

HECHOS SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es el tipo más común de cáncer en las mujeres estadounidenses, de acuerdo con la Sociedad Estadounidense de Cáncer. Este año, 230.480 mujeres y 2.140 hombres se enterarán de que tienen cáncer de mama. Otras 57.650 mujeres se enterarán de que tienen cáncer de mama no invasivo (también llamado in situ). El cáncer de mama se puede curar. Aproximadamente el 80 por ciento de los pacientes viven por lo menos 10 años después de que se les diagnosticó el cáncer de mama.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

Cirugía

El principal tratamiento curativo para el cáncer de mama es la cirugía. En general se continúa con radioterapia para disminuir el riesgo de que vuelva el cáncer a la mama, pared torácica o ganglios linfáticos.

La cirugía conservadora de la mama consiste en extirpar el tejido canceroso junto con un pequeño borde de tejido saludable de la mama que lo rodea para preservar la mama en la medida que sea posible. Este tipo de cirugía se llama mastectomía parcial o lumpectomía, y en general el tratamiento se continúa con radioterapia.

La mastectomía es la extirpación quirúrgica de toda la mama. A veces, se puede realizar la reconstrucción de la mama después de la mastectomía. Aunque es menos común, a veces se recomienda radiación después de una mastectomía también.

En general, se extirpan una cantidad de ganglios linfáticos cercanos a la mama para determinar si contienen células tumorales. Este procedimiento se llama biopsia de ganglio linfático de Troisier. Si uno o más de los ganglios linfáticos están afectados por el tumor, se recomienda realizar una extirpación más completa de ganglios linfáticos. Este procedimiento se llama disección del ganglio linfático auxiliar. En la mayoría de los casos, se realiza un examen de los ganglios linfáticos con la cirugía de mama que se escoge.

Tanto la mastectomía como el tratamiento conservador de la mama (cirugía y radiación) pueden ser dos tratamientos igualmente efectivos para curar el cáncer de mama. Consulte cuáles son los riesgos y beneficios de cada opción con su cirujano y su oncólogo radioterápico.

Radioterapia

Después de la cirugía, la radioterapia puede disminuir la posibilidad de que el cáncer vuelva a la mama y aumentar la supervivencia. La radioterapia consiste en aplicar radiación focalizada en la mama/pared torácica para tratar las células cancerosas que no se detectaron o extrajeron con la cirugía.

La radioterapia mata las células cancerosas destruyendo su capacidad de multiplicarse. El tejido saludable que rodea a estas células también es afectado por la radioterapia y puede dañarse un poco. Sin embargo, las células normales saludables pueden cicatrizar esas lesiones mejor que las células cancerosas porque mantienen la capacidad de reparar el daño causado por la radiación.

Tratamiento farmacológico

Mientras que la cirugía y la radiación se enfocan directamente en el tratamiento de la mama, en general se recomiendan medicamentos para mejorar la tasa de curación o prevenir que se desarrolle un nuevo cáncer de mama. El oncólogo lo evaluará y determinará qué medicamento será mejor para lograr este objetivo.

La **quimioterapia** puede destruir las células cancerosas mediante distintos métodos. En general, se combinan dos o tres tipos de drogas distintas para obtener el mejor resultado. La dosis y el calendario del tratamiento varían, pero en general la quimioterapia se realiza cada dos o tres semanas durante unos meses.

El **tratamiento hormonal** puede bloquear los efectos del estrógeno en el cuerpo. Se ha demostrado que, en algunos casos, el estrógeno, hormona femenina, hace que el tumor crezca. La medicación, administrada generalmente en una píldora por día, puede comenzar durante la radioterapia o después de terminarla.

La **inmunoterapia** estimula el sistema inmunológico para ayudar a matar las células cancerosas. Algunas células cancerosas sobre-expresan la molécula HER2, que de alguna manera vuelve más agresivos a estos tumores. Actualmente, se utiliza trastuzumab para tratar estos cánceres de mama agresivos con sobreexpresión de la molécula HER2.

Consulte más detalles sobre estas drogas o medicamentos nuevos con su oncólogo y pregúntele qué es más adecuado para usted.

RADIOTERAPIA EXTERNA DESPUÉS DE UNA MASTECTOMÍA PARCIAL

Después de una cirugía conservadora de la mama (también llamada lumpectomía), la radioterapia común solo trata la mama, pero quizás usted necesite tratar los ganglios linfáticos cercanos también. La radiación proviene de una máquina llamada acelerador lineal o linac. La radiación es indolora y el tratamiento en sí dura unos minutos nada más.

El tratamiento se realiza todos los días, cinco días por semana, de lunes a viernes. El tratamiento completo en general dura de tres a siete semanas.

Antes de comenzar el tratamiento, se programará una sesión para planificar el área que desea tratar el oncólogo radioterápico. Este procedimiento se llama simulación. La simulación consiste en

realizar una radiografía o una tomografía computada. También le pueden hacer unas marcas muy pequeñas en la piel, como un tatuaje permanente, para guiar al radioterapeuta a ubicar con precisión el lugar de su tratamiento diario.

Típicamente, la radioterapia se realiza con rayos X, o fotones, de alta energía en la mayor parte del tratamiento. Cuando hay motivos para enfocar la radiación en el lugar en el que se ha extirpado el tumor, a veces se da un “refuerzo” con electrones para tratar con un rayo menos penetrante y más enfocado en vez de con fotones.

Se pueden utilizar distintas técnicas en la radioterapia para cáncer de mama. La radioterapia conformada tridimensional (o 3-D CRT) combina varios campos de radioterapia para dar dosis de radiación muy precisas a la mama y la pared torácica sin afectar el tejido normal cercano. La radioterapia de intensidad modulada (IMTR) es una forma de 3-D CRT que modifica más la radiación mediante la variación de la intensidad de cada rayo. Los médicos siguen estudiando la IMRT para el tratamiento de algunos tipos de cáncer de mama. Consulte con su oncólogo radioterápico para obtener más información sobre los detalles de su plan de tratamiento.

Estudios clínicos recientes indican que el tratamiento con radiación en toda la mama puede acortarse mediante un tratamiento con dosis diarias más altas para terminar en menos tiempo. Consulte con su médico qué dosis y calendario son adecuados para su caso.

Investigaciones adicionales indican que las mujeres de 70 años o más con receptores hormonales positivos con cáncer de mama en etapa inicial pueden beneficiarse con la radiación en términos de reducción del riesgo de volver a tener cáncer de mama en la mama tratada. Sin embargo, no se ha comprobado que este beneficio de control local afecte la supervivencia a largo plazo. Como los riesgos y los beneficios de la radiación difieren no solo con la edad, sino también según los factores de salud y preferencias personales, consulte con su médico si es necesaria la radiación para usted.

IRRADIACIÓN PARCIAL ACELERADA DE LA MAMA

El estándar actual de cuidado para el tratamiento de cáncer de mama en etapa inicial es la mastectomía parcial seguida por varias semanas de radiación en toda la mama. Sin embargo, las investigaciones en curso indican que puede ser seguro realizar la radioterapia solo en una parte de la mama, lo cual permitiría que se aplique radiación durante menos tiempo.

Se están realizando estudios clínicos para determinar si la irradiación parcial acelerada de la mama (o APBI), en la que la radiación se aplica solo a una parte de la mama durante cuatro a cinco días, funciona igual que el estándar actual de radiación en toda la mama. Como se sigue estudiando la APBI, se utiliza más selectivamente que la radiación en toda la mama.

Existen dos tratamientos distintos con APBI:

1. La braquiterapia de mama consiste en colocar tubos plásticos flexibles, llamados catéteres, o un globo directamente en la cavidad en la que se extrajo el tumor. Después de la simulación, se conectan los catéteres o el globo a una máquina llamada dispositivo de carga diferida de alta tasa de dosis, que almacena una fuente radioactiva. Con una computadora especial, se guía una pequeña semilla radiactiva a los catéteres o al globo cerca del lugar donde se extrajo el tumor. Se deja la semilla radiactiva en el lugar durante unos minutos, según cómo haya elaborado el plan de tratamiento su oncólogo radioterápico. Después de los cinco días de tratamiento, se retiran los catéteres o el globo.

2. La radioterapia externa con 3-D CRT también puede tratar parte de la mama, pero está más enfocada en el área de la cirugía. El tratamiento se realiza con la misma máquina (acelerador lineal) y técnicas similares a las que se usan para la radiación estándar de toda la mama.

Los dos métodos de tratamiento de la APBI se suelen realizar dos veces por día, cinco días por semana. Este tratamiento puede durar una sola semana. Los resultados a largo plazo de estas técnicas parecen prometedores, pero se siguen estudiando. Consulte con su oncólogo radioterápico para obtener más información.

RADIACIÓN DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA

Después de una mastectomía, su médico le puede indicar radioterapia para la pared torácica y, en general, en las áreas de ganglios linfáticos cercanos. La utilización de radioterapia después de la extirpación de la mama depende de varios factores. Algunos de estos factores son la cantidad de ganglios linfáticos afectados, el tamaño del tumor y si se encontraron células cancerosas o no cerca del tejido que se extirpó. Hay pacientes a quienes se les realizó una mastectomía que no necesitan radioterapia. Consulte con su médico para obtener más información.

En las mujeres que se someten a una reconstrucción, la radiación post-mastectomía puede afectar las opciones de reconstrucción o el resultado estético. Hable de este tema con su cirujano y con su oncólogo radioterápico para obtener más información.

