



Boletín informativo



Av. Angamos Este N° 2520 Of. 222 - Surquillo
Teléfono: 201 6500 anexo 2244
sociedadperuanademastologia@gmail.com
spmsecretaria@gmail.com
www.mastologiaperu.org

Colaboradores:

- Dr. Hugo Fuentes Rivera
- Dra. Zaida Morante Cruz
- Dra. Silvia Neciosup Delgado
- Dr. Carlos Castañeda Altamirano



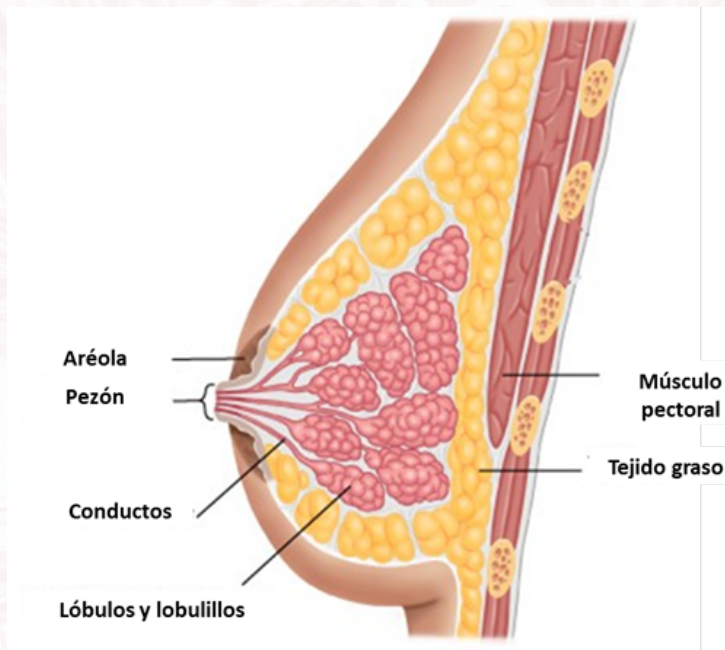
¿Que es el cáncer de mama?

Lo que usted necesita saber

La mama

En el interior de los senos hay 15 o 20 secciones llamadas lóbulos. Cada lóbulo está formado por partes más pequeñas llamadas lobulillos, estos contienen grupos de pequeñas glándulas que pueden producir leche.

Luego del parto, la leche fluye desde los lobulillos al pezón, por unos tubos delgados llamados conductos. El espacio entre los lobulillos y los conductos está lleno de grasa y de tejido fibroso de sostén.



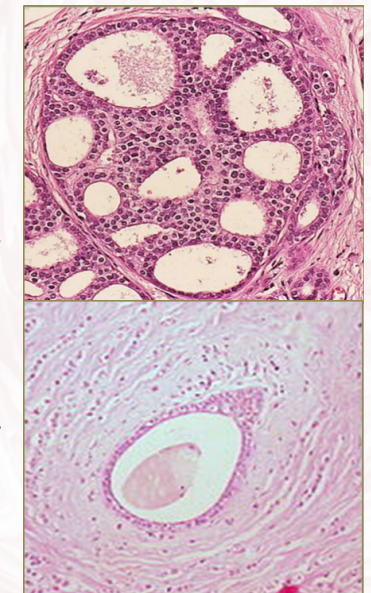
El proceso del cáncer de mama

El cáncer empieza en las células, las cuales son las unidades básicas que forman los tejidos y órganos del cuerpo, incluidos las mamas. Las células normales crecen y se dividen para formar células nuevas a medida que se necesitan. Cuando estas envejecen, o se dañan, mueren y son reemplazadas. Algunas veces, este proceso se descontrola, células nuevas se forman sin que el cuerpo las necesite, y células viejas o dañadas no mueren cuando deberían morir. Esto con frecuencia genera una masa de tejido que se llama bulto, masa o tumor.

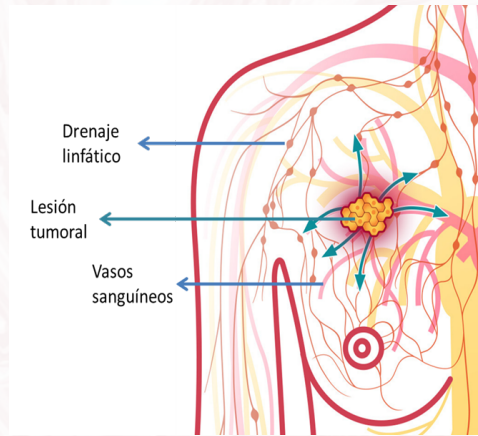
Los tumores en la mama pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos). Puede darse tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama en el varón es poco común (1% de todos los cánceres de mama).

Las células cancerosas de la mama pueden diseminarse al desprenderse de un tumor, viajar por los vasos sanguíneos o por los vasos linfáticos para llegar a otras partes del cuerpo y pueden adherirse a otros tejidos y crecer para formar nuevos tumores que pueden dañar esos tejidos.

Cuando el cáncer se disemina a otra parte del cuerpo, el nuevo tumor tiene la misma clase de células que el primario (original). Por ejemplo, si el cáncer de mama se disemina al pulmón,



las células cancerosas en el pulmón son células cancerosas de mama. La enfermedad en este caso se denominaría cáncer metastásico de mama, no cáncer de pulmón. Por ese motivo, recibiría tratamiento como cáncer de mama y no como cáncer de pulmón.



¿Es frecuente el cáncer de mama?

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de América. En el Perú la incidencia es variable, siendo el Lima el cáncer más frecuente en mujeres, al igual que en los departamentos con mayor desarrollo.

Se produce con más frecuencia en mujeres de edad avanzada, pero uno de cada cuatro se diagnostica en mujeres menores de 50 años. El número de casos que se diagnostica en mujeres de menos de 35 años de edad no alcanza el 5 %.

Tipos de cáncer de Mama

El tipo más común de cáncer de mama es el carcinoma ductal, casi 7 de cada 10 mujeres tienen este tipo de cáncer, empieza en las células que revisten los conductos de la mama.

El segundo tipo más común es el carcinoma lobulillar, se presenta en aproximadamente en 1 de cada 10 mujeres con cáncer de mama, empieza en un lobulillo del seno.

Otras mujeres tienen una mezcla de los tipos de carcinoma ductal y lobulillar o tienen un tipo poco frecuente de cáncer de mama.

¿Qué causa el cáncer de Mama?

Hoy en día, no está claro por qué se produce el cáncer de mama. Se han identificado algunos factores de riesgo, pero estos no son suficientes ni necesarios para causar el cáncer. Algunas mujeres con estos factores de riesgo nunca desarrollarán cáncer de mama y otras mujeres sin ninguno de ellos desarrollarán cáncer de mama.

La mayoría de los cánceres de mama necesitan estrógenos para desarrollarse; es decir, sin los estrógenos dejan de crecer o crecen más despacio. De ahí que, con algunas excepciones, los factores de riesgo para el cáncer de mama estén ligados a los estrógenos.

Los principales factores de riesgo para el cáncer de mama en mujeres son:

- **Envejecimiento:** el riesgo aumenta a medida que las mujeres se hacen mayores.
- **Genes:** mutaciones de ciertos genes que son heredados de la madre o el padre aumentan el riesgo de cáncer de mama, estos genes anormales causan menos del 10 % de los cánceres de mama.
- **Antecedentes familiares de cáncer de mama:** tener un familiar de primer grado que ha tenido un cáncer de mama aumenta el riesgo de tener cáncer de mama, especialmente si este familiar tenía menos de 45 años al diagnóstico. Cuando varios miembros de la familia se han visto afectados por cáncer de mama y/o de los ovarios a una edad joven, debe sospecharse que existe una predisposición genética.
- **Antecedentes personales de cáncer de mama:** haber tenido cáncer de mama aumenta el riesgo de tener un nuevo cáncer de mama.
- Exposición a estrógenos y progesterona a lo largo de la vida:
 - Las mujeres que han tenido períodos menstruales que comenzaron antes de los 12 años y que terminaron después de los 55 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.
 - Las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.
- **Factores geográficos y sociales:** las mujeres que viven en países occidentales y con un nivel de educación superior tienen un mayor riesgo de cáncer de mama.

- Uso de fármacos que contienen estrógenos y progesterona:
 - El uso de la píldora anticonceptiva, especialmente antes del primer embarazo aumenta el riesgo de cáncer de mama. El riesgo que causa tal medicación ya no está presente luego de dejar de tomarlo por 10 años.
 - El uso de terapia de reemplazo hormonal después de la menopausia aumenta el riesgo de cáncer de mama. Este riesgo disminuye luego de dejar tomar dichos medicamentos por 5 años.
- Radioterapia de la mama/tórax durante la niñez o adolescencia.
- Sobrepeso y obesidad: aumenta el riesgo de tener cáncer de mama especialmente después de la menopausia.
- Consumo de alcohol y tabaquismo.

¿Cómo se diagnostica el cáncer de mama?

Puede sospecharse en diferentes circunstancias: resultado positivo de una mamografía de control (tamización), el descubrimiento por autoexamen de una masa en la mama, cualquier alteración observada en la piel de la mama, o salida de líquido de el pezón.

El diagnóstico del cáncer de mama se basa en los siguientes tres exámenes:

1. Examen clínico. La exploración médica de las mamas y de los ganglios linfáticos cercanos incluye la inspección y la palpación.
2. Examen radiológico. Esto incluye la toma de radiografías

(mamografía) y ecografías de las mamas y ganglios linfáticos contiguos. Puede ser necesario utilizar resonancia magnética de la mama en algunas pacientes.

3. Examen histopatológico. Es la exploración de laboratorio del tejido de la mama y del tumor después de extirpar una muestra del tumor, proceso que se denomina biopsia. Este examen de laboratorio confirmará el diagnóstico de cáncer de mama y dará más información sobre las características del cáncer. Se realizarán pruebas de receptores de hormonas y prueba del HER2.

Pruebas de estadificación

Las pruebas de estadificación pueden mostrar el cáncer se han diseminado a otras partes del cuerpo.

Su médico necesita saber el estadio o la etapa (extensión) del cáncer para ayudarle a elegir el mejor tratamiento. Las pruebas de estadificación pueden incluir:

- Biopsia de ganglios linfáticos: Los cirujanos usan un método llamado biopsia de ganglio linfático centinela para extirpar el ganglio linfático con mayor probabilidad de tener células cancerosas. Si no se encuentran células cancerosas en el ganglio centinela, se podrá evitar que se extirpen más ganglios linfáticos a la mujer.
- Tomografía computarizada (TC): Una máquina de rayos X conectada a una computadora toma una serie de imágenes detalladas de su pecho y/o de su abdomen. Es posible que le administren material de contraste por vía oral o por endovenoso.

- Resonancia magnética (RM): Un imán potente es conectado a una computadora para generar imágenes detalladas de su pecho, de su abdomen o de su cerebro.
- Gammagrafía ósea: Se inyecta una pequeña cantidad de sustancia radiactiva en una vena. Un escáner crea imágenes de los huesos. Las imágenes pueden mostrar si el cáncer que se ha diseminado a los huesos.
- Tomografía por emisión de positrones (PET): Se inyectará una pequeña cantidad de azúcar radiactivo. Las células cancerosas aparecen más brillantes en la imagen porque absorben azúcar con más rapidez que las células normales.

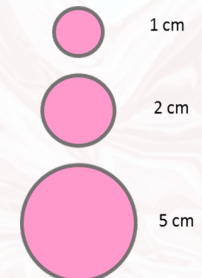
Estadios del cáncer de mama

El estadio o etapa del cáncer de mama depende del tamaño del tumor y si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo.

Los médicos describen los estadios del cáncer de seno mediante el uso de los números romanos 0, I, II, III y IV y de las letras A, B y C.

Un cáncer en estadio I es la etapa inicial y un cáncer en estadio IV es cáncer avanzado que se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Estadio 0 es un carcinoma in situ. En el carcinoma ductal in situ (CDIS), hay células anormales que no han invadido el tejido de seno cercano ni se han diseminado fuera del conducto. Estadio pre invasivo.



Estadio	Definición
Estadio 0	Las células anómalas continúan contenidas en el conducto en el que aparecieron en un principio.
Estadio I	El tumor mide menos de 2 cm y pueden encontrarse pequeños grupos de células cancerosas en los ganglios linfáticos. El cáncer de mama de estadio I se divide en los estadios IA y IB.
Estadio II	El tumor mide menos de 2 cm y se ha extendido a los ganglios linfáticos en la axila o el tumor mide entre 2 cm y 5 cm de diámetro, pero no se ha extendido a los ganglios linfáticos en la axila. El cáncer de mama de estadio II se divide en los estadios IIA y IIB.
Estadio III	El tumor puede tener cualquier tamaño, pero: <ul style="list-style-type: none"> - se ha extendido a la pared torácica y/o la piel de la mama - se ha extendido a por lo menos 10 ganglios linfáticos en la axila o los ganglios linfáticos en la axila están unidos entre sí o a otras estructuras - se ha extendido a los ganglios linfáticos cerca del esternón (tórax óseo). - se ha extendido a los ganglios linfáticos debajo o encima de la clavícula El cáncer de mama de estadio III se divide en los estadios IIIA, IIIB, y IIIC
Estadio IV	El cáncer se ha extendido a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, pulmones, hígado o cerebro. Dichos depósitos tumorales distantes se denominan metástasis*.

Tratamiento

El tratamiento que es mejor para una paciente puede no ser el mejor para otra, esto depende principalmente de:

- El estadio del cáncer,
- Si el tumor tiene (o no) receptores de hormonas,
- Si el tumor tiene (o no) sobre expresión de la proteína HER2,
- El estado general de salud.

Además, el plan de tratamiento depende de:

- El tamaño del tumor en relación con el tamaño de su seno
- Si ha pasado (o no) por la menopausia

Plan de tratamiento para el cáncer invasivo (Estadio I a III)

Un cáncer invasivo se ha extendido fuera del conducto (carcinoma ductal invasivo) o fuera del lóbulo (carcinoma lobular invasivo). El tratamiento atacará al cáncer localmente, así como a las células cancerosas que hayan podido diseminarse por todo el cuerpo.

En la mayoría de los casos, el tratamiento consistirá en cirugía, radioterapia y terapia sistémica. El tratamiento puede incluir hormonoterapia, quimioterapia o terapia dirigida contra HER2.

Para tumores de más de 2 cm de diámetro, se prefiere en ocasiones la utilización quimioterapia previo a la cirugía, esto puede facilitar el tratamiento local y permitir la conservación de la mama. La operación quirúrgica suele venir precedida de quimioterapia en la mayoría de los casos de cáncer en estadios IIIA y IIIB. Esto se denomina quimioterapia neoadyuvante.

Terapia sistémica

El objetivo de la terapia sistémica es actuar sobre las células cancerosas que pudieran haber alcanzado otras partes del cuerpo.

Las características del tumor identificado por el análisis de patología resultan esenciales para decidir qué tratamiento o combinación de tratamientos son más adecuados. Estas características tumorales incluyen el tamaño del tumor, tipo histológico, grado, márgenes de resección, número de ganglios linfáticos afectados, estado de los receptores hormonales, estado de HER2. La edad, el estado respecto a la menopausia y problemas médicos son factores importantes para tomar una decisión informada sobre el tratamiento sistémico adyuvante.

Terapia hormonal

La elección de la terapia de bloqueo hormonal se basa en el estado menopáusico de la paciente y consiste en la aplicación independiente o en la combinación de dos de los siguientes tratamientos:

- Un fármaco denominado tamoxifeno, se indica tanto en pacientes pre- como posmenopáusicas, o
- Un fármaco de la familia de los inhibidores de la aromatasa como anastrozol, exemestano o letrozol.

- Un fármaco de la familia de los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina, o
- Ooforectomía, la extirpación de los ovarios en mujeres premenopáusicas.

Para pacientes en quienes la menopausia todavía no ha comenzado (pacientes premenopáusicas), los tratamientos habituales son tamoxifeno, o la combinación de ooforectomía bilateral o un fármaco de la familia de los análogos hormonales liberadores de gonadotropina y tamoxifeno.

En pacientes posmenopáusicas, se prefiere utilizar los inhibidores de la aromatasa o tamoxifeno. Las pacientes tratadas con inhibidores de la aromatasa tienen un riesgo elevado de padecer osteoporosis. Esto debe contrarrestarse con ingesta de calcio y vitamina D. Hay otras exploraciones, como la medición de la densidad mineral ósea y tratamientos, como los bifosfonatos, disponibles para combatir la osteoporosis.

El tamoxifeno aumenta ligeramente el riesgo de formación de coágulos de sangre y se debe interrumpir si está previsto realizar una intervención quirúrgica.

Quimioterapia

La quimioterapia para el cáncer de mama en estadio temprano consiste en la combinación de dos o tres fármacos que se administran conforme a un protocolo preciso. Para el cáncer de mama, el tratamiento suele administrarse durante 4 a 8 ciclos por un período de 3 a 6 meses.

No hay una sola combinación de fármacos, pero se recomienda una combinación de antraciclínicos y un taxano. La evaluación de la función cardíaca resulta importante antes de la administración del tratamiento con antraciclínicos. Sin embargo, existen regímenes sin antraciclínicos que han demostrado ser igual de efectivos.



Terapia dirigida contra HER-2

Para los casos de cáncer positivos para HER2 (prueba IHC resultado «3+» o las pruebas FISH o CISH obtienen un resultado «positivo/amplificado»), se usan tratamientos dirigidos contra HER2. El trastuzumab es un fármaco efectivo en pacientes con tumores positivos para HER2. La duración estándar recomendada del tratamiento adyuvante con trastuzumab es de 1 año.



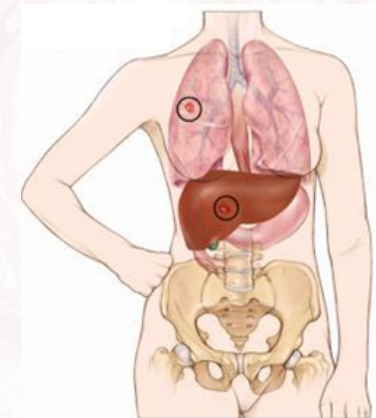
El trastuzumab no puede administrarse a pacientes cuyo funcionamiento cardíaco es anómalo, es por ello que se debe de evaluar la función cardíaca previo al uso de este fármaco.

Plan de tratamiento para cáncer metastásico (Estadio IV)

Un cáncer de mama metastásico se ha extendido a otras partes del cuerpo. Las localizaciones más frecuentes de las metástasis en el cáncer de mama son los huesos, el hígado, el pulmón y el cerebro. Puesto que las células tumorales se han diseminado a otras partes del cuerpo, la terapia sistémica es el pilar del tratamiento.

Para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama metastásico:

- El objetivo principal del tratamiento es mantener o mejorar la calidad de vida. Debe ofrecerse a las pacientes atención psicológica, social y de apoyo.
- Deben hablarse con la paciente y su familia los objetivos realistas del tratamiento y debe animarse a la paciente a que tome parte activa en todas las decisiones. Las preferencias de la paciente deben tenerse siempre en cuenta, incluyendo sus preferencias sobre los aspectos prácticos del tratamiento.



Terapia sistémica

El objetivo de la terapia sistémica es actuar de forma simultánea sobre las células cancerosas en diversos órganos afectados por la enfermedad. Las opciones de terapia sistémica son: hormonoterapia, quimioterapia y terapia dirigida contra HER2, junto con otros agentes biológicos. Si se usa quimioterapia, su composición y duración debe adaptarse a cada paciente individualmente.

Terapia hormonal

La hormonoterapia es el tratamiento de elección para las pacientes con cáncer de mama metastásico que responde a las hormonas (ER+ y/o PR+). La elección de hormonoterapia depende del estado de menopausia y de la hormonoterapia anterior administrada. Esto se deberá de discutir con su médico oncólogo para recibir tratamiento de forma individualizada.

El cáncer cambia con el tiempo y es posible que un cáncer ER+ se convierta en ER- o que uno ER+ se vuelva resistente a hormonoterapia. Debe ofrecerse la administración de quimioterapia o la participación en ensayos clínicos a las pacientes con evidencia clara de resistencia a la hormonoterapia.

Terapia dirigida contra HER2

La terapia dirigida contra HER2 como el trastuzumab, pertuzumab debe ofrecerse en las etapas tempranas a todas las pacientes con enfermedad metastásica positiva para HER2, junto con la quimioterapia, la hormonoterapia, según corresponda. Si el cáncer continúa extendiéndose y progresando mientras se trata a la paciente con trastuzumab, puede continuarse con otras terapias biológicas según la elección y análisis de su oncólogo.

Quimioterapia

La quimioterapia debe ofrecerse a:

- Las pacientes que presentan tumores de crecimiento rápido que afectan a los órganos vitales (por ejemplo, amplia afectación del hígado) donde es necesaria una respuesta inmediata al tratamiento sistémico.
- Pacientes con cánceres que no son sensibles a las hormonas y son HER2 negativo. Tales tipos de cáncer se denominan triple negativos (ER-, PR- y HER2-), y la principal opción de tratamiento para ellos es la quimioterapia.

Con mucha frecuencia se prefiere la quimioterapia con un único fármaco a una combinación de fármacos, porque se asocia con una mejor calidad de vida sin reducción de la duración de la supervivencia. La duración de la quimioterapia debe adaptarse para cada paciente.

En general en pacientes con tumores triple negativos las metástasis son más frecuentes y la progresión de la enfermedad más rápida, por lo tanto debe ofrecerse una combinación de fármacos.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios del tratamiento?

En la quimioterapia

Los efectos secundarios de la quimioterapia se producen con mucha frecuencia. Dependerán de los fármacos administrados, las dosis y los factores individuales. Si ha sufrido otros problemas (como problemas cardíacos) antes, deben tomarse algunas precauciones o adaptarse el tratamiento. La combinación de fármacos suelen provocar más efectos secundarios que el uso de un solo fármaco.

Los efectos secundarios más frecuentes son la caída de cabello y la reducción de la cantidad de glóbulos sanguíneos. Este último efecto puede resultar en anemia, hemorragias e infecciones. Una vez terminada la quimioterapia, el cabello vuelve a crecer y la cantidad de glóbulos sanguíneos vuelve a la normalidad.

Otros efectos secundarios son:

- reacciones alérgicas, como enrojecimiento y sarpullido
- problemas nerviosos que afectan a las manos y/o pies (neuropatía periférica) que pueden provocar sensación de hormigueo en la piel, entumecimiento y/o dolor
- pérdida temporal de la vista o cambios en ella
- zumbidos en los oídos o cambios en la audición
- hipotensión
- náuseas, vómitos y diarrea
- inflamación de la mucosa de la boca
- pérdida del sentido del gusto
- falta de apetito
- frecuencia cardíaca lenta
- deshidratación
- cambios leves en las uñas y la piel (que desaparecen pronto)
- hinchazón e inflamación dolorosas en el lugar de la inyección
- dolor muscular o articular
- convulsiones
- cansancio

Pueden producirse otros efectos secundarios más graves, aunque menos frecuentes. Estos incluyen accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio y daños al funcionamiento de riñones e hígado, incluso la muerte.

Cualquiera de estos síntomas debe comunicarse a un médico.

Para las mujeres más jóvenes que no han llegado a la menopausia, algunos fármacos usados en quimioterapia pueden producir menopausia precoz al detener la producción de hormonas por parte de los ovarios. Por consiguiente, pueden presentar síntomas de la menopausia, que incluyen: carencia de menstruación, bochornos, sudores, cambios súbitos de humor y sequedad vaginal. También puede verse afectada la fertilidad.

La mayoría de los efectos secundarios de la quimioterapia pueden tratarse. Por lo tanto, es importante hablar con el médico o enfermera/o sobre cualquier molestia que pudiera sentir.

Con la terapia hormonal

Los efectos secundarios de la hormonoterapia son muy frecuentes. Dependen de los fármacos administrados, pero todos comparten los mismos efectos secundarios.

Para mujeres pre-menopáusicas, el primer objetivo de una hormonoterapia es suprimir el funcionamiento de los ovarios, bien extirpándolos o mediante la acción de un fármaco (análogos de la hormona liberadora de la gonadotropina). Esto llevará a síntomas de la menopausia, como bochornos, sudores, cambios súbitos de humor y sequedad vaginal. Y, por supuesto, se detendrá la menstruación.

A continuación se enumeran los principales efectos secundarios que comparten las hormonoterapias, estos se relacionan con cambios en la concentración o el efecto de las hormonas debido a la terapia.

En general, los beneficios de la hormonoterapia superan sus riesgos, para casi todas las mujeres:

- Sofocos y sudores (muy frecuentes, especialmente con Tamoxifeno)
- Sequedad o descargas vaginales
- Dolores musculares y articulares (especialmente con los inhibidores de la aromataasa)
- Cambios de humor
- Fatiga
- Náuseas
- Reducción del interés en las actividades sexuales.

La mayoría de los fármacos producen efectos sobre los huesos y pueden derivar en osteoporosis. Por consiguiente, es de gran importancia una ingesta suficiente de calcio y de vitamina D, además de una evaluación de la densidad ósea mediante exploración radiológica.

El tamoxifeno puede aumentar el riesgo de aparición de cáncer en el cuerpo del útero para las mujeres que toman este fármaco después de la menopausia. Toda hemorragia vaginal después de la menopausia debe comunicarse a un médico, incluso si en su mayoría no se deban a cáncer de útero.

Efectos secundarios de las terapias biológicas dirigidas

Trastuzumab

Los efectos secundarios del trastuzumab son más limitados que los de la quimioterapia. El trastuzumab provoca con frecuencia reacciones alérgicas que van de escalofríos, fiebre y posiblemente sarpullido con prurito, sensación de malestar, falta de aire y cefalea, hasta enrojecimiento del rostro y desmayos.

El trastuzumab puede provocar daños en el corazón, incluso insuficiencia cardíaca. Debe tenerse cuidado si se administra a pacientes que ya presentan problemas cardíacos o hipertensión arterial, y debe vigilarse a todas las pacientes durante el tratamiento para comprobar el estado cardíaco.

Cuidados luego del tratamiento

No es inusual experimentar síntomas relacionados con el tratamiento una vez que este ha finalizado.

- No es raro que se produzcan problemas de ansiedad, trastornos del sueño o depresión en la fase posterior al tratamiento; las pacientes que sufran estos síntomas pueden necesitar ayuda psicológica.
- Problemas de memoria, dificultades para concentrarse no son efectos secundarios raros de la quimioterapia y son generalmente reversibles en unos pocos meses.
- Las mujeres jóvenes pueden tener una menopausia prematura a causa de la quimioterapia con cambios de humor, aumento de peso,

bochornos (golpes de calor), dolor articular o trastornos del sueño. La manera en la que estos síntomas pueden ser tratados debe ser discutida con su médico.

Seguimiento con los médicos

Tras haberse completado el tratamiento, los médicos propondrán un seguimiento para:

- detectar una posible recurrencia tan pronto como sea posible.
- detectar una posible aparición de cáncer en la otra mama.
- evaluar y tratar los efectos adversos del tratamiento anterior.
- proporcionar apoyo psicológico e información para mejorar la vuelta a la vida normal.

Las visitas de seguimiento con el oncólogo deben incluir:

- Recopilación del historial clínico, obtención de síntomas y examen físico.
- En todas las mujeres se recomienda efectuar todos los años una mamografía de la mama afectada, si no se realizó una mastectomía y así como también de la otra mama.
- No es necesario efectuar ninguna exploración radiológica ni análisis de sangre si la paciente no presenta síntomas.

Es importante saber que el aumento de peso afecta al pronóstico negativamente y debe frenarse; si fuese necesario, se recomendará asesoramiento nutricional. Una actividad física regular a largo plazo de intensidad moderada a fuerte está asociada a un pronóstico favorable. Los ejercicios aeróbicos y el levantamiento de pesas no afectan negativamente al desarrollo del linfedema.

Retorno a la vida normal

Puede ser difícil vivir con la idea de que el cáncer puede volver. Basándonos en lo que se sabe actualmente, evitar el aumento de peso y la práctica regular de actividad física podrían reducir el riesgo de recurrencia después de terminar el tratamiento. También se recomienda encarecidamente a las fumadoras que dejen de fumar, lo cual deberían hacer con ayuda de especialistas en la materia.

Como resultado del propio cáncer y del tratamiento, el retorno a la vida normal puede no ser fácil para algunas personas. Pueden provocar algunos aspectos relacionados con la imagen corporal, la sexualidad, la fatiga, el trabajo, las emociones o el estilo de vida.

¿Qué pasa si el cáncer regresa?

Si el cáncer regresa, se denomina una recurrencia o recidiva; y el tratamiento depende de su extensión. En general ocurre en hasta el 30% de los pacientes con cáncer de mama temprano y será mayor si existe compromiso de ganglios al debut. Si la recurrencia es la misma área de la mama y los ganglios linfáticos implicados la primera vez, debe ser tratado como un nuevo cáncer. Siempre se recomienda comprobar que no existen metástasis en pulmones, hígado ni huesos, usando exploraciones radiológicas.

Para cánceres que se consideran inoperables en el momento de la recurrencia de la enfermedad, la primera elección es la terapia sistémica para reducir el tamaño del tumor y volverlo operable, si es posible.

En relación con la quimioterapia, se debe considerar y analizar un gran número de factores antes de tomar una decisión de tratamiento, incluyendo la agresividad del tumor, los tratamientos recibidos anteriormente; y el bienestar general y las preferencias de la paciente.

Si el cáncer volviese a aparecer como un cáncer metastático, debe ser tratado como se explicó previamente. En este caso y siempre que sea posible, debe hacerse una biopsia de la metástasis y debe someterse a un examen de patología.

Puede evitarse una biopsia de la metástasis si el procedimiento es demasiado arriesgado, si el tiempo transcurrido entre el primer diagnóstico y la aparición de la metástasis es corto (no más de 2 años), o si los resultados de la nueva biopsia no cambiarán el plan de tratamiento.