

EDITORIAL

Estimados lectores, queremos compartir con Ustedes la bienvenida al Dr. José Ángel Córdova Villalobos como nuestro Secretario de Salud, y de Presidente Honorario de nuestra Fundación, conjuntando esfuerzos con nuestro querido embajador Le Gourrierec, así como al Dr. Mario Henry, DG del Instituto Nacional de Salud Pública y al Dr. Fauste Athie DG del Instituto Nacional de Cardiología, como Vicepresidentes Honorarios.

Sabemos que el cáncer de mama es el más frecuente del género femenino en todo el mundo. En el año 2004 se diagnosticaron 1,200,000 nuevos casos (19% del total de cánceres en la mujer) y es un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en los emergentes. Si bien la frecuencia es más elevada en los países desarrollados, los casos son diagnosticados en etapas más tempranas y consecuentemente tienen tasas de curación mucho más elevadas, mientras que en los países emergentes la frecuencia es menor, el problema se centra en que el diagnóstico es tardío, los tratamientos más agresivos, mutilantes y costosos y las probabilidades de curación mucho menores, por lo que el impacto económico es tremendo, independiente del impacto social y familiar por la importancia de la mujer en nuestra sociedad.

Es por ello que los gobiernos Federal y del DDF han tomado la responsabilidad correspondiente para que, junto con la sociedad civil, llevemos a cabo las medidas de diagnóstico oportuno, educación y tratamiento que logren reducir la mortalidad por esta enfermedad en México.

De esta manera, La Fundación Franco-Mexicana para la Medicina IAP y la Asociación Médica Franco-Mexicana, se suman a la Secretaría de Salud, al INSP y su publicación PME, al INCM y N y su Departamento de Educación para la Salud, a la Fundación CIMA y al FUCAM en este esfuerzo conjunto de la sociedad civil y el gobierno, para la formación médica continua.

Barrigueté, Hernández, Rodríguez Cuevas, Guisa, y Vieyra.

*Por muy larga que sea la tormenta,
siempre volverá a salir el sol.*

Jibrán Khalil



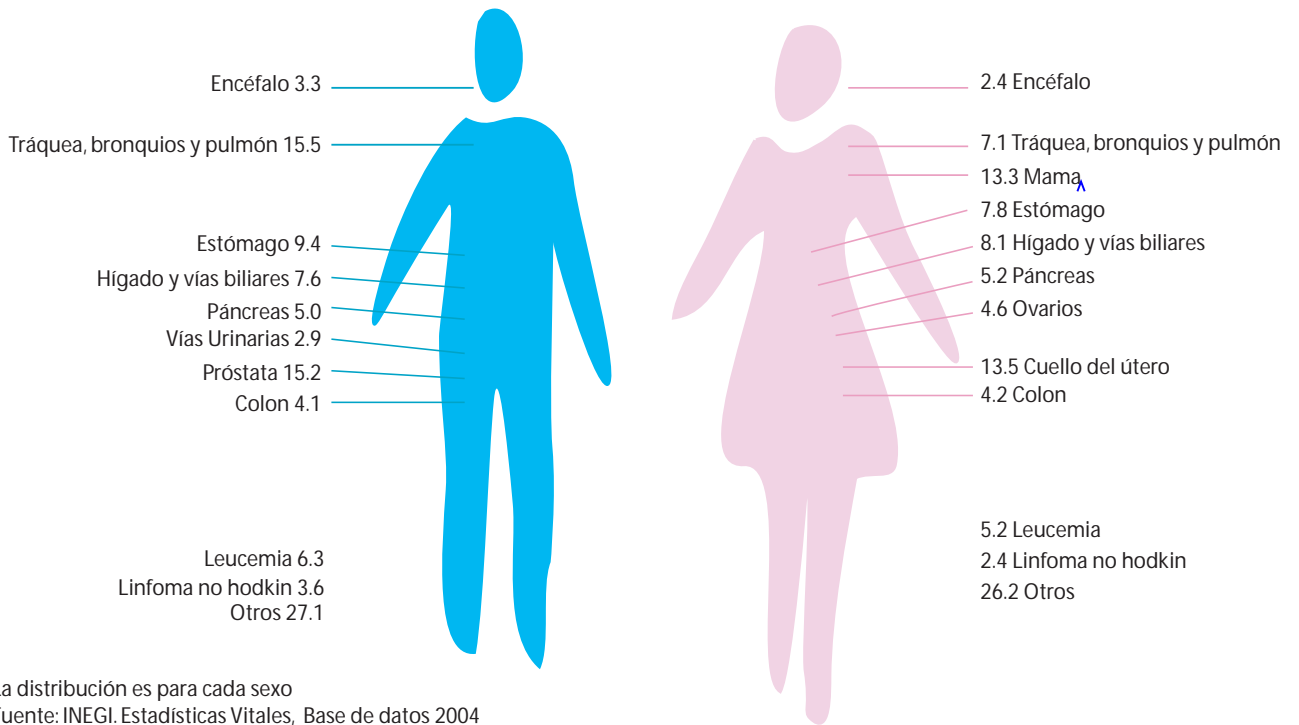
Cáncer de Mama

- ¿Qué lugar ocupa el cáncer de mama (CA de mama) como causa de defunción en nuestro país?
- ¿La ausencia de factores de riesgo descarta la posibilidad de malignidad?
- El diagnóstico temprano, ¿es una alternativa útil para reducir la mortalidad por CA de mama?
- ¿El tratamiento adecuado y oportuno garantiza una mejor supervivencia?
- ¿Cuál es la importancia de referir oportunamente al paciente con CA de mama al segundo o tercer nivel de atención?

Cáncer de Mama

¿Qué lugar ocupa el cáncer de mama (CA de mama) como causa de defunción en nuestro país?

Distribución porcentual de las principales causas de defunción por tumores malignos según sexo, 2004



El cáncer de mama tiene una incidencia creciente y se espera que este año se convierta en la primera causa de muerte por cáncer en la mujer mexicana

El cáncer de mama es un problema de salud pública de nuestro país ya que se ha convertido en la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer y para este año podría ser la primera causa al superar al cáncer del cuello de la matriz. La mortalidad por cáncer de mama ha sido creciente y cada día mueren en México 11 mujeres por esta enfermedad. Según cifras ofi-

ciales 4,182 mujeres murieron por cáncer de mama en el año 2004, lo que representa el 13.3% todas las muertes por tumores malignos^{1,2}.

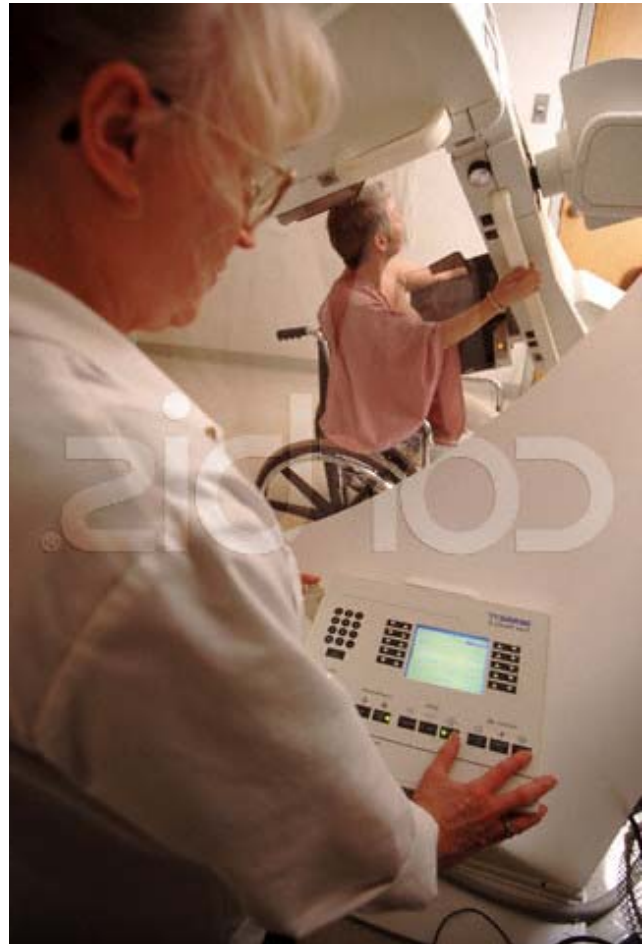
Las mayores tasas de mortalidad en nuestro país son observadas en el Distrito Federal, Estado de México, Veracruz y Jalisco¹.

¿La ausencia de factores de riesgo descarta la posibilidad de cáncer de mama?

Los factores de riesgo asociados con una mayor probabilidad para desarrollar CA de mama son los siguientes^{3,4}.

- Ser mujer.
- Edad mayor de 35 años.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Nuliparidad.
- Primer embarazo después de los 30 años.
- Antecedentes de ciertas patologías mamarias (por ejemplo: neoplasia lobulillar, hiperplasia con atipias).
- Menarca temprana (antes de 12 años de edad).
- Menopausia tardía (después de los 50 años).
- Ausencia de lactancia.
- Obesidad o dieta rica en grasas.
- Perimenopausia y postmenopausia.

La mayoría de las mujeres con CA de mama carecen de estos factores de riesgo, por lo tanto, cualquier mujer es susceptible de desarrollar CA de mama. *La ausencia de factores de riesgo no descarta la posibilidad de malignidad.*



Toda la población femenina es susceptible de desarrollar CA de mama y la identificación temprana de los factores de riesgo no descarta la posibilidad de que éste se desarrolle.

Autoexploración de la glándula mamaria

El médico general y/o el ginecólogo deben explicar y orientar a su paciente, para que lleve a cabo el autoexamen. Este deberá iniciarse una vez que las mamas llegan a su etapa de maduración



Se recomienda la autoexploración mensual en todas las mujeres a partir de los 20 años. Esta debe realizarse entre los días 7 y 10 de cada ciclo menstrual, mientras que en las mujeres postmenopáusicas o que han sido sometidas a histerectomía, la autoexploración se hace mensualmente en un día preestablecido.

El médico general y el ginecólogo deben realizar la exploración mamaria de manera periódica y enseñar a sus pacientes la técnica correcta:

Inspección:

Este examen visual se realiza frente a un espejo, con los brazos arriba. Se debe buscar cualquier cambio en el contorno, color, tamaño o forma de las mamas. Con las manos sobre las caderas presionándolas firmemente, se observarán ambas mamas en la búsqueda de cambios en el estado de la superficie, como hundimientos, prominencias, lesiones cutáneas o cambios en la forma de los pezones. (Ver figura)

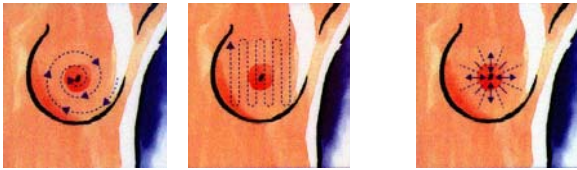
Palpación:

Mientras la mujer se baña, debe colocar el brazo izquierdo sobre la cabeza y con los dedos enjabonados de la mano derecha palpar suavemente la mama izquierda, iniciando en la axila y moviendo la mano exploradora en forma circular hacia el pezón, tratando de descubrir cualquier tumor, induración o secreción. El procedimiento se repite con la mano izquierda para explorar la mama derecha. (Ver figura). Es deseable que se realice también en decúbito supino (acostada) para mejorar la detección de lesiones más profundas.



Cada mes revise la apariencia y sensibilidad de sus senos. El objetivo de la autoexploración mamaria es identificar algún cambio como retracciones, hundimientos, secreciones, aspecto de la piel, consistencia, nodulaciones o bolitas, lunares, etc. Su revisión periódica es importante, así como la práctica de la técnica con supervisión médica.

Usando las puntas de los dedos, sienta su seno en áreas que no sobrepasen el tamaño de una moneda.



- a) Círculos: Haga círculos en su seno siguiendo en espiral hasta el pezón, también en axilas y parte superior del tórax.
- b) Zig-Zag: Mueva sus dedos en la forma indicada, comenzando a la altura de la axila. También en axilas y parte superior del tórax.
- c) Márgenes: Mueva sus dedos en la forma que indica el dibujo. También en axilas y parte superior del tórax.



1.- Frente al espejo observe sus senos, deben estar igual en tamaño, forma y posición de los pezones.

2.- Con las manos en la nuca presione la cabeza, con los músculos del tórax alargados. Observe sus senos



3.- Presionando sus manos contra la cintura, inclínese hacia el frente, con ambos hombros y codos también. Vea si hay alguna nodulación o bolita en el contorno de los senos.

4.- Presione cada pezón, si hay alguna secreción consulte a su médico



5.- En posición de pie, levante su brazo izquierdo. Con la punta de los dedos presione y revise su seno. Vea si hay algún cambio o si siente dolor. Repita el procedimiento con el brazo derecho para el otro seno.

6.- Acostada, coloque una almohada bajo su hombro, ponga su mano derecha bajo la cabeza. Examine el área entera del seno. Use presión ligera, media y firme en cada área del seno. Haga lo mismo en el izquierdo.

El diagnóstico temprano ¿es una alternativa útil para reducir la mortalidad por CA de mama?

El diagnóstico de cáncer de mama, se sustenta en:

- El examen físico.
- La mastografía.
- La biopsia y estudio histopatológico.

El empleo de estos tres elementos tiene una sensibilidad del 95 al 100% cifras superiores al uso de cualquiera de los elementos de manera aislada³.

En los países desarrollados el cáncer de mama se diagnostica en etapas tempranas (I y II) gracias a los programas de detección oportuna que además de la autoexploración incluye la realización de mastografía y la revisión médica periódica. Sin embargo, en nuestro país muy pocos casos se diagnostican en etapas tempranas y desgraciadamente más del 50% de los casos se diagnostica en etapas avanzadas (III y IV)⁵.

Estas diferencias son debidas, entre otras razones, a la utilización de la mastografía para el diagnóstico temprano.

La **mastografía** es un estudio radiológico muy valioso para el diagnóstico de lesiones tempranas de la mama. Tiene la capacidad de identificar lesiones sospechosas de cáncer varios meses antes de que pueda ser tocada por el paciente o su médico. Se ha demostrado que puede abatir la mortalidad en las mujeres entre 50 y 69 años de edad, sin embargo en casos

seleccionados, podría ser útil a partir de los 40 años.^{3,5} Se recomienda indicar la mastografía como procedimiento de escrutinio utilizando la clasificación de BI- RADS para su interpretación):

Cada año en mujeres mayores de 50 años
Cada dos años en las mujeres entre 40 y 50 años de edad, en ausencia de factores de riesgo.
Como procedimiento diagnóstico en las menores de 40 años, cuando exista una lesión palpable y antecedentes familiares de cáncer (en madre o hermana).

Todas las pacientes con categorías 3, 4 y 5 deben ser referidas al médico oncólogo para complementar su diagnóstico, realizar los estudios de extensión de la enfermedad y dar tratamiento oportuno y específico.

La ultrasonografía es complementaria a la evaluación mastográfica, no debe sustituirla. Es especialmente útil para distinguir entre lesiones quísticas y sólidas y en la evaluación de las pacientes menores de 40 años con lesión palpable y factores de riesgo. El diagnóstico temprano es la mejor forma de poder disminuir la mortalidad y aumentar la probabilidad de cirugía conservadora de la mama. Una detección oportuna junto con un tratamiento adecuado puede aumentar la tasa de supervivencia a 5 años hasta en un 80%^{3,7}.

CLASIFICACIÓN	SIGNIFICADO	CONDUCTA RECOMENDADA
0	No Clasificable	Requiere estudio complementario
1	Negativa	Continúa en programa de escrutinio
2	Lesiones benignas	Continúa en programa de escrutinio
3	Lesiones probablemente benignas	Requiere seguimiento a corto plazo
4	Lesión sospechosa	Se debe considerar la biopsia para confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer
5	Sugestiva de malignidad	Confirmar con biopsia y tratamiento con base en resultados y etapa clínica

¿El tratamiento adecuado y oportuno garantiza una mejor supervivencia?

El tratamiento de la mujer con cáncer de mama comprende el control local (cirugía radical o conservadora, con o sin radioterapia), el control sistémico (quimioterapia y hormonoterapia), la rehabilitación y el apoyo psicológico^{4,5,8}.

La decisión de la cirugía conservadora o la mastectomía se fundamenta en el tamaño tumoral, el tamaño de la mama, la localización de la lesión, la multicentricidad, la capacidad para administrar radioterapia y los deseos de la paciente.

La cirugía conservadora se asocia a un menor daño emocional y mejor resultado cosmético sin embargo tiene un mayor riesgo de recaída local, aunque la supervivencia no se modifica substancialmente.

La radioterapia adyuvante reduce el riesgo de recaída local. La quimioterapia disminuye el riesgo de recaída a distancia y es especialmente útil en menores de 40 años. Suele estar basada en medicamentos como la ciclofosfamida, metotrexate, fluorouracilo,

adriamicina, epirrubicina, docetaxel, paclitaxel, y en casos específicos, de acuerdo a marcadores tumorales, se utilizan terapias biológicas como el trastuzumab.

La hormonoterapia es muy útil en las mujeres con receptores hormonales positivos; en ellas disminuye el riesgo de recaída sistémica y el desarrollo de nuevos tumores en la mama contralateral.

El tratamiento combinado con quimioterapia y hormonoterapia podría tener un valor aditivo en los beneficios.

La reconstrucción mamaria es factible inmediatamente después de la mastectomía.

Las lesiones quísticas podrían ser manejadas por el médico del primer nivel de atención mediante aspiración con aguja fina y estudio citológico. Sin embargo las lesiones sólidas deben ser referidas para biopsia al segundo nivel de atención.

¿Cuál es la importancia de referir oportunamente al paciente con CA de mama al segundo o tercer nivel de atención?

La referencia de la paciente a centros especializados mejora la posibilidad de curación, ya que optimiza el tratamiento multidisciplinario. Además abate costos y se asocia a una mejor calidad de vida.

En nuestro país existen 22 centros estatales de oncología además de diversos hospitales de 2o y 3er nivel de atención de las diferentes instituciones del sector salud y privadas con la infraestructura necesaria para dar un tratamiento adecuado.

La mayoría de los tratamientos para el cáncer de mama se encuentran estandarizados a nivel mundial, por lo que una paciente en México debe recibir el mismo tratamiento que podría recibir en cualquier país desarrollado, por ello debe ser canalizada lo antes posible al hospital más cercano que cuente con los recursos para un tratamiento especializado.



Referencias

1. INEGI. Estadísticas Vitales. Información sobre tumores malignos, base de datos 2004
2. López- Ríos O, Lazcano- Ponce EC, Tovar-Guzmán V, Hernández- Avila M. La epidemia de cáncer de mama en México. ¿Consecuencia de la transición demográfica?. *Salud Pública de México* 1997;39(4):259-265.
3. *Diario Oficial de la Federación*. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-041-SSA2-2000, Prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. México 23 de abril de 2001. Primera sección, 21-43.
4. Hortobagyi NG. *Treatment of Breast Cancer*. *N Engl J Med* 1998;339(14): 974-984.
5. Consenso Nacional Sobre Tratamientos del Cáncer Mamario. *Rev Inst Nac de Cancerol* 1995; 41(3): 136- 45.
6. Orel SG, Kay N, Reynolds C, Sullivan DC. BI- RADS Categorization As a Predictor of Malignancy. *Radiology* 1999; 211(3): 845- 50.
7. Muñoz-González D, Ramírez-Ugalde Ma. T, Mora-Tizcareño A, Gómez-Ruiz C, Zeichner GI, et al. Factores pronósticos en cáncer de mama con metástasis a ganglios supraclaviculares o axila contralateral. *Rev Invest Clin Mex* 1998; 50(1): 25- 30.
8. Instituto Nacional de Cancerología: *Manual de Oncología. 1ª Edición McGraw Hill Editores, México 2000.*

Agradecimientos:

Embajada de Francia, Sanofi-aventis, DGSCA UNAM, Fundación Pierre Bremond, Fundación Servier, Junta de Asistencia Privada del DF, Fundación CIMA, FUNCAM, Federación de Alianzas Francesas de México.

Fundación Franco-Mexicana para la Medicina. Miembro de la Junta de Asistencia Privada. Embajada de Francia. Lafontaine 32 Polanco 2º piso, Of. 220. Ptes Hon. A Legourrierec; JA Córdoba; Vice Pte. Hon.H Bremond; M Hernández; J Kumate; AC Benhamour; F Gabilondo; D Jayle; F Athie; A Legorreta; M Henri; F Higuera; R Simón; S Rodríguez C. Pte. A Barriguete M. Secretario P Casaubon. Tesorero G Robles. Director Dr. E Ríos. Gerente Ed. H Blocquaux.

Patronos. Henry Bremond Pellat. Aldo A. Suárez Mendoza. Gustavo Juárez. Philippe Frot. J Armando Barriguete M. Luis Ize Lamache. Orison Rodrigo Huerta Encinas. Roberta Hernández Velasco. Federico Chávez-Peón. Alpha Montpellier. Lauro Ruiz Torres. Manuel Compeán P. Víctor Manuel Contreras. Pablo Roberto Casaubon Garcin. Christian Collier de la Marliere. Virgilio Garza González. Diana Elizabeth Morales Heinen. Bernard Luquet Tommel.

Cultinotas Web

Para estar enterado de las actividades culturales organizadas por la Embajada de Francia en el DF, consulte la revista mensual KIOSQUE. Dirigido por Gerard Fontaine agregado cultural. <http://www.paginas culturales.org.mx/kiosque/kiosque.pdf>

Visite la página de la Embajada de Francia <http://www.francia.org.mx>

Revista LABEL disponible en: <http://www.diplomatie.gouv.fr>

Clases de Francés
IFAL Instituto Francés de América Latina
<http://www.paginas culturales.org.mx>

Federación de Alianza Francesas. Con varias alianzas en la ciudad de México y con 58 centros. <http://www.alianzafrancesa.org.mx>

Medinotas

Cooperación Franco-Mexicana en Cancerología

CENTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY
69, rue du Lt. Col. Prudhon 95100 ARGENTEUIL
tél: 01 34 23 23 65 Fax 33 (0) 1 34 23 21 67
e-mail: michel.urbajtel@ch-argenteuil.fr

Docteur M. URBAJTEL, Chef de SERVICE & Dr. Enrique Monzon Bonilla (IMMSS), Gral. Rafael de la Huerta (HC Militar), México).

Instituto Nacional de Salud Pública – Unidad INSERM 521. Estudio E3N. Dra. Isabelle Romieu (INSP) – Dra. Françoise Clavel-Chapelan (INSERM). Investigación epidemiológica Cáncer de mama: Hormona, Nutrición y Cáncer. irromieu@insp.mx et clavel@igr.fr

FUNCAM. Instituto de Enfermedades de la Mama. Av. del Bordo 100, Sta Ursula Coapa Coyoacan DF. Dr. Sergio Rodríguez Cuevas, Director. sergiorocue@gmail.com

Institut National De Cáncer Francia
www.e-cancer.fr

Nº1678 – Reporte cáncer de mama, factores de riesgo (M. Marc Bernier). www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i1678.asp - 288k

Servicio de cirugía I Institut Curie
www.intitutecurie.fr