexta semana posterior a la cirugía.

Técnica: se utilizará cobalto o acelerador lineal con dos campos tangenciales a toda la mama anatómica, con margen de 2 cm. para administrar 5000 cGy en 25 fracciones. Se aplicará sobredosis de 1000 a 2000 cGy con cobalto, electrones o implante en casos de residual microscópico post-cuadrantectomía o de límites quirúrgicos menores a 2 cm. y que exista contraindicación para la mastectomía.

CIRUGIA RADICAL EN ETAPAS I Y II

(Excepto T3 N0 M0)

El tratamiento quirúrgico debe ser la mastectomía radical modificada. La mastectomía radical clásica sólo esta indicada en estas etapas en el carcinoma mamario del varón.

INDICACIONES

- 1.- Preferencia de la enferma posterior a una información completa.
- 2.- Tumores multicentricos.
- 3.- Microcalcificaciones difusas en la mastografía.
- 4.- Tumor mayor de 3 cm. de diámetro.
- 5.- Tumor central (retroareolar).
- 6.- Relación mama-tumor desfavorable.
- 7.- Componente intraductal intenso (mayor del 25%).
- 8.- Enfermedad de Paget.
- 9.- Primero y segundo trimestre del embarazo.
- 10.- Sin posibilidad de hacer un seguimiento adecuado.
- 11.- Sin posibilidad de administrar radioterapia postoperatoria.

TRATAMIENTO SISTEMICO ADYUVANTE EN ETAPAS I Y II

(Excepto T3 N0 M0)

El tratamiento sistémico adyuvante esta indicado en todas aquellas pacientes que presenten metástasis axilares ganglionares en la pieza quirúrgica y en algunos subgrupos con ganglios negativos (pN0) y con factores de mal pronóstico.

Pacientes con ganglios positivos. Debido al alto riesgo de recaída en este grupo de enfermas, todas las pacientes deberán de recibir tratamiento sistémico adyuvante, sin importar el número de ganglios afectados.

El tratamiento adyuvante en pacientes con ganglios axilares positivos ha demostrado que prolonga el tiempo libre de recaída y la sobrevida en alrededor de 3 años en promedio. Por otra parte también se ha comprobado que este tratamiento preventivo disminuye en una tercera parte las muertes esperadas en pacientes con tratamiento local solamente.

-Pacientes con ganglios negativos. Debido al buen pronóstico en general de este grupo de pacientes, solamente esta indicado el tratamiento adyuvante en cualquiera de los siguientes casos:

- Tumor mayor de 1 cm. con factores pronósticos desfavorables.
- Cualquier tumor con calificación de Scarff-Bloom Richardson de 7,8 ó 9.
- Tumor de 3 cm. o más de histología favorable (medular puro, mucinoso, tubular, coloide y papilar).

El tratamiento sistémico deberá iniciarse tan pronto sea posible. Se recomienda entre la segunda y la cuarta semana después del tratamiento quirúrgico. No se recomienda la utilización simultánea de radioterapia y quimioterapia debido al incremento de la toxicidad. La decisión de la secuencia de estos tratamientos cuando ambos están indicados, dependerá de las facilidades de cada lugar o institución pues no existe una recomendación específica al respecto.

ELECCION DEL TRATAMIENTO SISTEMICO

La elección del tratamiento adyuvante variará de acuerdo a algunos factores como: edad de la paciente, valoración y resultado de receptores, presencia o no de ganglios axilares positivos, presencia o no de otros factores histológicos desfavorables, etc. A continuación mencionamos algunos lineamientos que pueden servir para la elección de este tratamiento.

- 1.- Pacientes en las que se recomienda quimioterapia:
 - *Menores de 50 años sin importar receptores.*
 - *De 50 a 60 años con receptores negativos.*
- 2.- Pacientes en las que se recomienda hormonoterapia:
 - *Mayores de 50 años con receptores positivos o desconocidos.*
- 3.- Pacientes en las que se recomienda hormonoterapia y quimioterapia:
 - *Mayores de 50 años con mal pronóstico (4 o más ganglios positivos, etc.).*

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

Los esquemas de quimioterapia recomendados son: FAC, FEC, AC o CMF. (F=Fluoroacilo, E=Epirubicina, M=Methotrexate, A=Adriamicina) de acuerdo a la disponibilidad y posibilidades de cada institución o medio, iniciándola si es posible entre la segunda y la cuarta semana después de la cirugía. Se deberán aplicar 6 ciclos con dosis y periodicidad óptimos.

El tamoxifen es el tratamiento hormonal más adecuado por un lapso de 2 a 5 años. En vista del discreto aumento recientemente documentado de cáncer de endometrio en pacientes con uso prolongado de este medicamento, se recomienda vigilar los síntomas de esta enfermedad.

A pesar de que el meta-análisis reciente (1992) mostró beneficios de sobrevida con la ablación ovárica en pacientes premenopaúsicas, el Consenso no lo recomienda como tratamiento adyuvante por sus efectos secundarios a largo plazo.

En pacientes con muy alto riesgo de recaída, como son aquellas con más de 10 ganglios positivos, no se recomienda otro tipo de tratamiento más agresivo al anteriormente descrito. Las dosis altas o prolongadas mientras no demuestren su efectividad, solamente deben de utilizarse dentro de un estudio de investigación clínica.

TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO LOCALMENTE AVANZADO

1.- En esta etapa se encuentran los estadios IIb (T3 N0 M0), IIIa y IIIb incluyendo al carcinoma inflamatorio. También puede ser incluido el estadio IV caracterizado solamente por metástasis a ganglios supra o infraclaviculares.

2.- Se debe de hacer una valoración inicial que incluya tele de tórax, ecosonograma hepático y rastreo óseo para descartar metástasis a distancia, las cuales en este estadio son frecuentes.

3.- Debido a la alta posibilidad de recaídas locales, regionales o a distancia el tratamiento de las pacientes con esta etapa clínica generalmente debe de incluir quimioterapia, cirugía y radioterapia.

4.- El tratamiento inicial puede ser con quimioterapia o con cirugía, en estadios IIb y IIIa..

5.- En el estadio IIIb así como en el carcinoma inflamatorio y en el estadio IV por ganglio supra o infraclavicular, el tratamiento inicial debe de ser con quimioterapia.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

6.- El diagnóstico histológico se puede hacer con biopsia incisional, con aguja de tru-cut o por citología con aguja fina si reúne las siguientes características: a) tumor clínicamente calificado como maligno y b) tumor con características radiológicas de malignidad.

7.- La quimioterapia de inducción debe incluir antraciclinas.

8.- Se aplicarán 3 o 4 ciclos de quimioterapia y de acuerdo a la respuesta se pueden seguir las siguientes opciones:

- *Respuesta completa o parcial.* Las pacientes podrán ser operadas y recibir quimioterapia adyuvante por 4 o 5 ciclos más del mismo esquema, y al final, ciclo mamario completo de radioterapia de acuerdo a los hallazgos histopatológicos de la pieza operatoria (importante tumor residual, abundantes ganglios positivos, etc.).

En casos muy seleccionados con respuesta clínica completa, se podrá utilizar solamente la radioterapia como tratamiento local y evitar la cirugía.

- *Respuesta mínima o sin cambio:* Si el tumor es resecable deberá efectuarse la mastectomía radical, si no, recibirán ciclo mamario completo de radioterapia y dependiendo de la respuesta podrá operarse y recibir quimioterapia adyuvante de segunda línea.

9.- La cirugía recomendada es la mastectomía radical modificada, excepto en pacientes con infiltración de la fascia del pectoral o bien en algunos casos de carcinoma inflamatorio, en los que se sugiere la mastectomía radical clásica.

10.- La radioterapia será un campo axilo-supraclavicular y mamario interno, 5000 cGY en 25 fracciones. La mama en caso de conservarla recibirá la misma dosis con campos tagenciales, con un incremento de 10 a 20 cGY al lecho tumoral con cobalto, electrones o implante.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD METASTASICA

1.- Todas las enfermas con diagnóstico de enfermedad metastásica, deberán de recibir tratamiento sistémico como terapia inicial.

2.- Todas estas pacientes son potencialmente candidatas a quimioterapia.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

3.- Podrían recibir tratamiento inicial con hormonoterapia las pacientes que se encuentren en los siguientes casos:

- *con receptores hormonales positivos*
- *sin hormonoterapia previa*
- *con masa tumoral pequeña*
- *con enfermedad no visceral*
- *con enfermedad de lenta evolución*
- *cuando el tiempo libre de recaída sea de 2 años o más.*

4.- El número de ciclos de quimioterapia dependerá de la respuesta máxima alcanzada.

5.- La hormonoterapia deberá de utilizarse hasta progresión. En caso de buena respuesta inicial se deberá de ensayar de primera intención otro tratamiento hormonal antes de iniciar con la quimioterapia.

6.- La cirugía de limpieza puede contribuir en forma muy importante a la paliación de estas enfermas en algunos casos.

7.- La resección de metástasis esta indicada en casos muy seleccionados, como por ejemplo cuando existe enfermedad estacionaria por varios años.

8.- La radioterapia es un método paliativo muy efectivo, principalmente en metástasis óseas y cerebrales, en donde se recomiendan ciclos breves de tratamiento (1 a 2 semanas) en caso de expectativa de vida corta, o estandar si las posibilidades de sobrevida son más prolongadas.

9.- La finalidad de todos los tratamientos en enfermedad metastásica, es prolongar la supervivencia con una calidad de vida aceptable.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.- La educación médica, tanto a nivel profesional como de la población en general es un factor muy importante para mejorar tanto la detección temprana como el tratamiento oportuno del cáncer mamario, y es una responsabilidad de los oncólogos intervenir activamente en la promoción de esta.

2.- La mastografía como estudio de pesquisa tiene un valor comprobado y debe de realizarse el primero alrededor de los 40 años, cada 2 años de los 40 a los 50 y anualmente de los 50 en adelante.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

3.- A pesar de que recientemente se ha descrito una gran cantidad de factores pronósticos nuevos, el tamaño del tumor y la presencia o no de metástasis ganglionares continúan siendo los más importantes. Así mismo, la calificación histológica de Scarff-Bloom Richardson ha demostrado también tener un valor práctico para determinar las posibilidades de recurrencia por lo que se recomienda su utilización rutinaria.

4.- El carcinoma ductal in situ deberá ser tratado con cuadrantectomía o mastectomía total, de acuerdo a su tamaño, localización y relación mama-tumor. No están indicadas la disección axilar, la radioterapia a las zonas linfoportadoras ni ningún tratamiento sistémico adyuvante.

5.- El carcinoma lobulillar in situ es una lesión poco frecuente y se considera un marcador de riesgo para desarrollar un carcinoma invasor en cualquiera de las mamas. Su tratamiento es exclusivamente extirpación amplia y ulterior vigilancia estrecha.

6.- La cirugía con conservación de la mama como tratamiento inicial de los estadios I y II, ha demostrado ser un método adecuado pues proporciona una sobrevida similar a la mastectomía radical modificada pero preservando el seno. Debe de incluir resección del tumor con márgenes libres de 2 cm., disección axilar y radioterapia al resto de la mama.

7.- La mastectomía radical clásica así como la mastectomía total no deben de utilizarse en estadios I y II.

8.- La radioterapia post-operatoria a las zonas linfoportadoras esta indicada solamente cuando exista ruptura de la cápsula o invasión extraganglionar extensa.

9.- El tratamiento adyuvante sistémico esta indicado en todas las pacientes con ganglios axilares positivos y en aquellas con ganglios negativos con factores de mal pronóstico.

10.- El cáncer mamario localmente avanzado (E.C. III) debe de tratarse en forma multidisciplinaria, generalmente incluyendo quimioterapia inicial, cirugía y/o radioterapia y quimioterapia adyuvante.

11.- El cáncer mamario con metástasis a distancia (EC IV), deberá recibir de primera instancia tratamiento sistémico. La radioterapia y la cirugía están indicadas en situaciones especiales.

12.- Con el objeto de ofrecerle a la paciente las mayores posibilidades de curación, se recomienda que sea tratada preferentemente por especialistas en oncología y en instituciones que cuenten con todo el armamento terapéutico.

1er.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

PARTICIPANTES EN EL CONSENSO

DR. JESUS CARDENAS SANCHEZ

Coordinador del Consenso

Oncólogo Médico

Centro Estatal de Cancerología

Colima, Col.

DR. ALFONSO ACEVES ESCARCEGA

Cirujano Oncólogo

Hospital General de Occidente SSA.

Guadalajara, Jal.

DR. JUAN RAMON AYALA HERNANDEZ

Oncólogo Radioterapeuta

Hospital de Oncología. C M N Siglo XXI IMSS

México, D.F.

DR. ARTURO BELTRAN ORTEGA

Cirujano Oncólogo

Instituto Nacional de Cancerología

México, D.F.

DR. JAIMÉ DE LA GARZA SALAZAR

Oncólogo Médico

Instituto Nacional de Cancerología

México, D.F.

DR. RAYMUNDO DIAZ MENDOZA

Oncólogo Radioterapeuta

Hospital Muguerra

Monterrey, N.L.

DRA. AURA ERAZO VALLE

Oncólogo Médico

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

México, D.F.

DR. MANUEL ESPINOSA GARZA

Oncólogo Radioterapeuta

Centro Médico de Occidente, IMSS

Guadalajara, Jal.

DR. ANGEL MARIO FLORES FERNANDEZ

Oncólogo Médico

Hospital Muguerra

Monterrey, N.L.

DR. HUMBERTO GARCIA GONZALEZ

Oncólogo Radioterapeuta

Hospital General de México SSA

México, D.F.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO**DRA. RAQUEL GERSON CWILICH***Oncólogo Médico*

Hospital General de México SSA

México, D.F.

DR. ERNESTO GOMEZ GONZALEZ*Oncólogo Radioterapeuta*

Instituto Nacional de Cancerología

México, D.F.

DR. JUAN FRANCISCO GONZALEZ GUERRERO*Oncólogo Médico*

Hospital Universitario

Monterrey, N.L.

DR. RUBEN HERNANDEZ SANCHEZ*Cirujano Oncólogo*

Hospital Militar

México, D.F.

DR. GABRIEL N. HORTOBAGYI*Oncólogo Médico*

Hospital MD Anderson

Houston, Texas

DR. FERNANDO LARA MEDINA*Oncólogo Médico*

Instituto Nacional de Cancerología

México, D.F.

DR. VICTOR M. LIRA PUERTO*Oncólogo Médico*

Hospital de Oncología C.M.N. Siglo XXI IMSS

México, D.F.

DR. FERNANDO MAINERO RACHELOUS*Cirujano Oncólogo*

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, IMSS

México, D.F.

DRA. TERESA RAMIREZ UGALDE*Cirujano Oncólogo*

Instituto Nacional de Cancerología

México, D.F.

DR. SERGIO RODRIGUEZ CUEVAS*Cirujano Oncólogo*

Hospital de Oncología C.M.N. Siglo XXI, IMSS

México, D.F.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

DR. RICARDO ROMERO JAIME

Cirujano Oncólogo

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, IMSS

México, D.F.

DR. CARLOS SANCHEZ BASURTO

Cirujano Oncólogo

Hospital de México

México, D.F.

DR. FRANCISCO SANDOVAL GUERRERO

Cirujano Oncólogo

Hospital General de México, SSA

México, D.F.

DR. JOSE A. SERRANO MAGALLON

Cirujano Oncólogo

Hospital General de México, SSA

México, D.F.

DR. ALEJANDRO SILVA JUAN

Oncólogo Médico

Hospital de Oncología C.M.N. Siglo XXI, IMSS

México, D.F.

DR. FRANCISCO TENORIO GONZALEZ

Cirujano Oncólogo

Hospital de México

México, D.F.

DR. ROMAN TORRES TRUJILLO

Cirujano Oncólogo

Hospital de México

México, D.F.

DR. ANSELMO VAZQUEZ CURIEL

Oncólogo Radioterapeuta

Hospital de Oncología C.M.N. Siglo XXI, IMSS

México, D.F.

PONENCIAS

Generales

DR. JESUS CARDENAS SANCHEZ

"PRESENTACION Y BASES PARA EL CONSENSO"

DR. GABRIEL HORTOBAGYI

"HISTORIA PASADA Y RECIENTE DEL TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO"

DR. ROMAN TORRES TRUJILLO

"EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER MAMARIO EN MEXICO. CLASIFICACION"

1er.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

DR. JAIME DE LA GARZA SALAZAR

"INFRAESTRUCTURA EN MEXICO PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO EN HOSPITALES DE LA SECRETARIA DE SALUD Y PRIVADOS"

DR. ANSELMO VAZQUEZ CURIEL

"INFRAESTRUCTURA EN MEXICO PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO EN: IMSS, ISSSTE Y OTRAS INSTITUCIONES"

De Cirugía

DR. SERGIO RODRIGUEZ CUEVAS

"CANCER MINIMO. CALIFICACION HISTOPRONOSTICA DE SCARFF-BLOOM RICHARSON"

DR. CARLOS SANCHEZ BASURTO

"MANEJO DEL CARCINOMA DUCTAL IN SITU"

DR. FERNANDO MAINERO RATCHELOUS

"MANEJO DEL CARCINOMA LOBULILLAR IN SITU"

DR. FRANCISCO TENORIO GONZALEZ

"EXPERIENCIA INTERNACIONAL CON CIRUGIA CONSERVADORA"

DR. ROMAN TORRES TRUJILLO

"EXPERIENCIA NACIONAL CON CIRUGIA CONSERVADORA"

DR. RICARDO ROMERO JAIME

"INDICACIONES, CONTRADICCIONES Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA CONSERVADORA"

DR. FRANCISCO SANDOVAL GUERRERO

"CIRUGIA RADICAL EN PACIENTES CON ESTADIOS I Y II. EXPERIENCIA INTERNACIONAL"

DR. RUBEN HERNANDEZ SANCHEZ

"CIRUGIA RADICAL EN PACIENTES CON ESTADIOS I Y II. EXPERIENCIA NACIONAL"

DR. JOSE A. SERRANO MAGALLON

"INDICACIONES Y CONTRADICCIONES DE LA CIRUGIA RADICAL"

DR. CARLOS SANCHEZ BASURTO

"CIRUGIA RECONSTRUCTIVA"

DRA. TERESA RAMIREZ UGALDE

"CIRUGIA EN CANCER MAMARIO EC III "

DR. ALFONSO ACEVES ESCARCEGA

"EXPERIENCIA NACIONAL EN EL MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER MAMARIO LOCALMENTE AVANZADO"

DRA. TERESA RAMIREZ UGALDE

"CIRUGIA PALIATIVA EN EC IV O RECURRENTE"

1er.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

De Radioterapia

DR. ERNESTO GOMEZ GONZALEZ

"LUGAR DE LA RADIOTERAPIA EN PACIENTES OPERADAS CON MASTECTOMIA SIMPLE, RADICAL O CUADRANTECTOMIA Y CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DUCTAL O LOBULILLAR IN SITU"

DR. RAYMUNDO DIAZ MENDOZA

"RADIOTERAPIA EN PACIENTES OPERADAS CON CIRUGIA CONSERVADORA Y DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE"

DR. ANSELMO VAZQUEZ CURIEL

"TECNICAS VIGENTES. RADIOTERAPIA EXTERNA Y BRAQUITERAPIA"

DR. HUMBERTO GARCIA GONZALEZ

"EXPERIENCIA INTERNACIONAL CON LA RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA"

DR. MANUEL ESPINOSA SANCHEZ GARZA

"EXPERIENCIA NACIONAL CON LA RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA"

DR. JUAN RAMON AYALA HERNANDEZ

"INDICACIONES Y CONTRADICCIONES DE LA RADIOTERAPIA POSTOPERATORIA EN MEXICO"

DR. ERNESTO GOMEZ GONZALEZ

"RECOPIACION HISTORICA DE LA RADIOTERAPIA EN EC III"

DR. RAYMUNDO DIAZ MENDOZA

"RESULTADOS INTERNACIONALES DE LA RADIOTERAPIA COMO PARTE DE UN MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN ESTADIO III"

DR. ANSELMO VAZQUEZ CURIEL

"EXPERIENCIA NACIONAL CON RADIOTERAPIA EN ESTAPA CLINICA III"

DR. HUMBERTO GARCIA GONZALEZ"

"EXPERIENCIA INTERNACIONAL CON RADIOTERAPIA EN PACIENTES CON EC IV O RECURRENTE"

DR. JUAN RAMON AYALA HERNANDEZ

"EXPERIENCIA NACIONAL CON RADIOTERAPIA EN PACIENTES CON EC IV O RECURRENTE"

DR. MANUEL ESPINOSA SANCHEZ GARZA

"INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA EN METASTASIS CEREBRALES Y OSEAS"

De Oncología Médica

DR. FERNANDO LARA MEDINA

"FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON GANGLIOS NEGATIVOS"

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

DR. ALEJANDRO SILVA JUAN

"REVISION DE LOS RESULTADOS DEL CONSENSO INTERNACIONAL SOBRE PACIENTES CON GANGLIOS NEGATIVOS"

DR. JUAN FRANCISCO GONZALEZ GUERRERO

"INDICACIONES Y CONTRADICCIONES DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE EN PACIENTES CON GANGLIOS NEGATIVOS EN MEXICO"

DR. GABRIEL N. HORTOBAGYI

"REVISION DE LA LITERATURA INTERNACIONAL CON QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE EN PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS"

DRA. RAQUEL GERSON CWILICH

"REVISION DE LA LITERATURA INTERNACIONAL CON HORMONOTERAPIA ADYUVANTE EN PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS"

DRA. AURA ERAZO VALLE

"EXPERIENCIA NACIONAL CON TERAPIA ADYUVANTE EN PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS"

DR. JESUS CARDENAS SANCHEZ

"ANALISIS DE LOS RESULTADOS INTERNACIONALES CON RELACION AL TIEMPO LIBRE DE RECAIDA Y SOBREVIDA, EN PACIENTES CON GANGLIOS POSITIVOS TRATADOS CON TERAPIA ADYUVANTE"

DR. GABRIEL N. HORTOBAGYI

"EXPERIENCIA INTERNACIONAL CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EC III"

DRA. AURA ERAZO VALLE

"EXPERIENCIA NACIONAL CON QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EC III"

DR. FERNANDO LARA MEDINA

"QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN ESTADIOS INICIALES"

DR. ANGEL MARIO FLORES FERNANDEZ

"HORMONOTERAPIA NEOADYUVANTE"

DR. JAIME DE LA GARZA SALAZAR

"EXPERIENCIA INTERNACIONAL CON QUIMIOTERAPIA EN EC IV"

DR. JUAN FRANCISCO GONZALEZ GUERRERO

"EXPERIENCIA INTERNACIONAL CON HORMONOTERAPIA EN EC IV"

DR. ALEJANDRO SILVA JUAN

"EXPERIENCIA NACIONAL CON QUIMIOTERAPIA Y HORMONOTERAPIA EN EC IV"

1er.

CONSENSO NACIONAL SOBRE TRATAMIENTO DEL CANCER MAMARIO

OTROS ASISTENTES AL CONSENSO

DR. EXIQUIO CORDOVA CRUZ

Cirujano Oncólogo

Colima, Col.

DR. JESUS CHAVIRA LARIOS

Cirujano Oncólogo

Colima, Col.

DR. ARTURO LOZANO ZALCE

Oncólogo Radioterapeuta

México, D.F.

DR. HECTOR MALDONADO HERNANDEZ

Cirujano Oncólogo

Guadalajara, Jal.

DR. HEBERTO MORALES BLACKE

Cirujano Oncólogo

Colima, Col.

DR. JUVENAL RIOS RUELAS

Cirujano Oncólogo

Colima, Col.

DR. ERNESTO SANCHEZ FORGACH

Cirujano Oncólogo

México, D.F.