

SOCIEDAD CHILENA DE MASTOLOGIA

Jornadas de Consenso en Cáncer de Mama

**FRUTILLAR
Hostería Salzburgo.**

**29 de Septiembre - 02 de Octubre
1999**

Directiva de la Sociedad Chilena de Mastología 1998 — 2000.

Presidente

Dr. Jorge Cornejo Sangüesa

Vice-Presidente

Dr. Juan Solé Barja

Secretario General

Dr. Hernando Paredes Farto

Tesorero

Dr. César Del Castillo Santa María.

Directorio:

Dr. Camilo Torres Henríquez.

Dr. Antonio Sola Valverde.

Dra. Soledad Torres Castro.

Dr. Carlos Rencoret del Valle.

Dr. Rodrigo Vélez Fuenzalida.

Secretarios de Actas

Dr. Omar Rivas Asesio.

Dr. Mauricio Camus Appuhn.

Jornadas de Consenso en Cáncer de Mama

Presidente: Dr. Jorge Cornejo Sangüesa.

Coordinador General: Dr. Hernando Paredes Farto.

Moderador General: Dr. Rodrigo Arriagada Infante.

Comité Científico:

Dr. Rodrigo Arriagada Infante. Presidente.

Dr. Jorge Cornejo Sangüesa.

Dr. Hernando Paredes Farto. Secretario.

Dr. Camilo Torres Henríquez.

Dr. Octavio Peralta Musre.

Dr. Luis Orlandi Jorquera.

Dr. Juan Solé Barja.

Moderador General

Dr. Rodrigo Arriagada Infante.

Comité Revisor General

Dr. Hernando Paredes Farto.

Dr. Jorge Cornejo Sangüesa.

Dr. Juan Solé Barja.

Dr. Eugenio Vines.

Es de responsabilidad de los informantes y de los asistentes a las Jornadas, las aseveraciones que aparecen en el presente libro. El comité revisor ha querido así conservar el espíritu de dichas Jornadas.

INVITADOS EXTRANJEROS

Dra. Monica Castiglione.

International Breast Cancer Study Group.
Executive Director.
Berna, Suiza.

Prof. Dr. Roman Rostagno.

Profesor de Imagenología.
Buenos Aires, Argentina.

Prof. Dr. Lars-Erik Rutqvist.

Karolinska Hospital
Oncologic Centre, Director.
Estocolmo, Suecia.

AUSPICIADORES

Asta Médica.
ATM. Alta Tecnología Médica.
Aventis Pharma S.A.
Bristol Meyer Squibb.
B. Braun Medical S.A.
Clínica Las Condes.
Coca Cola.
ECM Ingeniería.
Electromed S.A.
Ely-Lilly de Chile Ltda.
Glaxo Wellcome Farmacéutica Ltda.
Grünenthal Chilena Ltda.
Helico.
International Clinics Ltda.
Johnson y Johnson S.A.
Kodak Chilena S.A.F.
Med-Tec.
Novartis Chile S.A.
Otarola Ingeniería.
Farmacia & Upjohn S.A.
Pharma Investi de Chile S.A..
Productos Roche Ltda.
Siemens.
Silesia S.A.
Smithkline-Beecham Chile S.A.
Tecnofarma S.A.
Viña Valdivieso.
Wyeth Inc.
Zeneca Pharmaceutical.

PATROCINADORES

Instituto Nacional del Cáncer de Chile.

IRAM.

Colegio Médico de Chile.

Ministerio de Salud.

Universidad de Chile. Escuela de Postgrado.

Universidad Católica de Chile. Escuela de Postgrado.

Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina.

Universidad de Santiago de Chile. Facultad de Ciencias Médicas.

Sociedad Organizadora:

Sociedad Chilena de Mastología

Sociedades Participantes:

Sociedad Chilena de Anatomía Patológica

Sociedad Chilena de Radiología. Grupo de Imágenes

Discusión Previa:

Reunión de Preconsenso: 10 de Agosto de 1999. INC.

PROLOGO

A nuestros distinguidos colegas:

El Cáncer de Mama se ha constituido en un problema eje en lo que respecta a la salud de la mujer. En USA se diagnostican alrededor de 200.000 casos por año, con un índice de mortalidad, que alcanza casi al 20 %. En nuestro país se describen cifras semejantes. La tasa de mortalidad se ha mantenido invariable en los últimos años, lográndose niveles de compromiso locorregional cada vez menores, gracias al diagnóstico temprano. Importante rol juegan los especialistas que dedican sus mejores esfuerzos a lograr vencer esta enfermedad. Nuestro deber como sociedad científica, es mejorar la calidad de la atención médica y paramédica, así como uniformar los procedimientos realizados. Con la experiencia obtenida en el año 1993, cuando la Sociedad Chilena de Mastología realizó el primer consenso chileno, bajo la presidencia del Dr. Santiago Cornejo, con la conducción del Dr. Hernando Paredes, y con la participación de connotados especialistas nacionales, se logró el ordenamiento de la nomenclatura, y se aclaró el significado de los procedimientos quirúrgicos más usados, además de delinear las terapias recomendadas para esa época. Por todo lo anterior es que decidimos realizar la revisión, el estudio y la elaboración de una nueva normativa, para enfrentar esta patología en los próximos años, proporcionando al médico que se inicia en esta hermosa pero compleja especialidad, la información necesaria, basada en la experiencia de especialistas nacionales y extranjeros. Pretendemos, también dar el respaldo de una sólida bibliografía, al accionar de los especialistas.

La práctica de la Medicina es una profesión, su ejercicio involucra un gran compromiso, cual es realizarla siguiendo nuestros más puros ideales, proyectando nuestros principios morales hacia una ética acorde con nuestra formación. Es el origen de un rígido código deontológico. El fin es la curación y el bienestar de la mujer enferma, y de no lograrlo, permitirle una muerte digna y sin sufrimientos.

Cada profesión se debe a una época determinada. Los tiempos condicionan sus características. Así, hace algunas décadas, el médico era el consejero, consultor, protector y amigo. El prestigio ganado por este profesional era de niveles de excelencia superior. Con el correr del tiempo, aparece el especialista, cuyo espíritu humanista es menos fuerte, y el afecto con que se interrelaciona con su paciente es más feble, pero aún mantiene un gran ascendiente sobre ellos. En la actualidad, con la aparición de la medicina multidisciplinaria, la medicina de los comités oncológicos en nuestro particular caso, se ha ganado en cobertura científica y técnica, pero se ha debilitado aún más el plano afectivo inicial.

Los médicos de la actualidad, necesitan una formación ética más completa, dadas las enormes responsabilidades morales que deben asumir en el ejercicio de su oficio. El sobrediagnóstico, el sobreestudio así como el sobretratamiento, no deben estar entre sus prácticas.

Las normas deontológicas, apuntan también a la interrelación médico-médico, señalando lo trascendental que es una actitud de respeto, de lealtad y de cooperación entre colegas. Esto es de vital trascendencia para lograr recuperar el legítimo lugar que le corresponde en el concierto de las profesiones. Finalmente, es de destacar la necesidad de respetar los espacios de los profesionales que interactúan con el médico, de importancia en el logro de nuestros objetivos.

La importancia de estas reuniones de consenso, ha llevado a nuestro directorio a proyectar su realización cada 4 años, dedicándole las Jornadas de Mastología que correspondieren, con la intención de mantener nuestra especialidad renovada y científicamente respaldada por los avances ocurridos en el plano mundial.

Todo lo anterior se ha logrado, y se seguirá logrando, con la desinteresada colaboración de un importante y prestigioso grupo de empresas, que material y económicamente nos han permitido ver realizados nuestros más caros anhelos.

Debemos, también, destacar el invaluable aporte de numerosos especialistas, que delineando el camino científico, además de su directa participación, nos han conducido al final deseado. A todos ellos, nuestros agradecimientos.

Dr. Jorge Cornejo Sangüesa
Frutillar 1999.

INDICE DE TRABAJOS

Página

Glosario	10
Clasificación TNM	13
Niveles de Evidencia	14
Programa de Acreditación de Centros de Mamografía. <i>Dra. Consuelo Fernández.</i>	15
Informe Mamográfico. <i>Dra. Dravna Razmilic.</i>	23
Screening Mamario. <i>Dra. Bernardita Aguirre.</i>	25
Ultrasonido y Cáncer Mamario. <i>Dra. Eufrosina Traipe.</i>	33
Resonancia Nuclear Magnética (RNM) y Cáncer de Mama. <i>Dra. Eleonora Horvarth y cols..</i>	39
Mamocintigrafía. <i>Dr. Claudio Solé B.</i>	47
Manejo de las Lesiones no Palpables y Radiología Intervencionista. <i>Dra. Pilar Gazmuri y cols.</i>	51
Nódulo Mamario Palpable. <i>Dr. Mario Rodríguez y cols.</i>	61
Anatomía Patológica en Cáncer de Mama. <i>Dr. Arturo Espinoza y cols..</i>	65
Cáncer de Mama In Situ. <i>Dr. Juan Arraztoa y cols.</i>	73
Sarcomas de la Mama. <i>Dr. Bernardo Koffman y cols.</i>	79
Cáncer de Mama y Gestación. <i>Dr. Alonso Uribe B. y cols.</i>	83
Cáncer de Mama en el Hombre. <i>Dra. Olga Andrade W. y cols.</i>	87
Cáncer de Mama Precoz — Cirugía. <i>Dr. Augusto León y cols.</i>	93
Radioterapia Adyuvante en Cáncer de Mama Operable. <i>Dr. Rodrigo Arriagada I.</i>	101
Quimioterapia Adyuvante (QA) en Cáncer de Mama Temprano. <i>Dr. Luis Orlandi J.</i>	107
Hormonoterapia (HT) en Cáncer de Mama Precoz. <i>Dr. Luis Orlandi J. y cols.</i>	121
Cáncer de Mama Localmente Avanzado y Cáncer Inflamatorio. <i>Dr. César del Castillo y cols.</i>	127
Tratamiento del Cáncer de Mama Diseminado. <i>Dr. Jorge Gutiérrez C. y cols.</i>	133
Pautas para la Etapificación y Seguimiento de las Pacientes Tratadas por Cáncer de Mama. <i>Dr. José Miguel Reyes V.</i>	139
Rehabilitación en Cáncer de Mama. <i>Dr. Hernando Paredes F. y cols.</i>	149

GLOSARIO

El uso de un vocabulario común, que permita uniformar los procedimientos, sea quirúrgicos, quimioterapéuticos o radioterapéuticos, facilita el intercambio de información.

CIRUGIA.

1. **Biopsia incisional.** Procedimiento quirúrgico que consiste en la resección de un trozo tumoral (en tajada de melón), para realizar un completo estudio anatómopatológico.
2. **Biopsia excisional o Tumorectomía.** Consiste en la extirpación de un nódulo, en forma completa, dejando sólo un pequeño margen de tejido sano, sin efectuar estudio contemporáneo de los bordes. (Propuesto para el estudio de tumores benignos).
3. **Mastectomía Parcial.** Es la extirpación de un sector de la glándula mamaria, en el cual se incluye una lesión tumoral u otra, dejando un margen de tejido sano (1 cm). Se debe efectuar estudio de bordes quirúrgicos. En este rubro se incluye la cuadrantectomía o segmentectomía, en que se reseca uno de los cinco cuadrantes mamarios.
4. **Adenectomía.** Es la extirpación de la glándula mamaria, respetando la aréola y el pezón, además de la piel (Por ej. en Ginecomastía). Sinónimo mamectomía.
5. **Mastectomía Total.** Exéresis de la glándula mamaria en forma total, incluyendo aréola y pezón, respetando los músculos pectorales.
6. **Disección Axilar nivel 1.** Es la disección del primer nivel de linfonodos axilares mamarios, comprendidos entre el borde anterior del músculo dorsal ancho (atrás), el borde externo del pectoral menor (adelante), la vena axilar (arriba) y la cola de la mama (abajo). Junto al contenido celuloadiposo se deben extraer, al menos 10 linfonodos. El abordaje es por incisión separada, que va desde el borde anterior del dorsal ancho (línea roja), hasta el borde externo del Pectoral mayor.
7. **Disección Axilar nivel 2.** Corresponde a la disección de la zona axilar situada por detrás del músculo pectoral menor y zona interpectoral (Rotter). Se extirpan entre 8 y 10 linfonodos.
8. **Disección axilar nivel 3.** Es la extirpación del tejido contenido entre el borde interno del pectoral menor, lateralmente hasta el músculo subclavio medialmente. Se reseca de 1 a 3 linfonodos.
9. **Mastectomía Total Extendida nivel 1.** Consiste en la exéresis de la glándula en forma completa y el contenido axilar nivel 1, en continuidad directa.
10. **Mastectomía Total Extendida nivel 1 y 2.** Es la extirpación de la mama en forma completa, y los niveles 1 y 2, en continuidad con la mama.
11. **Mastectomía Radical Modificada.** Es la extirpación de la mama en forma completa, y contenido axilar niveles 1, 2 y 3, conservando los músculos pectorales.

12. **Mastectomía Radical Clásica (Halsted).** Es la extirpación de la mama, del contenido axilar niveles 1, 2 y 3, y los músculos Pectorales mayor y menor. (No utilizado en la actualidad). La Mastectomía Radical Ampliada tampoco está en uso, y consiste en el procedimiento descrito, al que se le agrega la disección de los linfonodos mamaros internos.
13. **Estudios Clínicos por asignación aleatoria (Randomizados).** Se refiere a un estudio en el cual se incluye pacientes con características predeterminadas, tales como la etapa de la enfermedad, y se les asigna por azar, a grupos terapéuticos distintos, para luego comparar los efectos de los tratamientos. De esta manera se impide que factores de sesgo o preferencias personales influyan en la distribución de los pacientes, con lo cual se permite la comparabilidad de los grupos. (No hay forma de que los investigadores sepan de antemano cuál de los tratamientos dará mejor resultado). El paciente tiene el derecho de decidir si quiere participar en un estudio o no, después de haber recibido una información clara sobre el objetivo del estudio.
14. **Grupo de Control.** Es el grupo de pacientes que recibe el tratamiento convencional, o sea el tratamiento aceptado para una enfermedad determinada y cuya eficacia ha sido demostrada en estudios anteriores.
15. **Protocolo de Tratamiento.** Guía o plan escrito a usar en un procedimiento o tratamiento experimental.
16. **Relación Riesgo/Beneficio.** La relación que existe entre los riesgos y los beneficios de un tratamiento o procedimiento dado.
17. **PAYEC.** Se refiere a punción y estudio citológico realizado con aguja fina.

ANATOMIA PATOLOGICA.

N-	Axila histológicamente negativa.
N+	Axila histológicamente positiva.
N+ 1-3	1 a 3 linfonodos histológicamente comprometidos.
N+ 4-9	4 a 9 linfonodos comprometidos.
N+ 10	10 linfonodos comprometidos.
RE+	Receptores Estrogénicos positivos.
RE-	Receptores Estrogénicos negativos.

QUIMIOTERAPIA.

M	Metotrexato.
F	5 Fluorouracilo.
C	Ciclofosfamida.
A	Doxorrubicina.
PAM	Melfalan.
V	Vincristina
E	Epidoxorrubicina.
Tt	Thiotepa.
Txl	Paclitaxel.
Txt	Docetaxel.

RADIOLOGIA.

BUS: Biopsia Percutánea con ultrasonido, Core (aguja de 14 g) o Mammotome (aguja de 11 G).

BED: Biopsia Esterotóxica digital, Core o Mammotome.

BRQ: Biopsia Radioquirúrgica, extirpación de la lesión previa localización con aguja.

RADIOTERAPIA.

Acelerador Lineal: Máquina que produce radiaciones de alta energía.

Braquiterapia. Tratamiento con fuentes radioactivas colocadas dentro o muy cerca del tumor o área afectada.

Campo de tratamiento. Cada uno de los haces de radiación, dirigido a una zona del cuerpo a tratar.

Cobalto 60. Elemento radioactivo que se usa como fuente, para tratar tumores.

Dosimetrista. Persona que planifica y calcula la dosis de radiación apropiada para el tratamiento.

Gray . Medida de dosis de radiación absorbida; 1 Gray =100 centiGray (cGy)=100 Rad.

Implante. Dispositivo, con material radioactivo que se coloca dentro del tumor.

Rad. Abreviación de dosis de radiación absorbida.

Radiación hiperfraccionada. Radiación dividida en dosis más pequeñas y administrada más de una vez al día.

Radiación intracavitaria. Fuente radioactiva colocada en una cavidad del cuerpo, por ej. la cavidad uterina o la vagina.

Radiocirugía. Tratamiento de radioterapia que usa técnica de Estereotaxia, propias de neurocirugía, para lesiones intracerebrales.

Rayos Gamma. Similares a los rayos X, provenientes de un elemento radioactivo como el Co 60.

Rayos X. Radiación que a baja energía tiene usos diagnósticos y a alta energía se utiliza para tratar Cáncer.

Simulación. Conjunto de procedimientos, incluyendo radiografías, destinadas a planificar el tratamiento de radiaciones, con la intención de localizar y marcar en forma precisa el área que debe ser tratada.

Terapia adyuvante. Un tratamiento usado en complemento del tratamiento primario. La Radioterapia es usada frecuentemente como una terapia adyuvante de la Cirugía.

Terapia curativa. Tratamiento cuyo objetivo primario es curar el Cáncer

Terapia Paliativa. Tratamiento que alivia los síntomas, sin curar la enfermedad.

CLASIFICACION TNM

El sistema TNM es una estrategia para agrupar los pacientes con respecto a su pronóstico. Además, decisiones terapéuticas pueden formularse, en parte de acuerdo a su categoría, primariamente respecto a su clasificación linfonodal, presencia de RH en el tejido tumoral, estatus menopáusico, además del estado general de la paciente.

Tumor Primario (T).

Tx: No se ha investigado.

T0: Sin evidencia de Tumor primario (no palpable).

Tis: Ca. *in situ*; Ca. intraductal, Ca. Lobulillar en enfermedad de Paget no asociada a masa tumoral. La enfermedad de Paget asociada con tumor se clasifica de acuerdo al tamaño del tumor.

T 1. Tumor menor de 2 cm en su diámetro mayor.

- a) menor de 0.5 cm.
- b) mayor de 0.5 cm, pero menor de 1.0 cm en su diámetro mayor.
- c) mayor de 1.0 cm pero menor de 2 cm en su diámetro mayor.

T 2. Tumor mayor de 2 cm, pero menor de 5 cm, en su diámetro mayor.

T 3. Tumor mayor de 5 cm.

- T 4.**
- a) Extensión a la pared del tórax. (Pared del tórax incluye costillas, músculos intercostales y Serrato mayor, no el Pectoral Mayor y su aponeurosis).
 - b) Compromiso de piel (Edema, ulceración o nódulos satélites de la piel confinados a la mama).
 - c) a + b.
 - d) Carcinoma Inflamatorio.

Nota. Retracción de la piel, del pezón u otro cambio que ocurra en T1, T2 ó T3, no cambia la clasificación.

Compromiso Linfonodos regionales (N).

N x = No evaluados.

N 0 = Ausencia de adenopatías palpables.

N 1 = Adenopatías axilares homolaterales móviles palpables.

N 2 = Adenopatías axilares homolaterales mayores de 2 cm o fijos entre sí o a otras estructuras).

N 3 = Adenopatías de cadena mamaria interna (Ipsilateral).

Metástasis a distancia. (M).

M 0 = Sin metástasis demostrables.

M 1 = Metástasis presentes (Incluye adenopatías supraclaviculares).

ESTADIOS según U.I.C.C.

Estadio 0	T is NO M0
Estadio I	T1 NO M0
Estadio II A	T0 N1 M0 T1 N1 M0 T2 NO M0
Estadio II B	T2 N1 M0 T3 NO M0
Estadio III A	T0 N2 M0 T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0.
Estadio III B	T4 cualquier N, M0. Cualquier T, N3 , M0.
Estadio IV	Cualquier T, Cualquier N, M1 .

Niveles de Evidencia.-

- Nivel I.** Varios ensayos randomizados y/o meta-análisis basados en datos individuales, de tamaño adecuado, que nos aseguren un bajo riesgo de incorporar resultados falsos positivos o falsos negativos. Todos los resultados son coherentes.
- Nivel II.** Es la evidencia obtenida de al menos un estudio experimental bien diseñado o algunos estudios randomizados (bajo poder) y estudios comparativos. Los resultados son coherentes en su conjunto.
- Nivel III.** Pocos estudios randomizados y estudios comparativos. Los resultados no son coherentes.
- Nivel IV.** Evidencia de estudios no experimentales, bien diseñados y conducidos, algunos de los cuales son comparables. No hay datos o solamente series de casos.
- Nivel V.** Expresa la opinión de cada persona que ha escrito o revisado sus normas, basados en su propia experiencia, no hay datos sobre el método evaluado, pero los expertos son unánimes.

Estos 5 niveles de evidencia no describen directamente la calidad o credibilidad de la evidencia, ellos indican la naturaleza de la evidencia utilizada. Es razonable asumir que la randomización y trabajos controlados a través de meta-análisis tiene un grado mayor de credibilidad (Nivel I).