Cáncer de mama

Nadie sabe todavía la causa del cáncer de mama. Existen teorías que apuntan a los virus y la teoría de la "ruptura de inmunidad del sistema" del cáncer en general. En el caso del cáncer de mama han sido descartadas varias teorías fantasiosas (no se contrae por golpes, partos, contagio, etc.) y sólo tres o cuatro líneas de investigación parecen algo prometedoras.

Causas posibles

—Dieta o medioambiente:

Esta es posiblemente la causa más sospechosa. Hay estudios que prueban que cuando las mujeres japonesas, que tienen baja incidencia de cáncer de mama, se trasladan a países donde la incidencia de éste es mayor, como Estados Unidos y países del norte de Europa, en una o dos generaciones comienza a aparecer una incidencia similar a la de las mujeres de estos países. Es por esto que se sospecha de la dieta y el medioambiente. Se cree que reduciendo el contenido de grasa de la dieta disminuye la susceptibilidad al cáncer de mama.

—Partículas de virus en la leche de la madre

La transmisión de virus vía leche materna ha sido demostrada en animales, aunque no hay pruebas en grupos humanos.

—Niveles hormonales:

Parece que la susceptibilidad al cáncer de mama es menor cuando, por ejemplo, se extraen los ovarios, órganos responsables de la regulación de estrógeno y progesterona, hormonas femeninas de las cuales depende el ciclo menstrual. Todavía no se conoce con seguridad el papel de los estrógenos sintéticos en el desarrollo del cáncer de mama, aunque hay pruebas de los mismos en el desarrollo del cáncer vaginal y de endometrio (Menopausia).

Factores de riesgo

Los siguientes factores son importantes:

1. Una historia de cáncer de mama en familia de la madre. Esto no significa que si la madre ha tenido cáncer de mama la hija tenga que tenerlo irremediablemente. La herencia es bastante menos importante que otros factores.
2. Edad; Los riesgos de cáncer de mama aumentan en cada década de la vida. La mayoría de los casos ocurren pasados los 40; la media se sitúa entre los 45 y 60, aunque aumentan los casos en los grupos de 35 a 45 años.
3. Las mujeres que han tenido enfermedades benignas en las mamas, distintas de fibroadenomas, parecen tener una posibilidad algo mayor de padecer cáncer de mama. Un libro de texto sugiere que la mujer con enfermedades benignas en las mamas sea examinada a intervalos de tres a seis meses. También ha sido sugerida una mamografía anual en estos casos aunque últimamente muchos expertos están en desacuerdo con la utilización rutinaria de la mamografía.
4. Tener o haber tenido cáncer en una mama.
5. Peso: este no parece ser un factor importante, aunque las mujeres con pechos grandes podrían correr un riesgo algo mayor.
6. Si se comienza a menstruar demasiado pronto y se continúa durante un tiempo muy largo, el riesgo parece duplicarse. Cuando antes llega la menopausia (natural o artificial), menor parece ser el riesgo.
7. Mujeres que han tomado Dietiletilbestrol (DES).

Parecería haber un riesgo algo mayor de desarrollar cáncer de mama en los siguientes casos (aunque no hay pruebas de ello): si la cera de los oídos es húmeda en vez de seca; problemas de hípotiroidismo (funcionamiento deficiente de la tiroides); si se vive en climas fríos; o si se tiene un estatus socioeconomico relativamente alto.

Quién debe hacerse un chequeo

Alguna gente ha dicho que todas las mujeres deberían pasar un examen, ser chequeadas cada año con palpación, termografía y mamografía. Respecto a la palpación, (examinación manual) hay poca discusión. Como ya hemos dicho anteriormente, la mujer es quien mejor puede llevar a cabo este procedimiento cada mes. En cuanto a la termografía hay poca discusión excepto la de aquella gente que comienza a poner en duda la efectividad de este procedimiento. El problema se presenta con la mamografía, cuando se habla de utilizarla periódica o rutinariamente. En 1976 el National Cancer Institute de los Estados Unidos tuvo que detener su programa de examen, chequeo masivo con mamiografía por el riesgo de radiación. El che-

queo regular con mamografías lo recomienda ahora solamente a las mujeres mayores de 50 años o a las que ya tienen síntomas. Los menos cautos hablan de mamografía para todos los casos de alto riesgo. Pero las mujeres jóvenes que no pertenecen a la categoría de las de alto riesgo deberían evitar la radiación a menos que tuvieran una justificación muy clara para ella, sobre todo si se ha estado expuesta en el pasado y sobre todo si el equipo disponible es viejo (porque las dosis de radiación pueden ser mayores de lo necesario y los resultados menos seguros). De cualquier manera, aunque la mamografía es especialmente útil para las mujeres que ya han pasado la menopausia a las que tienen mamas con mucho tejido graso, en este momento no parece más capaz de detectar bultos en mujeres premenopáusicas que una examinación manual cuidadosa: (la palpación y la mamografía, *juntas*, aumentan la seguridad).

Diferentes clases de cáncer de mama-tratamientos

El cáncer de mama presenta por lo menos tres o cuatro formas diferentes. Como cada tipo crece en diferentes proporciones; un bulto pequeño puede ser un tumor de crecimiento muy lento o bien puede tratarse de uno de los que crece rápidamente y se expande por el cuerpo incluso antes de que se descubra (metástasis). En el medio hay cánceres de crecimiento lento que pueden haberse difundido por los tejidos circundantes pero no en otros sistemas del cuerpo, el cáncer de mama generalmente se difunde en el sistema linfático antes de alcanzar el torrente sanguíneo. Los ganglios linfáticos pueden demorar el pasaje del cáncer al torrente sanguíneo. Los ganglios linfáticos afectados en primer término son los próximos a la axila, debajo del esternón o a lo largo de la espina dorsal. (Los ganglios hinchados debajo de la axila pueden ser cancerosos o no y, como en el caso de los bultos en las mamas, sólo una biopsia puede dar un resultado seguro). El tratamiento adecuado debe considerar todas estas zonas. Como el cancer de mama toma muchas formas diferentes y se difunden por el cuerpo de distinta manera, no

hay un tratamiento unitario.

Este cáncer tiende a clasificarse en estadios, como detallamos a continuación.

Estadío O:

El cáncer es muy pequeño (microscópico) y generalmente se encuentra accidentalmente, al hacer una biopsia de un bulto predominante no canceroso pero en el que aparecen unas pocas células cancerosas. Este tipo de cáncer no infiltra (no invade) el tejido del seno y se llama cáncer "in situ" (en sitio). La terapia ha variado desde la biopsia hasta la mastectomía total. El problema es que la mujer que tiene este tipo de cáncer corre el riesgo de tener pequeños depósitos similares (microscópicos) de células cancerosas en otras partes del mismo seno y/o del otro. Con el tiempo (2 a 25 años) un porcentaje de esas mujeres desarrollará un bulto palpable totalmente canceroso y por eso más serio. Los gráficos varían entre el 10 y el 30% en una vida. Actualmente hay discusión sobre si la masectomía es demasiada cirugía. Algunos cirujanos se inclinan por una biopsia simple y una continuación muy cuidadosa de tratamiento médico, puesto que la mayoría de las mujeres (del 70 al 90%) no desarrollarán estos cánceres "infiltrados".

Estadío I:

Esta etapa se refiere a una masa cancerosa (bulto) generalmente palpable (se nota al tacto) pero aún pequeño (menos de 2 cm.).

Estas células cancerosas invaden el tejido del seno. A veces (raramente invaden también más allá de los ganglios. Otras veces los ganglios linfáticos de la axila se notan agrandados, y otras no. Sólo una biopsia de los ganglios linfáticos puede decir con seguridad si el cáncer se ha difundido hasta allí. El tratamiento en este estadío del cáncer de mama es muy controvertido. Algunos médicos piensan que un bulto pequeño, particularmente cuando está localizado en el lado externo del pecho, puede ser tratado adecuadamente con una amplia excisión (extirpación) o por una excisión seguida de radioterapia. Otros sugieren la mastectomía simple. O bien creen que lo correcto es la mastectomía radical o radical modificada. Hasta el presente no hay diferencias de sobrevivencia o curación entre las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía radical o simple, o a la excisión con radioterapia.

Estadío II:

En este caso, el cáncer es mayor (2 a 5 cm) en el momento del diagnóstico. También están afectados los ganglios linfáticos axilares. El tratamiento puede implicar cualquiera de los procedimientos señalados más arriba, con o sin radioterapia. Aún no hay un tratamiento "mejor". La posibilidad de curación depende en gran parte de la cantidad de ganglios afectados.

No hay evidencia firme de que, en caso de que haya ganglios afectados, la extracción de los mismos (mastectomía radical o radical modificada) mejore las posibilidades de curación o sobrevivencia. La mastectomía simple más radioterapia pueden ser mejores.

La retención de los ganglios axilares pueden ser una forma de mantener la inmunidad contra la difusión del cáncer, aunque dado que aún no hay pruebas concluyentes de esta idea es posible que sea mejor extraer o irradiar los ganglios. Ciertamente, desde este estadío en adelante, la terapia sistematica, que consiste en quimioterapia y/o terapia hormonal, puede ser muy útil para luchar con las metástasis y recurrencias posibles.

Estadío III:

En este estadío, el cáncer, en el momento del diagnóstico, es mayor de 5 cms., y los gánglios están casi siempre complicados. Las posibilidades de curación son escasas (aunque algunas mujeres tienen tumores grandes y muchos ganglios afectados sin desarrollar nunca una metástasis o una recurrencia). Pero hay terapias que pueden ayudar al control local y a prolongar la sobrevivencia. La mastectomía simple o la terapia radioactiva pueden ayudar a controlar la enfermedad y puede emplearse quimioterapia para prevenir la recurrencia del cáncer y por ende prolongar la sobrevivencia.

Estadío IV:

En este caso, el cáncer en el momento de la detección, es generalmente mayor de 5 cms., los gánglios están generalmente agrandados y, lo más importante, hay evidencias de que se ha difundido a través del torrente sanguíneo más allá de los ganglios. La terapia puede incluir la extracción de los ovarios en las mujeres menstruantes, la extracción de las glándulas de adrenalina en las mujeres postmenopáusicas, administración de hormonas y/o quimioterapia. Se ha avanzado bastante en la consecución de mayor sobrevivencia libre de síntomas incluso en las mujeres con la enfermedad muy extendida: "He visto varias mujeres que con un seguimiento apropiado después de la mastectomía —han vivido varios años incluso con recurrencias y metástasis".

Tratamientos

Mastectomía simple.

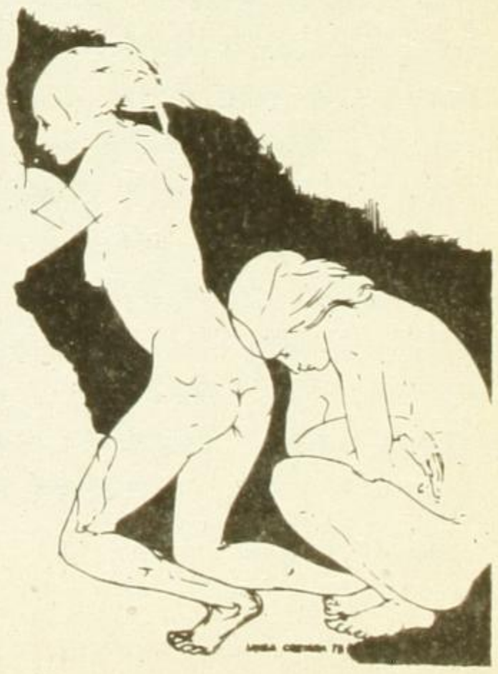
La mastectomía simple extrae sólo la mama, pero completamente. Es el tratamiento más común en varios países, con o sin radioterapia.

Mastectomía radical

La mastectomía radical consiste en la extracción de la mama, los ganglios axilares y los músculos pectorales debajo del pecho (que también soportan la función del brazo). Esta operación es considerada innecesaria en varios estudios. Según el US National Cancer Institute este tipo de operación radical nunca es necesaria. Los índices de curación no mejoran. Bien hecha, con una buena rahabilitación posterior, no debería interferir con la función del brazo.

Mastectomía super radical

Esta operación implica la extracción del seno, de las glándulas axilares, de



los músculos subyacentes de las paredes del seno y de los ganglios situados debajo del esternón. Esta operación no se realiza ya en Inglaterra, por ejemplo.

Mastectomía parcial

Extrae el bulto y algún tejido circundante y a menudo se continúa con radioterapía. Después de la operación, un pecho puede quedar más pequeño que otro, pero hay posibilidades de reconstruirlo.

Mastectomía subcutánea

Extrae la parte profunda de la mama pero deja la piel exterior y el pezón. También se puede hacer implantación de siliconas para la reconstrucción.

Tumorectomía

Se extrae sólo el bulto y posiblemente se haga una biopsia debajo de la axila para chequear los ganglios. Como en el caso de la mastectomía parcial y la subcutánea, este procedimiento no es muy común. Depende de la clase de cáncer que se trate, el sitio donde esté y del estadío donde se encuentre. El problema está en asegurarse de que todo el área afectada ha sido extraída, pero depende sobre todo de las actitudes y experiencia de los médicos.

Ooforectomía u ovariectomía (Extracción de ovarios)

Alrededor de un tercio de los cánceres de mama son de fuerte dependencia hormonal por lo que la extracción de los ovarios, que producen cantidad de hormonas, en las mujeres premenopáusicas, puede tener un efecto notable. A veces se extrae también la glándula pituitaria, puesto que también es productora de hormonas. Se están haciendo ensayos hormonales —un test para detectar la dependencia hormonal— que puede permitir aislar aquellos tumores que podrían beneficiarse de la extracción de ovarios de los que no. De este modo podría en algunos casos, evitarse el trauma adicional de la menopausia prematura.

Radioterapia

La radioterapia como tratamiento para la enfermedad está aún siendo evaluada. Pero desde 1946 está reconocido que la radioterapia como seguimiento de una mastectomía con extracción de ganglios no sólo no ayuda sino que parece exacerbar la enfermedad. (Pero era útil para aliviar el dolor). Se piensa que la radioterapia es efectiva en las Tumorectomías y Mastectomías simples. Los efectos posteriores si los aparatos son antiguos pueden ser peores que los de la cirugía, incluyendo náuseas, caída del cabello, hinchazón, dolor, infección e incluso parálisis del área irradiada. Pero los nuevos equipos han sido diseñados para evitar todos estos síntomas.

En Francia la radioterapia está tan avanzada que en algunos casos el cáncer puede curarse con radioterapia sola. (Nova, marzo 1973).

Quimioterapia: (medicamentos que matan células):

Como los rayos X, este procedimiento puede causar cáncer en algún otro sitio, por lo que debe ser utilizado muy cuidadosamente y sólo por una persona muy entrenada. Mediante la quimioterapia se eliminan al mismo tiempo células cancerosas y células sanas.

Seguimiento

El cáncer de mama es una enfermedad crónica. Debe ser vigilado para estar al tanto de cualquier recurrencia o metástasis. Si el control es periódico, las posibilidades de no detectar una recurrencia son mínimas. Como mínimo, el control debería efectuarse cada tres meses durante el primer año, para llegar a una vez al año a partir del quinto año, puesto que las posibilidades de recurrencia disminuyen con el tiempo. Además, la mujer debería examinarse periódicamente sobre todo alrededor de la incisión, donde la recurrencia suele ocurrir. Hay que vigilar los problemas de pulmón, de hígado y las irregularidades menstruales. El chequeo médico debería incluir por lo menos una palpación manual del área operada, y de la otra mama, palpación de hígado, un cuidadoso cuestionario sobre estado general de salud y ajuste psicológico. Una vez al año es aconsejable un análisis de sangre (recuento de glóbulos rojos) y los análisis de funcionamiento de hígado pueden ser útiles cada seis meses. Si hay síntomas como tos prolongada o ronquera una radiografía sería adecuada junto con investigación apropiada. Según algunos expertos la radiografía de pecho, pelvis y espina dorsal sería aconsejable cada seis meses; otros creen que los Rayos X, incluida la mamografía, no debería utilizarse más de una vez al año. Si el cáncer no se ha difundido en el momento de iniciar el tratamiento y hay un buen estado general, es probablemente mejor evitar los Rayos X y vigilar muy estrechamente las demás variantes.

Si los Rayos X muestran algún punto sospechoso es aconsejable un exámen detenido de los huesos. Esto, como los Rayos X, implican radiación, pero no deben aplicarse a menos que sea absolutamente necesario puesto que la dosis es aún mayor.

El seguimiento debería estar a cargo del mismo médico /a y debería también incluir atención psicológica