

PRÁCTICA INTEGRADA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (6º CURSO) ROTACIÓN CONSULTA UNIDAD FUNCIONAL DE MAMA.

La Consulta de la Unidad Funcional de Mama se encuentra ubicada en el Pabellón Arrupe (Consultas Externas) en la primera planta.

La Consulta es en horario de mañana de lunes a viernes. Las evaluaciones de pacientes de nueva citación con patología no neoplásica son evaluadas los lunes. La evaluación de pacientes postoperadas se realiza los martes y la evaluación de carcinoma de nuevo diagnóstico los miércoles, jueves y viernes. Todos los días se atienden pacientes en revisiones por proceso neoplásico o para evaluación de riesgo de patología mamaria.

En esta rotación de prácticas, tenemos como objetivos tanto elementos médicos (explorar, adquirir conocimientos...) como de conducta – comportamiento (puntualidad, relación con el equipo, actitud ante la información a pacientes...) y conocimiento de las características del trabajo en una Unidad multidisciplinar.

Las nociones que deseáramos transmitir y que sean entendidas por los alumnos son:

- Realización de una anamnesis adecuada (con valoración de riesgo neoplásico mamario).
- Conocimiento del método de exploración mamaria.
- Conocimiento de las pruebas radiológicas adecuadas según la edad, los hallazgos exploratorios.
- Manejo del dolor mamario
- Manejo del nódulo mamario.
- Manejo de la secreción mamaria.
- Manejo básico del carcinoma de mama.
- Conocimiento de las indicaciones quirúrgicas y posibles complicaciones de la cirugía mamaria.
- Nociones básicas del cáncer de mama heredofamiliar

Así mismo es importante adquirir hábitos adecuados en relación a la información a pacientes con diagnóstico de procesos neoplásicos y a sus familiares.

LECTURAS RECOMENDADAS:



Cáncer de mama

M. Marín Angulo, M. Arroyo Yáñez, M. L. Villalobos León y M. Álvarez de Mon Soto
Servicio de Radiología del Sistema Insular y Oncología Hospital U. Príncipe de Asturias. Unidad Asistencial 1 + D
al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Centro Nacional de Epidemiología). Departamento de Medicina.
Universidad de Alcalá, Madrid

<http://www.medicineonline.es/es/cancer-mama/articulo/S0304541213705171/>

<http://www.sedim.org/nueva/wp-content/uploads/2014/10/Recomendaciones en el manejo diagn% C3% B3stico.pdf>



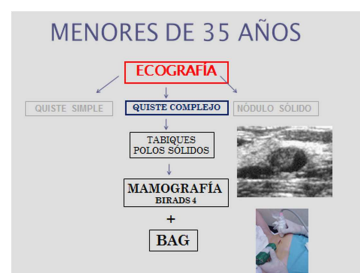
medicinageneralfamilia ISSN 1135-122X Noviembre 2012 (vol 1, núm 7)
DOCUMENTO DE CONSENSO
Consenso en cáncer hereditario entre la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y las sociedades de atención primaria (SEMFYC, SEMERGEN y SEMG)
 Ibáñez Díaz L,¹ Ribalta J,² Gavell L,³ González Velasco S,⁴ García Suárez B,⁵ Guillén Ponce C,⁶ Marcos Carreira M,⁷ Manera Puerta D,⁸ Rodríguez Margallo T,⁹ Plancher Jiménez J.¹⁰
¹Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
²Unidad de Alta Resolución y Prevención del Cáncer, Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona
³Centro de Atención Primaria Barriol, Barcelona, Representante de SEMFYC
⁴Centro de Salud Puerta Santa, Madrid, Representante de SEMFYC
⁵Unidad de Alta Resolución en Cáncer y Consejo Genético, Hospital Arquitecto Marañón, La Coruña, Representante de SEMG
⁶Unidad de Cáncer Familiar, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, Representante de SEOM
⁷Centro de Salud de Carabanchel del Valle (Madrid), Representante de SEMG
⁸Hospitalización de Planificación, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Representante de SEMERGEN
⁹Centro de Salud Intermunicipal, Madrid, Representante de SEMERGEN
¹⁰Centro de Salud de Boça (Lleida), Representante de SEMG

<http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-consenso-cancer-hereditario-entre-sociedad-S1138359313000208?redirectNew=true>

MANEJO DE SINTOMAS - SIGNOS MAMARIOS

1. MANEJO DEL NODULO MAMARIO.

El manejo del nódulo mamario depende de la edad de la paciente y de la sospecha clínica. Reservando el estudio mamográfico para mayores de 35 años o menores con estudio ecográfico sospechoso.





2. MASTALGIA

Las **causas** de las molestias en el **dolor de mamas dependiente del ciclo** son las **fluctuaciones hormonales** que se producen durante el ciclo menstrual.

Mastodinia se refiere a dolor en segunda mitad del ciclo. (mastalgia cíclica)

Mastalgia no cíclica puede ser de causa mamaria o extramamaria

Extramamaria: Sd. de Tietze, herpes, dolor costal, mialgia del pectoral

Mamaria: de naturaleza benigna (quiste, fibroadenoma...) o maligna.

3. SECRECIÓN MAMARIA

La secreción unilateral y unipora se suele asociar a patología orgánica. No tiene por qué ser hemática. La secreción bilateral se asocia más a procesos benignos funcionales.

La causa más frecuente de secreción hemática en la edad postmenopausica es el papiloma intraductal. Se debe de realizar un estudio ecográfico de la región retroareolar para descartar patología a ese nivel.

MÉTODOS DE BIOPSIA PERCUTÁNEA

El método de elección de biopsia de los nódulos mamarios tanto palpables como no palpables es la biopsia percutánea ecoguiada. (BAG).



El método de elección de biopsia de las microcalcificaciones es la biopsia percutánea asistida por vacío. (mamotomo-BAV).



MANEJO BASICO QUIRURGICO DEL CARCINOMA DE MAMA

• TRATAMIENTO QUIRURGICO

Hacia 1894 Halsted consideró el cáncer de mama como una enfermedad locorregional y, por tanto, la cirugía radical incluyendo la linfadenectomía axilar era el tratamiento quirúrgico más indicado para esta afección.

En los años 50, Fisher propone el concepto de cáncer de mama como una enfermedad sistémica en la mayoría de los casos, cambiando la idea de Halsted de cirugía radical hacia una cirugía cada vez más conservadora que, asociada a la radioterapia y quimioterapia es considerada como el tratamiento quirúrgico más apropiado.

- Debe de ser siempre radical, lo que implica **escisión completa del tumor**, con margen de tejido sano alrededor.
- Un tratamiento quirúrgico **CORRECTO** disminuye el riesgo de recidiva local y mejora la supervivencia libre de enfermedad.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- CIRUGIA CONSERVADORA
 - Asociada a Radioterapia
- MASTECTOMIA

TRATAMIENTO CONSERVADOR

- **OBJETIVO:**
 - Estética correcta, manteniendo una adecuada simetría con la mama contralateral.
 - Precisa tratamiento Radioterápico adyuvante
 - Depende de la relación tamaño tumoral / volumen mamario.

MASTECTOMIA

- Cuando esté contraindicada la radioterapia.
- Tumores multicéntricos.
- Microcalcificaciones dispersas
- Deseo de la paciente.
- Imposibilidad de márgenes negativos tras una reescisión de los mismos.

La biopsia selectiva de ganglio centinela es a día de hoy el método estándar de estudio axilar en pacientes con carcinoma de mama sin evidencia radiológica ni clínica de afectación axilar. Se puede asociar tanto a cirugía de conservación mamaria como a mastectomía.

• **RADIOTERAPIA**

- **OBJETIVO TRAS CIRUGIA CONSERVADORA**
- Erradicar focos microscópicos de tumor que pudiera quedar tras la cirugía conservadora.
- Irradiación homogénea de toda la glándula mamaria 50 Gy sobre toda la mama y posterior sobreimpresión de 10-15 Gy en lecho tumoral (boost).
- **TRAS MASTECTOMIA**
 - En tumores grandes (más de 5 cm) .
 - Importante afectación axilar (4 ó más ganglios afectados).
 - Bordes afectados tras mastectomía.

• **HOMONOTERAPIA**

En pacientes con receptores hormonales positivos. Si es premenopausica tamoxifeno. Si es mujer postmenopausa se opta por inhibidores de aromatasa.

• **QUIMIOTERAPIA**

En pacientes con RH negativos, Her 2 positivo (se asocia trastuzumab) o afectación ganglionar.

En resto de pacientes a valorar en función de otros parámetros de riesgo (edad, factores pronósticos inmunohistoquímicos, comorbilidad o plataformas genéticas....)

CARCINOMA DE MAMA HEREDOFAMILIAR

Se denomina **cáncer de mama (CM) y ovario (CO) hereditario** al desarrollado como consecuencia de mutaciones en línea germinal de genes de susceptibilidad a cáncer de alta penetrancia como el **BRCA1 y el BRCA2**. También se han descrito otros genes de alta penetrancia asociado al cáncer de mama: p53 (Síndrome de Li-Fraumeni), PTEN (Síndrome de Cowden) y STK11 (Síndrome de Peutz-Jeghers), entre otros.

El modelo de predisposición genética que siguen los genes BRCA1 y BRCA 2 es de tipo autosómico dominante de alta penetrancia, en el que la herencia de una única mutación en alguno de estos genes confiere un riesgo elevado de desarrollar CM o CO a lo largo de la vida.

El riesgo acumulado de CM a los 70 años es del 57% para portadoras de la mutación en BRCA 1 y del 49% en BRCA 2. En cuanto al CO se estima un riesgo acumulado a los 70 años del 40% para portadoras de la mutación en BRCA 1 y del 18% en BRCA 2.

El riesgo relativo estimado de CM presenta un pico máximo a la edad de 35-40 años y luego desciende a medida que la edad va incrementándose.

El riesgo de padecer CO empieza a incrementarse a partir de los 40 años en BRCA 1 y a partir de los 50 en BRCA 2.

Para seleccionar el candidato para el primer estudio genético, en caso de haber varios candidatos vivos será el siguiente:

1. Mujer diagnosticada de CO
2. Mujer diagnosticada a edad más precoz
3. Mujer diagnosticada de CM bilateral
4. Hombre diagnosticado de CM.

Los criterios de indicación de estudio genético de los genes BRCA1 y BRCA 2, debido a la alta probabilidad de detectar una mutación son:

Familias con un único caso de CM

- CM diagnosticado antes de los 30 años, o
- CM primario bilateral antes de los 40 años (al menos uno de los tumores)
- Un CM y un CO (sincrónico o metacrónico) en la misma paciente.

Familias con dos casos en familiares de primer grado* (madres, hijas o hermanas*)

- Dos casos de CM o CM bilateral, al menos uno diagnosticado antes de los 50 años.
- Dos o más casos de CO (independientemente de la edad)
- Un CM y un CO en dos familiares (independientemente de la edad)



- Un caso de CM en varón y otro de CM/CO en mujer (independientemente de la edad)

Familias con tres o más casos afectados por CM, al menos dos en familiares de primer grado.

Las estrategias reductoras de riesgo incluyen vigilancia intensiva, cirugías reductoras de riesgo y quimioprevención.

El responsable de vuestra rotación durante esta semana es el Dr. Julio Moreno. Forman parte de la sección y colaboran activamente en vuestra docencia varias compañeras: Dra. Mellado, Dra. Ajuriagogeaskoa, Dra. Muñoz y Dr. Urones. La rotación comienza a las 8 de la mañana, cuando la enfermera de la consulta realiza las curas de los drenajes de las pacientes operadas recientemente y dadas de alta. Os recomendamos seguir las instrucciones de los compañeros de la Sección de Mama para aprovechar al máximo los 5 días de rotación.