

El clínico y el cáncer de mama

The clinician and the breast cancer

Germán Valenzuela-Rodríguez

El cáncer de mama es una enfermedad frecuente, con un gran impacto emocional sobre las (los) pacientes y sus familias. Además, posee un elevado costo sanitario.

En el Perú se han reportado 2012 egresos hospitalarios y 1 278 defunciones por cáncer de mama en el año 2011. Así mismo, una tasa ajustada de mortalidad (defunciones por 100 000) de 4.5.¹

En términos de economía de la salud, esta neoplasia tiene una carga de 31 888 años de vida saludables perdidos (AVISA) y 16 937 años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) considerando los datos publicados en el año 2009.¹

Las recomendaciones para el despistaje o *screening* de cáncer de mama según las guías, comienzan a los 40 años de edad según la Sociedad Americana de Cáncer, asumiéndose un control mamográfico bianual como recomendación adicional. Sin embargo, las recomendaciones para pacientes menores de 40 años o mayores de 75 son escasas, pues generalmente estos grupos poblacionales son excluidos de los estudios clínicos.²

Adicionalmente, se recomienda el auto-examen mamario, el cual permite la detección de lesiones de tamaño pequeño, pero pudiendo incrementar un mayor número de falsos positivos y de sus pruebas relacionadas, sin reducción de la mortalidad. Sin embargo, el examen mamario realizado por un médico clínico es una herramienta diagnóstica poderosa y complementaria.²

Como métodos adicionales, útiles en el campo del diagnóstico por imágenes, se tiene a la mamografía simple, la mamografía digital, la tomosíntesis digital, la resonancia magnética, el ultrasonido y la mamografía térmica digital de rayos infrarrojos.² En Perú, algunas de estas técnicas se utilizan más frecuentemente que otras.

Desde el punto de vista epidemiológico y considerando el diagnóstico por imágenes, se han identificado algunas subpoblaciones especiales como las pacientes con “mamas densas”, las pacientes portadoras de mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 y aquellas con riesgo de cáncer mayor de 20 %, en las cuales las estrategias de detección y seguimiento son individualizadas.²

Vale la pena enfatizar que las pacientes deberían recibir información sobre los beneficios, protocolos, posibles eventos adversos (dolor por ejemplo) y las limitaciones (falsos positivos y negativos) de cada prueba diagnóstica.²

Desde el punto de vista molecular, los cánceres de mama se clasifican mediante la presencia o ausencia de tres biomarcadores: RE, RP y HER-2 en Luminal A, Luminal B, HER-2 positivo y basal-símil. Considerando esta clasificación, es posible predecir la respuesta a algunas terapias médicas como las endocrinas, a la quimioterapia, a la quimioterapia que contiene antraciclinas, y al uso de biológicos como trastuzumab.³

El tratamiento quirúrgico por otro lado, considera distinciones entre carcinoma ductal *in situ* y el carcinoma invasor. En los últimos años, sin embargo, se pueden elegir algunos métodos quirúrgicos más conservadores, asociados a la radioterapia, que incluyen inclusive cirugía de reconstrucción mamaria.^{3,4}

*Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna
Magíster en Economía de la Salud y del Medicamento
Editor Asociado Revista SPMI

Para el caso de los tumores HER-2 positivos, el uso de terapia anti-HER-2 con trastuzumab, pertuzumab, lapatinib, solos o combinados, debe ser planteada precozmente, salvo que existan contraindicaciones para su uso. Sin embargo, el costo del tratamiento de los fármacos innovadores debería ser reconsiderado en las guías o protocolos de tratamiento nacionales agregando cálculos farmacoeconómicos con datos locales dado que estos fármacos podrían no ser costo-efectivos, como lo demuestra una reciente publicación que incluyó datos peruanos: el precio de venta de trastuzumab es 1981 dólares versus el precio de venta de trastuzumab para ser costo-efectivo de 260 dólares.⁵

Tomando en consideración todas estas variables, las series de casos del doctor Alarcón-Rozas son muy

importantes, pues muestran “nueva” evidencia para esquemas terapéuticos “algo conocidos”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Análisis de la situación de cáncer en el Perú 2013. Ministerio de Salud del Perú.
2. Fuller MS, Lee CI, Elmore JG. Breast cancer screening: an evidence-based update. *Med Clin N Am.* 2015;99:451-458.
3. Torres S, Acevedo JC, Aguirre B, Aliaga N, Cereceda L, Dagnino B. Estado del arte en el diagnóstico y tratamiento del cancer de mama. *Rev Med Clin Condes.* 2013;24(4):588-609.
4. Kusminsky RE. Can we cure breast cancer? *Am J Surg.* 2015;1-3.
5. Pichion-Rivière A, Ulises-Garay O, Augustovski F, Vallejos C, Huayanay L, Navia-Bueno MP, Rodriguez A, Coelho de Andrade CJ, Buendía JA, Drummond M. Implications of global pricing policies on access to innovative drugs: the case of trastuzumab in seven Latin American countries. *Int J Technol Assess Health Care.* 2015;31:2-11.