

VIII Congreso Internacional de Ecografía Mamaria

Estimado director:

Recientemente visité Heidelberg con motivo del 8th International Congress on the Ultrasonic Examination of the Breast. Nuestra representación (española) fue minoritaria y he considerado interesante realizar un breve resumen de lo acontecido en dicho Congreso para poder participar, con el resto de compañeros de la Sociedad que no pudieron acudir por diversos motivos, los puntos más significativos del mismo.

Los días 2, 3 y 4 de julio del presente año se ha celebrado en la ciudad alemana de Heidelberg, famosa por su castillo y secular universidad, a orillas del Rhin, el VIII Congreso Internacional de Ecografía Mamaria, bajo la presidencia del profesor Joachim Teubner.

La lista de invitados, encabezada por Tabàr, Sicles, Lanyi, Cosgrove, Fornage..., aseguraba el nivel científico que las diversas conferencias, mesas redondas y debates debían deparar.

Tras un pequeño preámbulo, Laszlo Tabàr abría el ciclo de conferencias en la primera sesión para en tan sólo 20 minutos ofrecernos unas enseñanzas que no están al alcance más que de los privilegiados como él, basándose en su experiencia de más de 20 años de campaña de *screening* sistemático en su país. Tabàr versó sobre la importancia del tamaño del tumor en el factor pronóstico, independientemente de la afectación ganglionar y del tipo histológico del mismo. Sobre este punto fue interpelado por una bella doctora alemana, a propósito de la generalización histológica en cuanto al factor pronóstico, pero resolvió, con su habitual seguridad, afirmando que era resultado de un seguimiento de 12 años de campaña sistemática en Suecia y él lo considera cierto mientras otro estudio de rango similar o superior no demuestre lo contrario. Afirmó que los tumores inferiores a 10 mm tienen una supervivencia del 95% a los 12 años, independientemente de la posible afectación ganglionar y del tipo histológico del tumor; asimismo los tumores inferiores a 15 mm sin adenopatías o de grado 1 ó 2 también tienen una supervivencia a los 12 años superior al 90%. Ello, junto a la reducción del 30% en la mortalidad por cáncer de mama en la población estudiada, sugiere que podemos detener el progreso de dicha enfermedad y que el momento en que es detenida es crucial para su valor pronóstico.

Otros oradores han versado sobre la posibilidad

de la ecografía en los programas de *screening* de cáncer de mama. La mamografía se ha presentado en todas las conferencias como eje sobre el que pivota cualquier *screening*. La ecografía es más valorada que la exploración física o palpación como exploración complementaria de la mamografía. Y en situaciones difíciles para la mamografía, como las mamas densas o las lesiones de ubicación poco accesible a las habituales proyecciones mamográficas, la ecografía puede resultar decisiva tanto para el diagnóstico como para la actividad terapéutica.

El segundo tema a debate eran las posibles correlaciones entre la histopatología y la ecomorfología de las lesiones mamarias. Los estudios presentan las primeras intenciones en esta aproximación, pero ya señalan que con las nuevas sondas de > 10 MHz mejorará la caracterización de las lesiones, por lo que debemos esperar importantes avances en un corto espacio de tiempo.

La patología benigna fue un tema con aportaciones interesantes, cuya conclusión estuvo en la diferenciación entre las lesiones líquidas y sólidas no apreciable en los estudios radiológicos, como viene siendo habitual. Algunas aportaciones respecto a los cambios ecográficos apreciables en los tratamientos con danazol y bromocriptina apuntaron algún dato de interés, pero aún sin conclusiones definitivas.

Interesantes fueron las aportaciones de los hallazgos con Doppler color con reconstrucción tridimensional y resonancia magnética, pero su aportación práctica queda aún para un futuro cercano.

Los procedimientos intervencionistas ecoguiados ocuparon una parte importante de los debates, aportando cada cual su experiencia en punción con aguja fina o biopsia, todas similares, pero de las que siempre existe alguna experiencia o enseñanza importante que extraer.

Los criterios de malignidad ecográficos también fueron expuestos por importantes oradores, como el propio presidente del Congreso, profesor Joachim Teubner. Es interesante destacar el ordenado recordatorio de un artículo que el profesor Edward A. Sicles ya publicó en *Radiology* sobre las calcificaciones benignas y probablemente benignas en mamografía, que fue preámbulo de otra gran conferencia, ésta del profesor M. Lanyi, y que fue la única del

programa oficial pronunciada en alemán, interesantísima, sobre las microcalcificaciones malignas y el «clinging» carcinoma, que constituyó uno de los momentos de máxima audiencia y nivel y probablemente el más entrañable por tratarse de la personalidad más reconocida internacional e históricamente en la patología mamaria del país anfitrión.

Los criterios de malignidad y la detección de lesiones malignas en ecografía también deben mejorar en breve con la aplicación sistemática de los transductores de alta frecuencia y en consecuencia con lo que el profesor M. Teboul denomina ecografía de los conductos galactóforos (*ductal echography*). Las aportaciones que los japoneses, encabezados por el profesor E. Ueno, hicieron sobre sus progresos tecnológicos, cómo no, son realmente muy interesantes, recordando que ya en el Congreso de Rodas presentaron algunos trabajos de endoscopia galactofórica!

La caracterización de las lesiones ecográficas, aparte la conocida diferenciación sólido-líquido, se halla en la investigación de las propiedades elásticas o inelásticas de dichas lesiones. El doctor J. Ophir ha presentado la elastografía, método ciertamente complejo de estudio de la elasticidad de las lesiones mamarias. El profesor Teubner ya hace años que ha estudiado este punto en diversas ocasiones y ha presentado un trabajo en póster sobre el tema, y mi propia aportación al Congreso también versó sobre esta particularidad de las lesiones benignas, en contraposición a la inelasticidad o dureza de las lesiones malignas.

La posibilidad de algún contraste en ecografía (microburbujas) y las posibilidades de la ecografía en el seguimiento del cáncer ya tratado quirúrgica o radioterápicamente también merecieron un par de comunicaciones de cierto interés.

La sala de pósters mostró interesantes aportaciones sobre los temas ya expuestos en las comunicaciones.

La exposición tecnológica acentuó sus progresos en la definición de la imagen y la aportación de las nuevas sondas de 7,5, 10 y 13 MHz y las sondas de doble frecuencia de 7,5-10 y de 10-13 MHz, que ofrecen mejores y más ágiles imágenes del tejido mamario.

La aportación española fue escasa, pero por lo menos una conferencia estará reflejada en el libro «Breast Ultrasound Update», que a partir de las mejores aportaciones a dicho Congreso será editado en breve bajo la dirección del profesor H. Madjar de Freiburg.

De las condiciones tecnológicas de la sala de conferencias y la agilidad de los medios técnicos no sólo no hay que poner reparos, sino elogiarlos como merecen; fueron francamente sobresalientes. Y asimismo de la hospitalidad y educación con que todos fuimos atendidos por las diferentes personas de la organización del Congreso.

En suma, una importante iniciativa que tuvo gran aceptación entre el público alemán y cuyo futuro es de prever floreciente de la mano de los progresos tecnológicos de estos últimos años.

Manuel Salvador Tarrasón

Tasas de incidencia de cáncer de mama en hombres

Señor director:

En el cáncer de mama en hombres, que se distribuye de una manera constante y que representa el 1% del total de los cánceres de mama,¹ se ha intentado hallar factores de riesgo asociados, aunque por el momento no existe nada concluyente. Sin embargo, el diagnóstico precoz en personas que presentan

ginecomastia, telorragia o abultamiento anormal en alguna de las mamas, patología prostática y/o renal previa, así como signos de carácter generalizado de enfermedad, pueden hacer pensar y diagnosticar esta enfermedad.^{2,3,4}

Con este propósito se ha querido conocer cuál es la tasa de incidencia de cáncer de mama masculina en un área sanitaria, utilizando los datos existentes en el registro de cáncer de base hospitalaria, con funcionamiento de 5 años de antigüedad.

El área sanitaria III de Zaragoza comprende 300.000 habitantes y en ella existen 2 hospitales: el

Correspondencia: M. Bernal Pérez. Servicio de Medicina Preventiva, planta 13. Hospital Clínico Universitario. Avda. Gómez Laguna, s/n. 50009 Zaragoza.

Hospital Clínico Universitario, que actúa de hospital de referencia del área, y el Hospital de Calatayud, que es hospital comarcal. La zona consta de área rural y urbana, con dedicación agrícola fundamentalmente.

Se han revisado los casos de cáncer de mama en hombres existentes en el registro, que recoge todos los casos nuevos de cáncer diagnosticados en el área por ser hospital de referencia y por la característica del cáncer que requiere ser atendido tanto en diagnósticos como en tratamiento en un centro hospitalario.

En nuestros casos todos ellos están diagnosticados no sólo por la clínica, sino que les avala un diagnóstico anatomopatológico.

Los años revisados han sido desde 1989 hasta final de 1992.

Durante los 4 años se han observado 4 casos de cáncer de mama masculinas (CIE-O, 175) que representan una tasa de incidencia de 0,65 por 100.000 habitantes y una tasa ajustada de 0,4 por 100.000 habitantes.

Estas tasas están en línea con las descritas en otros países, tanto americanos como europeos.⁶ Las tasas más bajas se dan en el Japón,⁶ y curiosamente se han descrito las tasas más elevadas en el año 1989 en el registro de cáncer de Calvados (Francia).⁶

En los casos encontrados en el área se ha encontrado ginecomastia en el 70% de los casos, edad avanzada en el 100% (media de edad, 75 años, en tanto que la media de edad en cáncer de mama en mujeres es menor), antecedentes de patología prostática en 50% y aumento de los receptores estrogénicos

en el 100%. La localización fue siempre retroareolar y el diagnóstico anatomopatológico el de carcinoma ductal infiltrante (M-8500/3).

Entre los factores de riesgo relacionados con la profesión no figuró ninguno de los descritos por otros autores^{7,8} y la diferencia con el número de cánceres de mama femenina en el área es estadísticamente significativa ($p=0,0001$).

**M. Bernal Pérez, E. Gómez Tullén
y C. Martín Sierra**

REFERENCIAS

1. Davis SL, Barse F, Meoli FG. Male breast carcinoma: Clinical experience in a suburban community. *J Am Osteopath Assoc* 1992; 92:1005-1006, 1013-1016.
2. Dershaw DD, Borgen PL, Deutch BM, Lierman L. Mammographic findings in men with breast cancer. *Am J Roentgenol* 1993; 160: 267-270.
3. Olsson H, Andersson H, Johanson O, Moller TR, Kristoffersson U, Wenngren E. Population-based cohort investigations of the risk for malignant tumors in first-degree relatives in wives of men with breast cancer. *Cancer* 1993; 71: 1273-1278.
4. Thomas DB, Jiménez LM, McTiernan A, Rosenblatt K. Breast cancer in men: risk factors with hormonal implications. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 734-748.
5. Estructura demográfica de la ciudad de Zaragoza. Gabinete de estudios. Insalud. Zaragoza, 1991.
6. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL. Cancer in five continents. Vol. II. Cientific Publication, n.º 120. Lyon, 1992.
7. Matanoski GM, Breyse PN, Elliot EA. Electromagnetic field exposure and male breast cancer. *Lancet* 1991; 337-737.
8. Demers PA, Thomas DB, Rosenblatt KA. Occupational exposure to electromagnetic fields and breast cancer in men. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 340-347.

Nace la AMAMA, Asociación de Mujeres Andaluzas Mastectomizadas

Desde el pasado 18 de febrero existe legalmente (CIF G-18320739), y con ámbito de actuación en toda la comunidad autónoma andaluza, según sus Estatutos, la asociación de mujeres que por causa tumoral grave han tenido que ser intervenidas quirúrgicamente con amputación de 1 o los 2 senos.

El objetivo fundamental de esta Asociación —que evidentemente *no tiene ánimo de lucro*— es servir de *ayuda* a toda mujer que la necesite y la solicite. Esta ayuda se concreta en diversos aspectos, que

van desde la entrevista personal de una de las socias —que ya tiene la experiencia de años de mastectomía y que habiendo superado el «trance» puede infundir el ánimo que la afectada no tiene, por razones obvias— hasta la información más personal e íntima como, por ejemplo, qué ropa interior debe usarse mejor, qué precios tiene, dónde conseguirla, cómo debe colocarse la prótesis, dónde y qué trámites hay que realizar, qué hacer y cómo actuar con la familia —marido, hijos, compañero, amigos, etc.—,

en definitiva: *¡renovar las ganas de vivir y si es posible con la misma calidad de vida que antes!* y en todos los aspectos, tanto personales como familiares, sociales, laborales, sexuales...

En palabras de la presidenta, María Luisa Sánchez Pardo: «No se trata de que la AMAMA sustituya la labor de los profesionales de la medicina para estos casos, cosa que no se ha pretendido en ningún momento, ni se pretende para el futuro, sino complementar dicha labor si ello es posible —y sinceramente nosotras creemos que sí es posible—, aunque para tal tarea, las que estamos dispuestas a llevarla a cabo —que ya somos bastantes y no sólo de Granada—, tengamos que recibir cursos o cursillos de algún tipo de formación, al nivel que sea —médica, psicológica, de asistencia social...—, formación que, por otra parte, ya se nos está proporcionando a través de las gestiones que realiza la directora del Registro de Cáncer, Carmen Martínez, de la Escuela Andaluza de Salud Pública.»

Esta Asociación, que se gestó en Granada en septiembre del pasado año 1992, se presentó a la sociedad granadina en particular, y a la andaluza en general, en un acto celebrado en el Palacio de Exposiciones y Congresos de nuestra capital el pasado 19 de abril, acto presidido por el ilustrísimo señor don Jesús Quero Molina, alcalde de la ciudad, que estuvo acompañado por el doctor García Puche, jefe del Servicio de Oncología y RT del Hospital Universitario; por el doctor Alfonso Herruzo, jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del C. S. Virgen de las Nieves; por la enfermera supervisora del Servicio de Oncología del Hospital Universitario, Francisca Sánchez Malagón, así como por la presidenta de la AMAMA, María Luisa Sánchez Pardo; la vicepresidenta primera de dicha Asociación, Antonia Carmen Hernández García; Francisco Palomares, director provincial de Atención Sanitaria del SAS, y por Fernando Rodríguez, jefe del Gabinete de Presidencia de la Caja General de Ahorros de Granada, entidad que ha patrocinado de forma desinteresada y encomiable el que esta idea se haya materializado y haya llegado hasta aquí.

La expectación creada y la receptividad que las promotoras de esta Asociación —mujeres mastectomizadas— y que ahora mismo forman la Junta directiva, han detectado en todos aquellos colectivos, entidades y personas a las que se han «atrevido» a acercarse para contarles «su proyecto» ha sido tan

grande que ha trascendido todas las previsiones y como muestra —el acto de presentación del día 19 de abril dio fe de ello—, la Asociación Española Contra el Cáncer desplazó a Granada, a dicho acto, a su director general, Ricardo Alba, así como al coordinador de provincias, Manuel Casado. Estas 2 personalidades, a partir de la reunión mantenida al terminar la presentación, están gestionando la compra de un local que sirva de sede de la AECC aquí en Granada, cuya primera gran actividad será la que la AMAMA tiene proyectada, y cuya inauguración está prevista para fechas muy próximas.

La AMAMA está compuesta, de derecho, *exclusivamente* por mujeres *mastectomizadas* que, con más o menos años de vida o de experiencia después de la intervención, quieren asociarse y que tienen el deseo, la mayoría de ellas, de transmitir en clave positiva su propia experiencia a otras mujeres que por muy diversas razones se encuentren «abatidas» y «desanimadas», «hundidas», «menos mujeres», etc.

En los Estatutos de la AMAMA se contemplan otras 2 «figuras», además de las socias de derecho, y que son las/los colaboradores, que son personas que, no siendo mastectomizadas, colaboran al nivel que pueden para la consecución de los fines y objetivos de la asociación y las/los benefactores, que son personas o entidades que creyendo que los objetivos de la AMAMA «son buenos», ayudan económicamente o «en especie» con más o menos cantidad o recursos para cubrir los gastos que el desarrollo de dichos objetivos conlleva necesariamente.

Hasta que la AMAMA no tenga su «sede social», dispone de un apartado de Correos, el 144 de Granada (CP 18080), y de un teléfono (900) 10 00 36, al que cualquier mujer que lo desee, interesado/a, entidad pública o privada puede dirigirse. Una vez concretada la sede social se dará a conocer a través de cartas personalizadas, prensa, radio y televisión.

Para terminar, aprovechándonos de la amabilidad del director de esta revista y de su equipo de redacción, queremos agradecer de verdad toda la ayuda que hasta ahora hemos recibido de tantas y tantas buenas personas, aclarando que «toda la ayuda» no se refiere sólo a la económico-material...

Gracias por ayudarnos a «seguir viviendo» y un fuerte abrazo.

María Luisa Sánchez Pardo
Presidenta de la Junta directiva de la AMAMA