



Cáncer de seno

Generalidades del cáncer de seno

Se calcula que más de 207.000 mujeres en los Estados Unidos recibieron un diagnóstico de cáncer de seno en el año 2010. En la actualidad es posible detectar la mayoría de estos casos en una etapa muy temprana. Gracias a la detección temprana y a los mejores tratamientos, más mujeres sobreviven el cáncer de seno. Hoy en día las mujeres tienen más opciones de tratamiento que nunca antes.

Para mayor información sobre la detección temprana consulte la página de Mamografía (www.RadiologyInfo.org/sp/info.cfm?pg=mammo).

Opciones de tratamiento

Generalidades de las opciones de tratamiento

Las opciones de tratamiento son mastectomía o cirugía conservadora del seno (BCT). La mastectomía es una operación en la que se extirpa todo el seno, y por lo general el pezón entero. Con frecuencia también se realiza un muestreo de la axila, donde se extraen las glándulas que se encuentran debajo del brazo, denominadas ganglios axilares. El cirujano puede evaluar uno o dos ganglios solamente (ganglio/s centinela/s) o puede realizar una disección más extensa para investigar si la enfermedad se ha diseminado. A veces, la mastectomía requiere hospitalización. En algunos casos, luego de la mastectomía, se puede dejar en la cavidad quirúrgica, en forma temporaria, un tubo de drenaje para prevenir la acumulación de fluido. Las mujeres sometidas a mastectomía tienen la opción de reconstrucción del seno.

La cirugía conservadora del seno quita el tumor y un borde de tejido normal circundante. Se conoce también como tumorectomía, mastectomía parcial, mastectomía segmentaria o cuadrantectomía. Después de la tumorectomía normalmente se hace radioterapia para eliminar las células cancerosas microscópicas que puedan haber quedado en el tejido restante del seno. El propósito de la cirugía conservadora del seno es proporcionar a las mujeres el mismo índice de curación que tendrían si se hubieran sometido a la mastectomía, pero dejando el seno intacto, con la apariencia y la textura lo más parecidas posible a lo que tenían antes del tratamiento. El cirujano podría remover algunos ganglios linfáticos (realizando un procedimiento de ganglios linfático centinela o una disección de la axila) durante la tumorectomía o más adelante. Se calcula que del 75 al 80 por ciento de las pacientes se pueden tratar con cirugía conservadora del seno en vez de mastectomía, con excelentes resultados. Muchos años de estudios clínicos han demostrado que la cirugía conservadora del seno ofrece el mismo índice de curación que la mastectomía.

El procedimiento de radioterapia puede consistir en:

- **Radioterapia de haz externo** - consulte la página de Radioterapia de haz externo (www.RadiologyInfo.org/sp/info.cfm?pg=ebt)
- **Radioterapia de intensidad modulada** - consulte la página de Radioterapia de intensidad modulada (www.RadiologyInfo.org/sp/info.cfm?pg=imrt)
- **Terapia intersticial** (o "Braquiterapia") que consiste en la colocación temporal de materiales radiactivos dentro del seno, generalmente empleados para proporcionar un dosis adicional de radiación en la zona del lugar de la escisión (llamado "refuerzo") - consulte la página de Braquiterapia (www.RadiologyInfo.org/sp/info.cfm?pg=brachy)

También se puede dar quimioterapia o terapia hormonal si hay peligro de que el cáncer se haya diseminado fuera del seno a otros órganos.

Necesidad de radioterapia si los bordes del tejido sacado no presentan signos de enfermedad

Numerosos estudios han reexaminado este abordaje para las pacientes con cáncer invasor. Casi todos estos estudios muestran que el peligro de recidiva es mucho mayor si no se usa radioterapia (20 a 40 por ciento) comparado con cuando se la usa (5 a 10 por ciento). La recidiva del cáncer de mama, por esta razón, es un acontecimiento muy traumático psicológicamente. Cuando el cáncer de seno ocurre en forma local luego de la cirugía de conservación de seno, los pacientes pueden necesitar una mastectomía para ser curados. Muchos pacientes se someten a radioterapia luego de la cirugía de conservación del seno para reducir el riesgo de recurrencia del cáncer de seno. No obstante, no todas las personas con una recidiva pueden curarse. Por lo tanto, la radioterapia después de la tumorectomía es el tratamiento estándar en todo el mundo.

Varios estudios recientes muestran que las mujeres de edad madura con cáncer invasor pequeño y favorable tienen bajo riesgo de recidiva cuando se les hace tumorectomía y se les da terapia hormonal sin radioterapia. Todavía no hay certeza sobre los resultados a largo plazo de este abordaje, ni sobre cuáles pacientes tendrán mejores resultados sin radioterapia. Hable sobre el tema detalladamente con su médico.

Para las pacientes con cáncer no invasor ("carcinoma ductal in situ"), la situación es más complicada. La tumorectomía sin radioterapia funciona bien para muchas pacientes, pero no hay acuerdo respecto a quiénes pueden ser tratadas sin peligro con tumorectomía únicamente. Hable sobre el tema detalladamente con su médico.

Cómo decidir entre la mastectomía y cirugía conservadora del seno

La cirugía conservadora del seno se usa a menudo en pacientes con cáncer invasor en etapas tempranas (denominados estados I y II en el sistema de clasificación). También se usa para pacientes con carcinoma ductal in situ (CDIS, o estado 0). Algunas de las razones por las que no se hace cirugía conservadora del seno son: preferencia personal, riesgo aumentado de complicaciones de la radioterapia en personas con ciertas enfermedades raras, cirugías que requieren la remoción de una gran cantidad de tejido de seno enfermo y que presentan resultados de baja calidad desde el punto de vista cosmético, y tumores con mayor probabilidad que el promedio de volver al seno al que se le hizo la cirugía conservadora de seno.

La mayoría de las pacientes pueden elegir el tratamiento basándose en otros factores como comodidad (por ejemplo, la distancia que debe viajar para recibir radioterapia) o preferencias personales (sentirse más segura si se hace una mastectomía, o preocupación por los posibles efectos secundarios de la radioterapia). La mayoría de las mujeres prefieren conservar el seno si es posible hacerlo sin peligro, pero no hay una sola respuesta que sea la mejor para todos los casos. Idealmente, esta decisión debe tomarse en forma conjunta entre el paciente y su médico. En algunos casos puede que una consulta pre-quirúrgica con el oncólogo radioterapeuta sirva de ayuda para responder preguntas sobre las terapias conservadora del seno.

Casi todos los médicos recomiendan una mastectomía en vez de cirugía conservadora del seno si el riesgo de recidiva del cáncer de seno es mayor al 20 por ciento. Este es el caso para los tumores de gran tamaño o multifocales. Sin embargo, este es el caso de sólo un pequeño número de mujeres.

Resultados cosméticos de la cirugía conservadora del seno

Entre el 80 y el 90 por ciento de las mujeres tratadas con técnicas quirúrgicas y de radioterapia modernas tienen un resultado cosmético excelente o bueno; o sea, hay cambios pequeños o ningún cambio en el tamaño, la forma, la textura y el aspecto del seno respecto a antes del tratamiento.

Las pacientes con senos grandes parecen tener una mayor reducción del tamaño del seno después de la radioterapia que las pacientes con senos más pequeños; sin embargo, este problema se puede resolver con el uso de energía de rayos X más alta y radioterapia de intensidad modulada (IMRT). La irradiación parcial del seno usando braquiterapia también puede ser considerada si el paciente tiene un tumor pequeño en etapas tempranas. Este tratamiento está aún bajo investigación clínica. Usted tendrá que consultar con su médico para determinar si califica para la braquiterapia.

Pronóstico después de una recidiva

Muchas pacientes con cáncer de mama recidivante pueden ser tratadas satisfactoriamente, muchas veces con métodos que no son radioterapia, si este método se usó en el tratamiento inicial. Entre el 5 y el 10 por ciento de las pacientes tratadas inicialmente por cáncer de mama invasor tendrán metástasis a distancia al momento de descubrir la recidiva. La misma proporción tendrá recidivas que son demasiado extensas para operar. En este tipo de casos la enfermedad del paciente puede a menudo ser manejada durante un periodo de varios años, pero la meta del tratamiento cambia de obtener una cura a prevenir la progresión o manejar los síntomas. Estas pacientes nunca o casi nunca se curan. El índice de curación a los 5 años para pacientes con recidiva después de cirugía conservadora de la mama es de aproximadamente 60 a 75 por ciento si la recidiva está limitada al seno y entonces se hace una mastectomía.

Para las pacientes tratadas inicialmente por carcinoma ductal in situ (CDIS), aproximadamente la mitad de las recidivas son invasoras, y la otra mitad son CDIS no invasoras. El índice de control a largo plazo de la recidiva posterior a cirugía conservadora de la mama ha sido alto, en general más del 90 por ciento.

Qué sucede durante la radioterapia

La radiación es un tipo especial de energía transportada por ondas o un flujo de partículas. Cuando la radiación es usada en dosis terapéuticas (varias veces la que se usa en las radiografías) puede destruir

células anormales que causan cáncer y otras enfermedades.

Posibles efectos secundarios de la radioterapia

Usualmente, no hay efectos secundarios inmediatos de cada tratamiento de radioterapia que se aplica al seno. Los pacientes no desarrollan náuseas ni pierden el cabello debido a la radioterapia en el seno.

La mayoría de las pacientes sienten fatiga que va aumentando durante el curso del tratamiento y que desaparece gradualmente uno o dos meses después de la radioterapia. La mayoría de las pacientes sienten un dolor sordo o agudo en el seno que puede durar unos pocos segundos o minutos; es raro que necesiten medicamentos para esto. El efecto secundario más común que requiere atención es la reacción de la piel. La mayoría de las pacientes sufren enrojecimiento, sequedad y picazón de la piel después de unas pocas semanas, y algunas tienen irritación importante.

Las siguientes son recomendaciones para el cuidado de la piel:

- Usar agua y un jabón suave para mantener la piel limpia y seca
- Evitar las temperaturas extremas al bañarse
- Evitar el traumatismo de la piel y la exposición al sol (usar un filtro solar con un FPS de por lo menos 30)
- No afeitarse el área tratada con navajilla (puede usar una rasuradora eléctrica si fuera necesario)
- No usar perfumes, cosméticos, loción para después de afeitarse ni desodorantes en el área tratada (en vez de desodorantes se puede usar maicena con o sin bicarbonato de sodio)
- Usar sólo las cremas o lociones sin perfume recomendadas después del tratamiento diario.

Algunas pacientes tienen una reacción semejante a una quemadura de sol, con ampollas y despellejamiento; esto se llama "descamación húmeda" y por lo general ocurre en el pliegue debajo del seno o entre el seno y el brazo, o a veces en el área donde se da la radioterapia de refuerzo. La mayoría de las personas con una descamación húmeda en un área limitada pueden continuar el tratamiento sin interrupción. Cuando es necesario interrumpir el tratamiento, la piel en general se recupera lo suficiente para reanudar la irradiación en cinco a siete días. Las lesiones de la piel por lo general se curan totalmente unas pocas semanas después de terminar la radioterapia.

Posibles riesgos y complicaciones

Las complicaciones menores son:

- Leve inflamación del seno durante la radioterapia que en general desaparece en 6 a 12 meses.
- Oscurecimiento de la piel durante la radioterapia similar al bronceado por el sol. En la mayoría de los casos esto también desaparece en 6 a 12 meses.
- La mayoría de las mujeres de vez en cuando tienen dolores en el seno tratado o en los músculos alrededor del seno, aun años después del tratamiento. No se conoce la razón, de esto, pero si bien el dolor es molesto, no es dañino, y NO es un signo de reaparición del cáncer.
- En raras ocasiones las pacientes sufren una fractura de la costilla años después del tratamiento; esto ocurre en menos del 1 por ciento de las pacientes tratadas con métodos modernos, y la fractura se recupera por sí sola poco a poco.

Algunas de las complicaciones más graves son:

- Muy raramente las pacientes sufren degradación de la piel o un dolor tan intenso que es necesario operar el seno.
- La radioterapia aplicada a los ganglios linfáticos axilares puede aumentar el riesgo de inflamación del brazo (linfedema) después de la disección de la axila. La irradiación de esta zona puede causar adormecimiento u hormigueo, o incluso dolor y debilidad en la mano y el brazo años después del tratamiento. Afortunadamente estos dos efectos son sumamente raros.
- Algunas pacientes sufren "neumonitis por radiación", una reacción pulmonar que causa tos, dificultad para respirar y fiebre entre los tres a nueve meses después de terminar el tratamiento. Afortunadamente, por lo general es leve y no requiere un tratamiento específico, y desaparece en dos a cuatro semanas sin complicaciones de largo plazo.
- La radioterapia puede afectar al corazón. Afortunadamente las técnicas usadas en la actualidad afectan al corazón mucho menos que las técnicas usadas en el pasado. Los estudios actuales no han encontrado un mayor riesgo de enfermedad cardíaca grave en las pacientes tratadas con técnicas modernas aun 10 a 20 años después del tratamiento. No obstante, todavía hay incertidumbre acerca del riesgo de que la radiación cause enfermedad cardíaca para fumadoras y personas con enfermedades cardíacas preexistentes, y para las que reciben ciertos medicamentos quimioterapéuticos. Es probable que estos riesgos sean muy bajos.
- Las mujeres de 45 años de edad o menos al momento del tratamiento podrían tener un riesgo ligeramente aumentado (unos pocos puntos porcentuales a lo más) de sufrir cáncer en el otro seno con el pasar del tiempo, en comparación con el riesgo que tendrían sin radioterapia. Hay un riesgo muy bajo (tal vez una en 1000 personas) de que 5, 10, 20 o más años después aparezca cáncer en la piel, músculo, hueso o pulmón directamente en la zona tratada.

Tratamiento de seguimiento

La principal meta del seguimiento, al ser posible, es detectar y tratar las recidivas en el seno o los ganglios linfáticos irradiados, y un nuevo cáncer en cualquiera de los dos senos antes de que se disemine a otras partes del cuerpo. Los exámenes rutinarios de gammagrafía ósea, radiografía de tórax, análisis de sangre y otras pruebas para detectar la posible diseminación a otros órganos en pacientes sin síntomas no parece tener ninguna utilidad. Su médico determinará cuál es su programa de seguimiento. El seguimiento puede consistir en un examen físico cada pocos meses durante los primeros años después del tratamiento, y luego cada 6 a 12 meses. Las mamografías anuales de seguimiento son una parte importante de su atención médica. Si los síntomas o datos clínicos sugieren una recidiva, tal vez sea necesario hacer pruebas de diagnóstico como análisis de sangre, ultrasonido, tomografía computada (TC), resonancia magnética nuclear (RMN), radiografía de tórax o gamagrafía ósea.

Novedades de tratamiento

Se está estudiando y comparando la irradiación parcial del seno utilizando braquiterapia o IMRT con la irradiación total del seno. Además, actualmente se está investigando la radioterapia hipofraccionada del seno entero (curso más corto de radioterapia a dosis más altas por día).

Estudios clínicos

Para obtener información sobre estudios clínicos realizados en la actualidad, consulte la página Estudios clínicos de la página Internet del National Cancer Institute (www.cancer.gov/clinicaltrials/).

Información y recursos adicionales sobre cáncer del seno

RadiologyInfo

Mamografía

(www.RadiologyInfo.org/sp/info.cfm?pg=mammo)

National Cancer Institute

Cáncer de seno (mama)

(www.cancer.gov/espanol/tipos/seno)

American Cancer Society

Cáncer de seno

(www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/)

Condiciones de uso:

Todas las secciones del sitio fueron creadas bajo la dirección de un médico experto en el tema. Toda la información que aparece en este sitio web fue además revisada por un comité de ACR-RSNA formado por médicos peritos en diversas áreas de la radiología.

Sin embargo, no podemos asegurar que este sitio web contenga información completa y actualizada sobre ningún tema particular. Por lo tanto ACR y RSNA no hacen declaraciones ni dan garantías acerca de la idoneidad de esta información para un propósito particular. Toda la información se suministra tal cual, sin garantías expresas o implícitas.

Visite el Web site de RadiologyInfo en <http://www.radiologyinfo.org/sp> para visión o para descargar la información más última.

Nota: Las imágenes se muestra para fines ilustrativos. No trate de sacar conclusiones comparando esta imagen con otras en el sitio. Solamente los radiólogos calificados deben interpretar las imágenes.

Copyright

Las versiones PDF imprimibles de las hojas de los diversos procedimientos radiológicos se suministran con el fin de facilitar su impresión. Estos materiales tienen el copyright de la Radiological Society of North America (RSNA), 820 Jorie Boulevard, Oak Brook, IL 60523-2251 o del American College of Radiology (ACR), 1891 Preston White Drive, Reston, VA 20191-4397. Se prohíbe la reproducción comercial o la distribución múltiple por cualquier método tradicional o electrónico de reproducción o publicación.

Copyright © 2011 Radiological Society of North America (RSNA)