

## Cáncer de mama: la cuchillada trapera

LYNNE McTAGGART

Editora de "What Doctors Don't Tell You"

Traducción: Viviana Diogo.



Salvador Dalí

***La mayoría de los cirujanos que se especializan en el cáncer de mama se embarcan en operaciones quirúrgicas de destrucción desmedida, y existen muchas dudas en torno a la seguridad de los nuevos fármacos "milagrosos". En este artículo se dan muestras de que la mayoría de los médicos todavía "tratan en exceso" el cáncer de mama en sus comienzos, cortando más de lo necesario o sobrecargando a la paciente con fármacos y radiaciones.***

A pesar de una serie de técnicas quirúrgicas, un montón de terapias auxiliares y muchos titulares llenos de confianza en los nuevos adelantos para el cáncer de mama, la asombrosa realidad es que el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama no ha avanzado ni un solo paso en el último siglo. Edward F. Scanlon, doctor en medicina de la Facultad de Medicina de la NorthWestern University del Reino Unido resume la opinión imperante: "...A lo largo de 100 años, el tratamiento del cáncer de mama ha evolucionado de no existir tratamiento al tratamiento radical, luego otra vez de vuelta a una gestión más conservadora, sin que todo esto haya tenido ningún efecto sobre la mortalidad". (The Journal of the American Medical Association, 4 septiembre 1991).

El procedimiento estándar para el cáncer de mama en el siglo XX fue la mastectomía radical, una operación mutiladora en la que se extirpa la mama, gran parte de piel de la pared

torácica y nódulos linfáticos, y que fue desarrollada por el doctor William Halsted hace cien años.

Poco después de la II Guerra Mundial, un estudio realizado en tres hospitales de Illinois (EE.UU.) mostró la pequeña diferencia existente en los índices de supervivencia de 5 y 10 años entre las mujeres que habían sufrido mastectomías radicales, mastectomías sencillas o sólo la extirpación del tumor. En 1969, The Lancet (29 noviembre) estudió 8.000 casos y, una vez más, descubrió que no hay diferencias en la supervivencia entre ninguno de los procedimientos. No obstante, el procedimiento de Halsted mantuvo el control de las mentes de los cirujanos hasta los años 70 y 80, cuando, en algunas zonas, se reemplazó por una mastectomía radical modificada, que eliminaba tejido y mama, pero dejaba la piel de la pared torácica, o una simple mastectomía, que solamente extirpaba la mama.

Al igual que los primeros estudios, muchos ensayos realizados en los ochenta han mostrado que la mastectomía no proporciona beneficios en términos de supervivencia o recurrencia del cáncer sobre la cirugía en la que se conserva la mama, como la simple lumpectomía (extirpación del tumor en sí) o la quadrantectomía (extirpación de una porción de la mama). En un estudio realizado por el National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (Proyecto Nacional de Cirugía Adyuvante de la Mama y el Intestino) en Pennsylvania (EE.UU.), en cerca de 2.000 mujeres a lo largo de nueve años, no se dio una diferencia significativa en la supervivencia sin difusión del cáncer a otras partes del cuerpo entre las que habían sufrido lumpectomía, lumpectomía más radiación o total mastectomía.

Como resultado de estos estudios comparativos, los Institutos Nacionales de la Salud norteamericanos en 1990 recomendaron a los cirujanos que optasen por la cirugía de conservación de la mama en lugar de la mastectomía para la mayoría de las mujeres con cáncer de mama en nivel I o II. Con esto querían decir el cáncer de menos de 4 cm de diámetro limitado a la localización original (es decir, un solo pecho) sin tocar la masa muscular pectoral o la piel que la recubre. En el pasado, los médicos creían que el cáncer encontrado en los nódulos linfáticos axilares eran una prueba de metástasis y justificaban la mastectomía radical. Con el pronunciamiento de los NHIs, la participación de los nódulos linfáticos (siempre que se dé en el mismo lado en el que está el tumor) ahora se considera irrelevante.

Independientemente de la decisión de los NIHs, la mayoría de los médicos no ofrecen la posibilidad de realizar una cirugía de conservación de la mama a la mayoría de las mujeres con este tipo de cáncer en los primeros niveles. Un estudio de Seattle (EE.UU.) publicado en el Journal of American Medical Association (25 diciembre 1991) examinó la información registrada sobre el cáncer entre 1983 y 1989. En total, a menos de un tercio de las mujeres en el nivel I o II de la enfermedad se les ofreció ciru-

gía de conservación, a pesar de que tres cuartas partes de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama pertenecían a la categoría de "primeros niveles". Además, la proporción descendió después de 1985.

El estudio del JAMA también encontró que los médicos no ofrecían terapia de radiación a las mujeres posmenopáusicas y que tendían más a recomendar la mastectomía al grupo de mujeres más mayores que al de las más jóvenes, incluso en el mismo nivel del cáncer de mama. El estudio también descubrió que las mujeres más acomodadas y con mayor educación tenían más posibilidades de que les ofreciesen la cirugía de conservación.

En Gran Bretaña, a una periodista de 43 años diagnosticada de cáncer de mama no le ofrecieron una quadrantectomía y quimioterapia hasta minutos antes de la programada mastectomía. La falta de información o de apoyo por parte de los médicos sobre la cirugía de conservación de la mama podría ser la responsable de que muchas mujeres vean con recelo que no se les extirpe la mama. Este punto de vista queda reflejado en una carta escrita por el doctor Michael G. Sarr y otros a JAMA (19 agosto 1992): "Muchas mujeres ven la mastectomía como una forma de tratar el problema de forma inmediata y definitiva, sin radioterapia posoperatoria. La aceptación, preferencia de hecho, de la mastectomía sobre la cirugía de conservación de la mama por parte de la mayoría de las pacientes... implica que éstas se adaptan rápidamente a la pérdida de la mama".

De hecho, varios renombrados especialistas del cáncer han intentado demostrar que las mujeres a las que se les ha practicado una mastectomía no sufren mayor trauma psicológico que a las que les han practicado cirugía de conservación de la mama. Michael Baum, conocido especialista del cáncer de mama, y otros médicos de Londres y Manchester, han estudiado las consecuencias psicológicas en mujeres a las que se ha practicado una mastectomía en comparación con las que han experimentado cirugía de conservación (British Medical Journal, 22 septiembre 1990). El estudio descubrió que cerca



Salvador Dalí



de una cuarta parte de las que habían sufrido cualquiera de las dos operaciones estaban deprimidas o angustiadas, y llegaron a la conclusión de que "todavía no hay pruebas de que las mujeres con cáncer de mama en los primeros niveles que se someten a cirugía de conservación de la mama tengan menos trastornos psiquiátricos tras el tratamiento que las que se someten a una mastectomía". Significativamente, el estudio encontró que las pacientes tratadas por cirujanos que les dejaban escoger el tipo de cirugía que preferían tenían menos tendencia a la depresión que aquellas en las que la decisión había sido tomada por el médico.

Aparte de la educación o del poder adquisitivo (en el caso de las pacientes en clínicas del Reino Unido), el lugar en el que se vive tiene mucho que ver con si se te ofrece cirugía de conservación o mastectomía. Dos artículos en el *New England Journal of Medicine* (23 abril 1992) mostraron una notable diferencia en la aplicación de la cirugía de conservación de la mama en los EE.UU. dependiendo de la zona geográfica. Las mujeres del noreste (17 por ciento) o de los estados centrales en la zona atlántica (20 por ciento) tenían más posibilidades de que se les ofreciese cirugía de conservación de la mama que las del sur (5.9-7.3 por ciento). La cirugía de conservación se ofrecía más en las zonas urbanas que en las rurales, en hospitales universitarios, grandes hospitales y en aquellos con terapia de radiación para una única localización. Resulta interesante observar que un editorial del mismo número señaló que los índices más altos de cirugía de conservación se encontraron en los 17 estados con leyes de consentimiento informado, en las que los médicos deben ofrecer a las pacientes con cáncer de mama información sobre las opciones de tratamiento existentes.

Además del problema del "exceso de tratamiento", demasiada cirugía podría retrasar el descubrimiento por parte del médico de una posible extensión del cáncer. El doctor Bernard Fisher y colegas del Proyecto Nacional de Cirugía Adyuvante de la Mama y el Intestino en Pennsylvania, escribiendo en *The Lancet* (10

**E**n sus diversos artículos en la literatura médica, el doctor Samuel Epstein (ver el artículo) dice que el hecho de que el tamoxifeno pueda haber prevenido la reaparición de tumores en las mujeres que habían tenido cáncer de mama podría no tener relación alguna con las mujeres que todavía no han desarrollado la enfermedad. Además, la eficacia del fármaco sólo se ha demostrado en mujeres posmenopáusicas. Muchos miles de mujeres fértiles recibirán el fármaco en el ensayo.

**C**omo los médicos se están apresurando a subirse al carro del tamoxifeno (y distribuyen el fármaco a muchas de sus pacientes sanas, incluso antes de que se sepan los resultados del ensayo) probablemente podremos ver una multitud de nuevos tipos de cáncer, que sustituirán a los viejos. □

agosto 1991) sobre el estudio de nueve años realizado con 2.000 mujeres mencionado anteriormente, demostraron que la mastectomía o la terapia de radiación, en realidad impedía el diagnóstico de una enfermedad distante, ya que la recurrencia de otro tumor tiende a ser un "poderoso" indicador de que el cáncer puede extenderse, ayudando así al tratamiento precoz. "Estos descubrimientos justifican aún más el uso de la lumpectomía", concluyó el Dr. Fisher.

La misma confusión e ignorancia rodea a lo que se ha venido a llamar en el mundo médico "terapias adyuvantes" (terapias "por si acaso"), que se utilizan tras la cirugía para prevenir la recidiva del cáncer.

Entre otras está la terapia hormonal con fármacos como el tamoxifeno, un agonista de los estrógenos, que actúa contra la producción de éstos en el cuerpo, que son un factor en el crecimiento de algunos tipos de cáncer de mama. También está la quimioterapia, por vía oral o en



Salvador Dalí

inyección, utilizada frecuentemente para enco-ger el tumor primero, de manera que la mama se pueda dejar intacta; la radioterapia, que emplea una máquina de rayos x u otros tipos de radiación, como la inserción temporal en el cuerpo de isótopos radiactivos; y la ablación de los ovarios, un eufemismo médico para la castración ("inactivación" o extirpación de los ovarios), por medio de cirugía, radioterapia o fármacos. La idea conductora aquí es que, al eliminar los ovarios, se elimina la fuente de los estrógenos, que contribuyen al crecimiento del cáncer. La ablación ovárica se utiliza principalmente en las mujeres premenopáusicas, lo que significa que, tras el trauma del cáncer y la cirugía, algunas mujeres jóvenes se tienen que enfrentar además a una menopausia precoz o a un uso indefinido de la terapia hormonal sustitutiva, que, parece ser, provoca cáncer de mama.

La mayoría de estos métodos adyuvantes se utilizan en conjunción con cirugía de conservación de la mama, si bien a veces se utiliza sólo tamoxifeno en mujeres mayores de 50 años con cáncer de mama en las primeras etapas.

Al igual que ocurre con la mayoría de los nuevos "avances" médicos, el tamoxifeno fue

aclamado como "adelanto decisivo" sin que se hubiesen estudiado casi nada sus efectos a largo plazo. Esto fue seguido de un estudio realizado por el Equipo de Estudios del Cáncer del Imperial Cancer Research Fund en Oxford, que analizó los resultados de 133 estudios del tratamiento del cáncer de mama diferentes sobre 75.000 mujeres de todo el mundo. Descubrieron que, en las mujeres posmenopáusicas, el tamoxifeno podía prevenir la recurrencia en la otra mama en un 39 por ciento. El estudio también encontró que el tamoxifeno ayudaba a evitar la reaparición del cáncer, principalmente en los cuatro primeros años después del cáncer de mama, pero casi dobló las posibilidades de la mujer de sobrevivir 10 años, y el tamoxifeno a largo plazo (entre dos y cinco años) es "significativamente más eficaz" que los regímenes de corta duración.

También se dieron otros sorprendentes descubrimientos, como el de que la quimioterapia durante seis meses podía producir los mismos resultados que la terapia durante un año o más. El estudio descubrió, además, que la ablación de ovarios reducía el índice de muertes anuales en torno a una cuarta parte, lo que provocó que un editorial en *The Lancet* (11 enero 1992) calificase a la ablación de "alternativa a la quimioterapia" en las mujeres premenopáusicas.

Con tanto entusiasmo, lo que se han olvidado de comunicar al público son los considerables, potencialmente fatales, efectos secundarios que tiene el tamoxifeno. A raíz de las recomendaciones de tomar el fármaco durante cinco a diez años, se han planteado muchas preguntas en torno a su efecto sobre la densidad mineral de los huesos, los niveles de colesterol, las secreciones hormonales y el potencial desarrollo de otros tipos de cáncer, además del de mama. (\*)

Para empezar, todavía no sabemos a ciencia cierta si funciona. En un artículo de opinión en *The Lancet* (7 noviembre 1992), Adriane Fugh-Berman de la National Women's Health Network en Washington, DC, y el Profesor Samuel Epstein de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Illinois (un crítico franco del tratamiento del cáncer), señalaron que en el



### Qué hacer si una tiene cáncer de mama

**S**i su intención es buscar soluciones a través de la medicina convencional, encuentre al cirujano más experimentado que pueda, que sepa Vd. a ciencia cierta que es franco a la hora de informar sobre las opciones de tratamiento, que le tratará como a un igual en las decisiones que conciernen al tratamiento.

**I**nsista en una cirugía lo más conservadora posible; si tiene más de 60 años, investigue la posibilidad de tomar sólo un fármaco, como el tamoxifeno.

**S**i ya toma tamoxifeno, asegúrese de hacerse pruebas periódicas de los ojos, el hígado y la matriz (el endometrio). Tome cualquier fármaco o terapia de radiación que le prescriban durante el tiempo más breve posible. Si todavía no ha pasado la menopausia, recuerde: ningún estudio ha demostrado que el tamoxifeno sea bueno para Vd.

**N**o dude en tomar lo mejor tanto de las terapias convencionales como de las alternativas, y utilícelas juntas. Contacte con una organización como el Bristol Cancer Help Centre (Grove House, Cornwallis Grove, Bristol BS8 4PG, Inglaterra si se pone este contacto, asegurarse que es el actual) o People Against Cancer (Box 10, Otho, IA 50560 EE.UU.), que ofrecen una serie de aproximaciones al cáncer que pueden estimular la eficacia de los tratamientos ortodoxos. Bristol Cancer tiene un enfoque holístico, combinando dieta, ejercicio, meditación, relajación, visualización e incluso psicología (para ayudarle a cambiar el estilo de vida que le ha enfermado). El estudio al que se dio tanta publicidad y que supuestamente demostraba que su sistema ponía aún más enfermas a las mujeres fue una chapuza, y sus autores se han retractado de los resultados (ver WDDTY vol I nº II y el capítulo 10 del libro de Martin J. Walker "Dirty Medicine"). Muchos de sus puntos de vista con respecto a la dieta están empezando a ser corroborados por la literatura ortodoxa; varios estudios han mostrado que las dietas ricas en fibra acompañadas de ejercicio pueden inhibir el crecimiento del cáncer, y que los pesticidas y otros factores medioambientales pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad (ver The Lancet 10 octubre 1992, y 18 mayo 1991; también JAMA 16 octubre 1991).

**L**ea libros de Bernie Siegel y Louise Hay. El doctor Siegel es un cirujano que, no obstante, cree (al igual que un número creciente de inmunólogos) que nuestra mente puede ayudar a nuestro cuerpo a curarse. Anima a sus pacientes a que utilicen terapias complementarias tales como la visualización y la dieta junto con la quimioterapia y la cirugía. Louise Hay venció al cáncer con su enfoque físico/mental.

**S**i no quiere echar mano de las terapias convencionales, vea en WDDTY vol. 2 nº 7 una lista de terapias alternativas para el tratamiento del cáncer que han demostrado ser prometedoras.

**N**o sea una buena paciente. Muchos estudios han demostrado que las pacientes que reclaman sus derechos y se niegan a aceptar un pronóstico pesimista viven más tiempo que las que, sin pensar, siguen las órdenes del médico. Sobre todo, no acepte una sentencia de muerte. q

estudio masivo de Oxford "sólo se encontró una reducción estadísticamente significativa en tres de los siete estudios de tumores contralaterales (en la otra mama) en pacientes con cáncer de mama".

Se ha venido informando de un número creciente de casos de cáncer de endometrio en mujeres posmenopáusicas que han recibido tamoxifeno para el tratamiento del cáncer de mama. Los doctores Epstein y Fugh-Berman señalaron en el artículo de The Lancet antes mencionado que el tamoxifeno aumenta en cinco veces el riesgo de contraer cáncer de endometrio. Las pacientes que toman tamoxifeno también experimentan hemorragias vaginales anormales, hiperplasia (formación celular excesiva), pólipos y endometriosis (BMJ, 26 octubre 1991).

En un estudio de la Universidad de Wisconsin y del Departamento de Medicina, el Centro Médico Albert Einstein en Filadelfia (EE.UU.), el Dr. Richard R. Love y sus colegas encontraron que cerca de la mitad de las mujeres tratadas con tamoxifeno experimentaban síntomas persistentes parecidos a la menopausia, tales como calores súbitos y sequedad vaginal (The New England Journal of Medicine, 26 marzo 1993). El diez por ciento de las mujeres que recibían el fármaco interrumpieron el tratamiento durante el primer año porque encontraban que los efectos secundarios eran inaceptables. Las mujeres premenopáusicas también pueden experimentar irregularidades menstruales o pérdida del período.

Además, el tamoxifeno se ha asociado con un aumento del riesgo de trombosis de las venas y las arterias (Journal of Clinical Oncology 1991; 9:286-94; The Lancet, 7 noviembre 1992). También se ha establecido una asociación entre el fármaco y efectos tóxicos para los ojos, especialmente retinopatías (British Medical Journal 1992; 304:495-96), con una incidencia estimada del 6.3 por ciento.

Este fármaco también puede dañar el hígado o provocar cáncer de este órgano. Dosis equivalentes a las administradas a las mujeres producen enfermedades hepáticas en el 11.5 por



Lynne McTaggart. Editora de "What Doctors Don't Tell You".

ciento de las ratas, y dosis altas de tamoxifeno, tumores hepáticos altamente malignos en cerca del 71.2 por ciento (The Lancet, 7 noviembre 1992). Cualquiera sabe lo que esto puede suponer para los humanos. Varios investigadores del City Hospital en Nottingham (Inglaterra) escribieron a The Lancet (11 abril 1992) para informar de cinco casos de fallo hepático (cuatro fatales) y cinco casos de hepatitis asociada al tamoxifeno (una fatal), 11 casos de complicaciones hepáticas y 15 casos de problemas sanguíneos. "El tamoxifeno debería dejar de administrarse inmediatamente si surge ictericia o supresión de la médula", escribieron.

Todo lo cual multiplica por dos la necesidad de encontrar un médico que sea extremadamente cauto a la hora de dispensar terapia adyuvante y que vigile cuidadosamente nuestro progreso.

**Nota:** (\*) Ver información adicional sobre el tamoxifeno en el artículo de Alfredo Embid "Lo que no le han contado sobre el cáncer de mama", en este mismo número.

Fuente: *What doctors don't tell you*, vol. 3, nº 11.

---

Contacto: WDDTY, 4 Wallace Road, London N1 2PG, Inglaterra.

---



C ncer