

Cáncer de mama inflamatorio (IBC)



THE UNIVERSITY OF TEXAS
MDAnderson
Cancer Center
Making Cancer History®

Cáncer de mama inflamatorio

El cáncer de mama inflamatorio (IBC, por sus siglas en inglés) se manifiesta como una decoloración de la piel de la mama, casi siempre con enrojecimiento (eritema) e hinchazón (edema). La piel también puede volverse gruesa y con hoyuelos, lo que se denomina “piel de naranja”, por su aspecto parecido a la monda de una naranja. El IBC es poco frecuente. Puede ser difícil de diagnosticar y puede propagarse rápidamente.

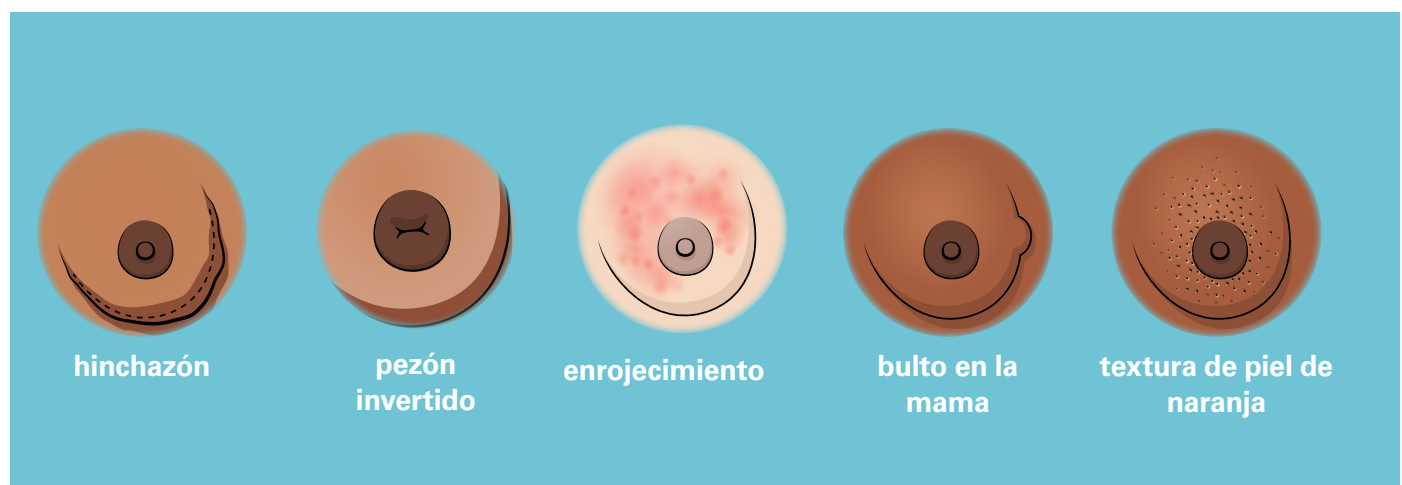
Signos y síntomas

Los signos y síntomas del cáncer de mama inflamatorio suelen aparecer a los 3 a 6 meses. Estos pueden incluir:

- Hinchazón de las mamas
- Cambios en el pezón, incluido su aplanamiento o inversión
- Enrojecimiento u otros cambios en el color de la piel de las mamas
- Sensación de calor en el pecho, con o sin un bulto
- Textura con hoyuelos de la piel de las mamas (piel de naranja)

El IBC puede ser difícil de diagnosticar. Para ello, puede resultar útil tener una foto nítida que permita apreciar los síntomas en sus mamas antes de comenzar el tratamiento. Estas fotos se pueden usar para calcular una “puntuación de IBC” con el fin de determinar la probabilidad de que los síntomas correspondan a un cáncer de mama inflamatorio (IBC). Se puede leer más información sobre la puntuación de IBC en www.Komen.org/IBC-Calculator-Intro/.

Las imágenes que se muestran son ejemplos de cambios en las mamas causados por el IBC: mama hinchada, inversión o retracción del pezón, enrojecimiento, bulto en una mama y aspecto de piel de naranja.



Diagnóstico del IBC

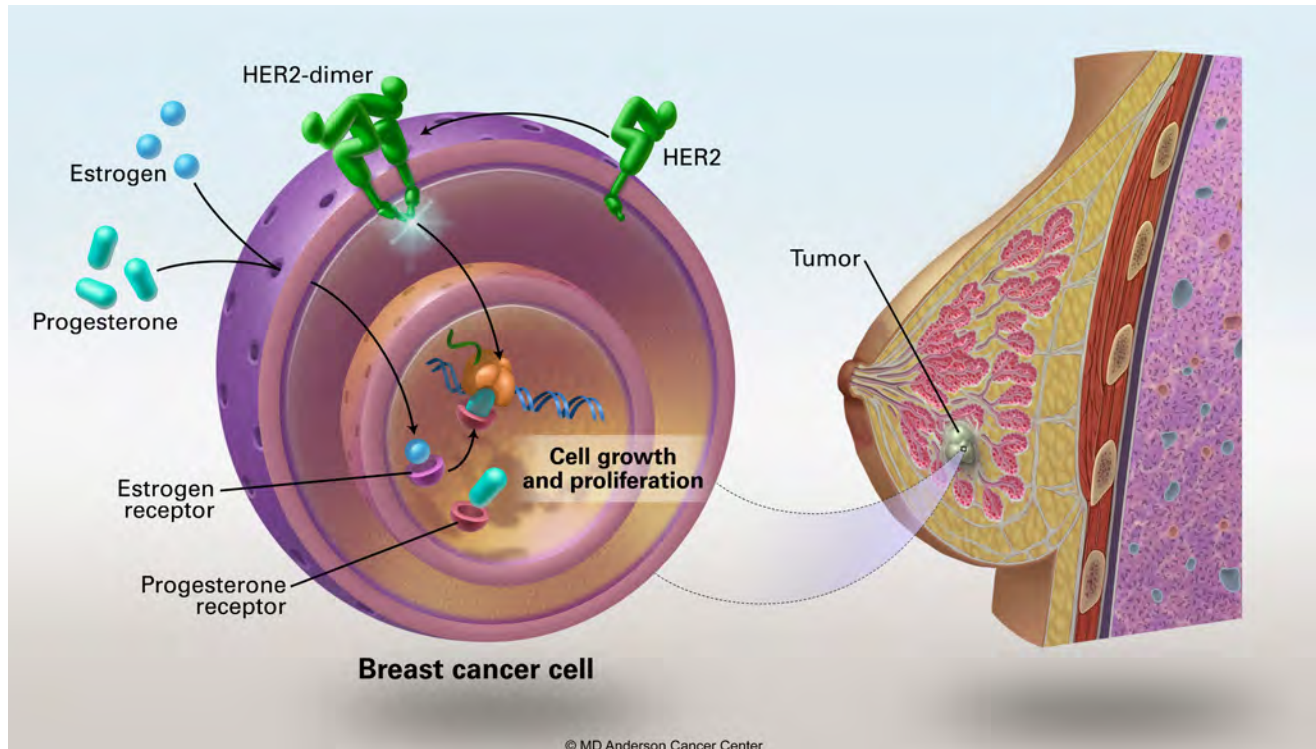
Durante el examen clínico para diagnosticar el IBC, se realizan exámenes en el tejido tumoral obtenido de la biopsia. Esta información se utiliza para determinar el subtipo y el estadio (extensión) del cáncer y para prepararlo/a para recibir tratamiento.

Subtipo de IBC

Existen diferentes tipos de IBC conocidos como subtipos moleculares, que se definen por la presencia o ausencia de proteínas particulares en la superficie celular.

Conocer el subtipo de IBC es importante porque el tipo de tratamiento sistémico (de todo el cuerpo) recomendado difiere según el subtipo. Existen 3 subtipos principales de IBC según las proteínas presentes en las células tumorales.

- **Receptor hormonal positivo:** Las células tumorales tienen receptores de estrógeno (ER, por sus siglas en inglés) o receptores de progesterona (PR, por sus siglas en inglés). Las hormonas provocan el crecimiento del cáncer. El tratamiento específico para estos cánceres bloquea los receptores hormonales y priva de nutrientes a las células tumorales.
- **HER2 positivo:** Las células tumorales contienen la proteína del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2, por sus siglas en inglés). Estos tumores responden a medicamentos dirigidos que atacan esta proteína.
- **Triple negativo (TN-IBC, por sus siglas en inglés):** Las células tumorales **no** contienen ER, PR o HER2. Las terapias que se dirigen a estas proteínas no funcionarán. Para tratar el TN-IBC se utilizan otros tratamientos como la quimioterapia y la inmunoterapia. Se están realizando investigaciones para desarrollar nuevos tratamientos para este grupo de cánceres.



Células IBC con receptores en la superficie celular que muestran el subtipo. Los 3 receptores son ER, PR y HER2. La presencia o ausencia de estas proteínas proporciona pistas sobre las mejores opciones de tratamiento y el pronóstico general.

Notas

Estadificación del IBC

Las exploraciones como las tomografías por emisión de positrones con tomografía computarizada (PET-CT, por sus siglas en inglés) o las tomografías computarizadas (CT, por sus siglas en inglés) y las gammagrafías óseas se utilizan para determinar si el IBC se ha extendido por el cuerpo (estadificación). La estadificación del IBC comienza en el estadio III. No existe un diagnóstico en los estadios I y II. Estadio III significa que el cáncer se encuentra únicamente en la mama y en los ganglios linfáticos de la axila del mismo lado que el cáncer de mama. Si el cáncer se ha extendido al otro lado del cuerpo o a otros órganos como los pulmones, el hígado o los huesos, el cáncer está en estadio IV. Ambos estadios se suelen tratar del mismo modo. Aproximadamente el 30% (3 de cada 10) de los pacientes con IBC reciben el diagnóstico en estadio IV.

Pruebas genéticas y secuenciación tumoral

Cuando reciba su diagnóstico por primera vez, es posible que le ofrezcan pruebas genéticas. Esto sirve para comprobar sus células normales en una muestra de sangre. El objetivo de las pruebas genéticas es determinar si su IBC puede haber sido causado por genes heredados como *BRCA1* o *BRCA2*. Estos cambios son importantes porque también pueden aumentar el riesgo de padecer otros tipos de cáncer. También pueden dar lugar a nuevas opciones de tratamiento para su IBC, como los inhibidores de PARP para pacientes portadores de mutaciones *BRCA1* o *BRCA2*.

Su equipo de atención médica revisará con usted los resultados de las pruebas genéticas. Si usted porta una mutación genética que requiere atención, es posible que necesite pruebas de detección de otros tipos de cáncer o cirugía para reducir su riesgo. Su tratamiento para el IBC será lo primero.

Cuanto más se sepa sobre los detalles de su cáncer, mejor se podrá tratar. Para mejorar el tratamiento, es posible que le ofrezcan la secuenciación del ADN de su tumor. El objetivo es determinar qué cambios se encuentran en el tumor y sus genes. Estos resultados pueden utilizarse para identificar qué terapias dirigidas y ensayos clínicos hay disponibles.



Tratamiento

Durante su tratamiento, verá a muchos miembros de su equipo de atención médica, como los siguientes:

- **Oncólogo/a médico/a:** diagnostica y trata el cáncer con quimioterapia (quimio), inmunoterapia, tratamientos hormonales, biológicos y otras terapias dirigidas.
- **Oncólogo/a quirúrgico/a:** trata el cáncer mediante cirugía para diagnosticar y extirpar tumores.
- **Radioncólogo/a:** utiliza radiación para tratar el cáncer y las zonas donde puedan quedar células cancerosas.
- **Proveedor/a de práctica avanzada:** enfermero/a especializado/a o asistente médico que trata y cuida a los pacientes bajo la supervisión de un médico.
- **Farmacéutico/a:** informa a los pacientes sobre medicamentos y terapias de tratamiento.
- **Enfermeros de investigación y coordinadores del estudio:** coordinan la inscripción en ensayos clínicos o estudios de laboratorio sobre el IBC.
- **Trabajadores sociales:** ayudan a los pacientes a recibir atención para el IBC por necesidades no médicas, como viajes y cuestiones familiares.

El tratamiento estándar para el IBC en estadio III y, a menudo, en estadio IV, comienza con terapia sistémica o dirigida. Esto puede incluir inmunoterapia administrada por vía intravenosa. En la mayoría de los casos, los siguientes pasos incluyen cirugía y radiación, que dura de 4 a 6 semanas. Luego, terapia hormonal o terapia más específica si estas son adecuadas para su tipo de tumor. Es muy importante recibir quimioterapia, cirugía y radiación, a menos que no sea posible realizarlas. En conjunto, estos tres tratamientos se denominan terapia trimodal.

A muchos pacientes se les pide que participen en ensayos clínicos. Estos incluyen nuevos tratamientos para pacientes recién diagnosticados o aquellos con recurrencia. Su médico/a le explicará los beneficios y los riesgos de participar en un ensayo clínico.

Tratamiento sistémico

El primer tratamiento en el IBC suele ser la terapia sistémica, que es un tratamiento que actúa sobre todo el cuerpo. Puede incluir quimioterapia o terapia dirigida. Esto se denomina terapia preoperatoria o neoadyuvante porque se realiza antes de la cirugía. El objetivo es reducir el tamaño del tumor y tratar las células sanguíneas de otros órganos que no se pueden ver con los estudios por imágenes, pero que podrían estar moviéndose por el cuerpo. A mitad del tratamiento sistémico y antes de la cirugía se realizan estudios por imágenes para comprobar cómo está respondiendo al tratamiento.

Los pacientes con IBC localizado únicamente en la mama a menudo recibirán quimioterapia basada en taxanos o antraciclinas. Las quimioterapias basadas en taxanos son las siguientes:

- Paclitaxel (Taxol®)
- Docetaxel (Taxotere®)
- Carboplatin y paclitaxel

Las quimioterapias basadas en antraciclinas son:

- Doxorubicin (Adriamycin®) y cyclophosphamide (Cytosan®)
- Fluorouracil, epirubicin (Ellence®) y cyclophosphamide
- Fluorouracil, doxorubicin (Adriamycin®) y cyclophosphamide

Si las células tumorales presentan HER2 que se expresa o provoca cambios en el ADN a un nivel muy alto, se utiliza una terapia dirigida anti-HER2 junto con la quimioterapia.

Terapia dirigida

La terapia dirigida utiliza medicamentos para encontrar y atacar células cancerosas específicas. Esto limita el daño a las células normales. Algunos tipos de terapia dirigida pueden matar las células cancerosas directamente al afectar la forma en que crecen y sobreviven. Trastuzumab (Herceptin®) y pertuzumab (Perjeta®) son terapias dirigidas que a menudo se utilizan primero para el IBC. Actúan directamente sobre las proteínas HER2.

Otras terapias dirigidas contribuyen a que el propio sistema inmunológico del cuerpo (sus defensas naturales) ataque y combata el cáncer. Esto se llama inmunoterapia. Muchos tipos de cáncer, como el IBC, ralentizan la respuesta inmunológica del cuerpo para evitar su destrucción. El cuerpo puede ayudar a combatir el cáncer eliminando estas señales bloqueadas. Para el TN-IBC, se administra una inmunoterapia denominada pembrolizumab (Keytruda®) junto con quimioterapia. El objetivo es reducir el tumor más que con la quimioterapia sola.

Cirugía

La cirugía recomendada es una mastectomía, que extirpa la mama y toda la piel que la recubre. La mastectomía parcial o la tumorectomía no son opciones viables porque este procedimiento puede dejar restos de cáncer.

La cirugía para extirpar los ganglios linfáticos de la axila se realiza porque, a menudo, en el momento del diagnóstico el cáncer ya se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos. Para el IBC, la cirugía para extirpar los ganglios linfáticos es una disección de ganglios linfáticos axilares. Elimina todos los ganglios linfáticos de nivel 1 y 2 de la axila. No se le realizará un procedimiento de ganglio linfático centinela. Este se utiliza para otros tipos de cáncer de mama y no tiene buenos resultados con el IBC. Cuando se extirpan los ganglios linfáticos, existe un mayor riesgo de que se hinche el brazo, lo que se denomina linfedema. Debido a este riesgo, durante la operación su cirujano/a puede trabajar con un/a cirujano/a plástico/a para unir los vasos linfáticos que se seccionen a una vena. Esto ayudará a mantener conectado el flujo de líquido del brazo y puede prevenir la hinchazón.

Radiación

El primer paso de la planificación de la radiación incluye una tomografía computarizada para localizar la zona que recibirá la radiación. A continuación, el equipo de radiación podrá crear el plan más seguro para usted.

Tras la cirugía, la radiación utiliza rayos X de alta energía para destruir cualquier célula cancerosa que haya quedado en la pared torácica o en los ganglios linfáticos. Estos ganglios linfáticos se encuentran debajo del esternón y la clavícula, y no fueron extirpados durante la cirugía. La radiación que proviene de una máquina externa al cuerpo se denomina radioterapia de haz externo. No podrá sentir la radiación. Siempre se recomienda la radiación después de la mastectomía para pacientes con IBC, incluso si la muestra quirúrgica no muestra signos de células cancerosas después de la terapia sistémica.

La radiación es específica para cada paciente. Su dosis y programa de tratamiento pueden variar. La radioterapia puede durar de 4 a 6 semanas, con sesiones diarias o dos veces al día de lunes a viernes.

Cirugía reconstructiva

Usted conversará en detalle con su equipo de atención sobre sus recomendaciones para la reconstrucción del seno. La reconstrucción suele posponerse hasta que pasen de 6 a 12 meses después de completar la radiación para permitir la cicatrización.



Algunas mujeres optan por hacerse una reconstrucción, mientras que otras, no. No hay prisa por hacerlo. Algunas mujeres esperan varios años y combinan la reconstrucción con cirugías para controlar el linfedema.

Si está recibiendo terapias sistémicas adicionales después de la radiación, es posible que deba esperar más tiempo para que su reconstrucción pueda realizarse de forma segura.

La reconstrucción del seno puede incluir muchas cirugías. Este proceso puede llevar de meses a un año. A menudo, las cirugías se hacen en ambas mamas, incluso si el cáncer solo está presente en una de ellas, con el objetivo de que las mamas se vean iguales. La reconstrucción del seno para pacientes con IBC tiene sus particularidades y puede diferir de la de las pacientes con cáncer de mama que no tienen IBC.

También podría elegir otra opción, como, por ejemplo, utilizar una prótesis mamaria. Esto ayudaría a evitar más cirugías. La prótesis se coloca dentro del sostén para crear la apariencia de un seno.

Tratamiento hormonal

Si las células tumorales tienen receptores de estrógeno (ER) o de progesterona (PR), es posible que usted necesite terapia hormonal. Recibirá terapia hormonal durante 5 a 10 años después de la cirugía para reducir el riesgo de que el cáncer reaparezca. Las pacientes premenopáusicas con cáncer de mama inflamatorio ER positivo también deben detener la función ovárica o extirparse los ovarios para reducir la cantidad de estrógeno que se produce. También es posible que necesite tomar otros medicamentos orales, como terapias dirigidas, para reducir el riesgo de que reaparezca el IBC.

Preguntas frecuentes sobre el IBC

Tratamientos sistémicos

Preg.: ¿Debo tener un puerto antes de comenzar la quimioterapia?

Resp.: A la mayoría de los pacientes se les coloca un puerto en algún momento durante el tratamiento del IBC. No es necesario tener uno antes de comenzar la quimioterapia. Un puerto puede permitir que la administración de terapias intravenosas (IV) le resulte más cómoda. También puede limitar los problemas derivados del daño que las venas pueden sufrir con el tiempo debido a tratamientos y extracciones de sangre. Es común comenzar la quimioterapia y luego colocar el puerto, si es necesario, después de los primeros tratamientos.

Preg.: ¿Cómo influye la estadificación en el tratamiento del IBC?

Resp.: El IBC siempre se diagnostica en estadio III o IV. Los pacientes que padecen cáncer en estadio III reciben tratamiento con la esperanza de curar la enfermedad. Los pacientes con cáncer en estadio IV reciben tratamiento durante el resto de sus vidas, ya que no existe cura. Los pacientes con cáncer en estadio IV son supervisados de cerca y el tratamiento puede cambiarse si no está funcionando o resulta demasiado dañino. Algunos pacientes en estadio IV llegan presentar un estado en el que ya no hay evidencia de enfermedad (NED, por sus siglas en inglés) y pueden evolucionar muy bien durante muchos años.

Preg.: ¿Por qué algunos pacientes reciben inmunoterapia y otros no?

Resp.: La inmunoterapia se utiliza en pacientes con cáncer de mama triple negativo. Esto se basa en amplios estudios de investigación que muestran mejores resultados cuando se agrega a la quimioterapia. En el futuro, la inmunoterapia podría ofrecerse a más pacientes si la investigación demuestra su eficacia.

Cirugía

Preg.: ¿Por qué la cirugía no es el primer tratamiento para el IBC?

Resp.: La cirugía no es una opción hasta que la quimioterapia haya tenido la oportunidad de reducir el tamaño del cáncer. Se necesitan de 4 a 6 meses de quimioterapia para reducir y eliminar el cáncer antes de que la cirugía sea una opción.

Preg.: ¿Por qué la mastectomía sin preservación de piel es la cirugía recomendada para el IBC?

Resp.: El IBC puede o no presentar un bulto. Por lo tanto, una cirugía que se centre en un bulto, como una tumorectomía, no sería beneficiosa. Es importante extirpar cualquier rastro de cáncer que pueda haber quedado en la mama después de la quimioterapia. La mejor manera de eliminar todo el cáncer es extirpar toda la mama y la piel que la recubre mediante una mastectomía radical modificada o una mastectomía total.



Q&A

Preg.: ¿Cuándo puedo someterme a una reconstrucción?

Resp.: Se considera la reconstrucción entre 6 y 12 meses después de completar la radiación. Esto se debe a que la reconstrucción inmediata puede retrasar el éxito de otros tratamientos. Si tiene algún problema derivado de la cirugía, o si se le coloca un expansor, la radiación puede verse debilitada y no tratará adecuadamente su cáncer. Todas las pacientes deben esperar hasta recuperarse de la radiación antes de someterse a la reconstrucción.

P: ¿Por qué no se suelen utilizar expansores para la reconstrucción en el IBC?

Resp.: Los expansores se utilizan en el momento de la mastectomía para estirar la piel lo suficiente como para colocar un implante. Los expansores se rellenan lentamente con líquido para estirar la piel. La mayoría de las pacientes con IBC necesitan radiación después de la mastectomía. No se utilizan expansores porque pueden bloquear la zona que debe tratarse con radiación y afectar la forma en que la piel se estira después de ella. Las pacientes con expansores, después de la radiación, pueden tener más problemas que puedan requerir corrección mediante cirugía. Los expansores también pueden dejar células tumorales en la piel, y estas pueden causar recurrencia.

Preg.: ¿Cuáles son mis riesgos de padecer linfedema? ¿Hay algo que pueda hacer para reducir mi riesgo?

Resp.: El linfedema, o hinchazón del brazo, es consecuencia de la cirugía y la radiación. El linfedema puede ser un problema de por vida. Entre los factores de riesgo se incluyen el sobrepeso, la extirpación de todos los ganglios linfáticos y el tratamiento con radiación de la axila. Muchos pacientes con IBC presentan hinchazón o pesadez en los brazos y tienen un mayor riesgo de contraer una infección cutánea llamada celulitis. Existen pruebas de detección precoz del linfedema.

Preg.: ¿Debo extirparme ambas mamas para prevenir la recurrencia del IBC?

Resp.: La extirpación de ambas mamas no se recomienda para la mayoría de los pacientes cuando el IBC se encuentra solo en una de las dos mamas. Esto se debe a que la cirugía innecesaria conlleva riesgos de complicaciones. Un problema en la mama que no tenga IBC puede retrasar el tratamiento de la mama con cáncer. Si la preocupación es la recurrencia, es más probable que el cáncer reaparezca en otro órgano que en la otra mama.

Radiación

Preg.: ¿Se utiliza la terapia de protones para el IBC?

Resp.: La terapia de protones puede ser una opción de radiación para el IBC. La terapia de protones puede proteger el corazón y los pulmones de la exposición a la radiación, que puede ser perjudicial. Hable con su radioncólogo/a sobre el plan de radiación que mejor se adapte a usted.

Preg.: ¿Por qué algunos pacientes reciben radiación dos veces al día?

Resp.: El tratamiento se personaliza para cada paciente. Los pacientes con mayor riesgo de recurrencia del cáncer pueden beneficiarse de la radiación dos veces al día. A los pacientes menores de 45 años o a los que les queda una gran cantidad de cáncer se les ofrece radiación dos veces al día. Esto también depende de la eficacia de la quimioterapia en su caso.

Otras preguntas

Preg.: Si vivo fuera del estado, ¿puedo recibir algunos tratamientos cerca de mi casa?

Resp.: Sí, muchos pacientes pueden recibir terapias sistémicas, como quimioterapia, inmunoterapia o terapias dirigidas, de su oncólogo/a médico/a en su ciudad de origen. Su equipo de atención médica de MD Anderson le recomendará el programa de tratamiento. Sin embargo, las decisiones sobre las dosis de los medicamentos y cómo controlar los efectos secundarios las toman los médicos que los recetan.

La cirugía y la radiación son tratamientos más especializados para el IBC. Muchos pacientes completan la quimioterapia cerca de su casa y, luego, se someten a cirugía y radiación en MD Anderson. Es difícil orientar a los equipos locales en materia de radioterapia. Algunos pacientes pueden recibir radiación dos veces al día, algo que no se suele hacer fuera de MD Anderson.

Si tiene alguna inquietud sobre el alojamiento u otros aspectos relacionados con el viaje, hable con su equipo de atención médica. Hay recursos disponibles para ayudarle con su estancia en Houston durante las 4 a 6 semanas que dura la radiación.

Recursos

Para obtener más información sobre el IBC, visite MDAnderson.org/IBCProgram

CancerCare

CancerCare ofrece ayuda financiera limitada para los costos y copagos relacionados con el cáncer. Sus trabajadores sociales oncológicos pueden ayudarle a encontrar otros recursos.

www.CancerCare.org/Financial_Assistance

Lindsay's Legacy Fund

Esta organización sin ánimo de lucro de gestión familiar dispone de fondos en honor a una joven que falleció a causa de un IBC. Su familia quería asegurarse de que otras personas con IBC tuvieran los recursos necesarios para obtener la atención que necesitan. La familia de Lindsay dispone de fondos para ayudar a mujeres con dificultades económicas a obtener la atención médica experta y oportuna que necesitan para diagnosticar y tratar el IBC.

www.LindsaysLegacyFund.com/

Susan G. Komen Foundation

La Susan G. Komen Foundation gestiona un programa de asistencia a pacientes basado en cada necesidad. Está disponible para todos los pacientes con cáncer de mama, incluido el IBC. Solicite información en línea para comprobar si cumple los requisitos de elegibilidad.

www.Komen.org/Financial-Assistance-Program/

The IBC Network Foundation

The IBC Network Foundation financia la investigación sobre el IBC. También comparte información y brinda educación al público y a la comunidad médica. Los voluntarios de The IBC Network Foundation también hacen todo lo posible por capacitar a los pacientes para que busquen atención especializada en IBC y tomen decisiones informadas sobre su tratamiento.

TheIBCNetwork.org/

Historias de pacientes

Para leer las experiencias de otros pacientes diagnosticados con IBC, escanee los códigos QR:



[Por qué esperé 10 años para someterme a una reconstrucción del seno](#)



[Una sobreviviente de cáncer de mama inflamatorio encuentra esperanza en un ensayo clínico](#)



[Sobreviviente de cáncer de mama inflamatorio:
Me alegro de haber ido a MD Anderson](#)



[Una superviviente de cáncer de mama inflamatorio
encuentra esperanza en MD Anderson](#)



[Una superviviente de cáncer de mama en estadio IV agradece poder
ver crecer a su hijo](#)

[illegible]

