

Cirujano General

Volumen **25**
Volume

Número **2**
Number

Abril-Junio **2003**
April-June

Artículo:

Carta al editor

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Sr. Editor de la revista Cirujano General, me tomo el atrevimiento de realizar algunos comentarios acerca del artículo: "Cirugía conservadora, hito en el tratamiento del cáncer mamario. Análisis de 105 pacientes" realizado por el Dr. Torres Trujillo y colaboradores.¹

En las instrucciones para los autores que se publican en la revista Cirujano General dice a la letra en el rubro de resúmenes y palabras clave: Deberá ser de tipo estructurado, *con una extensión máxima de 250 palabras...* Sin embargo, en el resumen del mencionado artículo dicha norma fue rebasada, pues el texto contiene más de 700 palabras. Por tanto, ¿es qué acaso existen autores para los cuales las normas descritas para la publicación de trabajos no se aplican? O ¿las normas son laxas? En caso que existan excepciones a las reglas, le solicito atentamente al editor de la revista se publiquen éstas para que sean del conocimiento general.

En el inciso de pacientes y métodos se señaló: Se consideró contraindicado el procedimiento conservador en los casos con tumores de localización central. Sin embargo, en la figura 3 se indicó que 2 pacientes con tumor central fueron sometidos a cirugía conservadora de la mama.

Márgenes quirúrgicos de 2 cm alrededor del lecho del tumor. Estos márgenes se consideran amplios, sin embargo, una de las contraindicaciones para la cirugía conservadora de la mama es la relación mama-tumor desfavorable,² que aunado a los márgenes amplios pueden originar un resultado cosmético inadecuado en mamas pequeñas. En su periodo de estudio ¿cuántos pacientes en estadios clínicos I y II no fueron candidatos a cirugía conservadora por una relación mama-tumor desfavorable?

Por otro lado, estudios recientes señalan que en mujeres jóvenes (menores de 45 años) los márgenes de seguridad para la cirugía conservadora deben ser de al menos 3 cm, por lo que llama la atención que en su población estudiada en donde hubo aproximadamente 40 pacientes menores de 40 años sus márgenes quirúrgicos fueron negativos.³

Los criterios para aplicar quimioterapia en sus pacientes fueron: 4 o más ganglios con metástasis, ocasionalmente guiada por la determinación de receptores hormonales en unas y por la edad o el estado menstrual en otras. El criterio seguido fue: casos con receptores hormonales negativos o premenopáusicas. Seis ciclos a las dosis habituales. Su criterio de 4 ganglios o más con metástasis para la aplicación de quimioterapia es anacrónico.^{2,4} Además, la determinación de receptores hormonales en muestras del tumor en forma ocasional dista mucho de ser la norma actual de manejo. En cuanto a

las dosis de quimioterapia no existe el término dosis habituales, sino que en todos los trabajos en que la quimioterapia se utiliza se indican las dosis y métodos de aplicación. Además, de que aunque se aseguró inicialmente en pacientes y métodos que los esquemas de quimioterapia fueron a base de FAC o FEC, en la discusión se señaló que además se utilizó el CMF (17 pacientes), de forma tal que no se especificaron las dosis, ni la proporción de pacientes que utilizaron los 2 primeros esquemas de quimioterapia descritos, ni si fueron aplicados cada 21 ó 28 días.

En ningún momento se señaló en datos histopatológicos si existió en sus muestras la presencia del patrón comedo-carcinoma, grado histológico, permeación vascular o linfática. Actualmente cualquiera de estos elementos es necesario informarlo en los reportes de patología de los tumores mamarios.²

Incluir en sus estadísticas a pacientes con buen pronóstico intrínseco como son los portadores de tumores coloides, medulares y los *in situ* con microinvasión incrementa sus buenos resultados,⁵ sin embargo, estos patrones histológicos son los mejores candidatos para la cirugía conservadora. Pero, ¿cómo sustentar una disección radical de axila en pacientes con un riesgo tan bajo para metástasis ganglionares (0 a 10%) como son los tumores *in situ* con microinvasión?²

¿No hubo edema postmastectomía en ningún paciente de su estudio? ¿Tomaron en todas las pacientes el diámetro del brazo ipsilateral al término del tratamiento oncológico?, pues se sabe que una evaluación subjetiva de esta complicación resulta en una frecuencia menor a la real que ocurriría si se utilizaran medios objetivos para determinarla.⁶ Por otro lado, ¿no hubo casos de fibrosis de la piel del área radiada, neumonitis, necrosis grasa, fracturas costales, o parestesias en el territorio del nervio intercosto-braquial en ningún paciente?

Su tasa de recurrencias locales de 5.7%, verdaderamente es una cifra muy buena, pero en estos casos de recurrencia local ¿cuáles fueron los factores asociados a la recurrencia? ¿Las recurrencias presentadas fueron tumores invasores o *in situ*?

En el caso de sus 16 pacientes que desarrollaron metástasis ¿cuáles fueron los factores asociados a la recurrencia en este grupo? ¿En estos casos se encontraron los 11 pacientes que presentaron más de 3 ganglios con metástasis del tumor?

El término factores de riesgo de diseminación subclínica fue señalado en varias ocasiones dentro del texto pero nunca fue especificado, por lo que es conveniente definirlo.

No se requirió de radioterapia en el campo axiloclavicular en este grupo de pacientes. Sin embargo,

hubo 11 individuos con más de 3 ganglios positivos en el estudio histopatológico y ¿por qué estos casos fueron eximidos de la radioterapia a la axila y hueco supraclavicular?^{7,8} Por otro lado, en sus casos con tumores de localización medial (aproximadamente 15 según la figura 3) ¿no se administró radioterapia a los ganglios de la cadena mamaria interna?

El término sobrevida utilizado en las figuras 8, 9 y 10 es un barbarismo que no existe en el idioma español, y que debe evitarse pues deforma el lenguaje, en su lugar debe utilizarse el término supervivencia.

En el trabajo se indicó: No es posible aseverar que hay cambios en el patrón de edad en la presentación de la neoplasia en los últimos años. Sin embargo, el artículo del Dr. Rodríguez Cuevas⁹ en un análisis de los casos del Registro Histopatológico de las Neoplasias (29,075 pacientes) encontró que el promedio de edad de la mujer mexicana con cáncer de mama es de 51 años, es decir una década antes que en los EUA o Europa, y que en el 45.5% de los casos ocurre antes de los 50 años, datos que concuerdan con otros estudios realizados en nuestro país.¹⁰⁻¹²

¿Por qué no se comparó la supervivencia entre los casos en estadio clínico I y IIa? En conclusión, el trabajo del Dr. Torres Trujillo y colaboradores cae en contradicciones, poca claridad e imprecisiones frecuentes que resta firmeza a sus resultados. Por lo tanto le solicito al autor, respetuosamente, tenga a bien aclarar mis cuestionamientos.

Referencias

1. Torres TR, Basurto KE, Olmos RG, Labastida AS. Cirugía conservadora, hito en el tratamiento del cáncer mamario. Análisis de 105 pacientes. *Cir Gen* 2002; 24: 11-21
2. Winer EP, Morrow M, Osborne CK, Harris JR. Malignant tumors of the breast. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors: *Cancer. Principles and practice of oncology*. 6th edition Lippincott Williams and Wilkins 2001: 1651-1716.
3. Vicini FA, Recht A. Age at diagnosis and outcome for women with ductal carcinoma-*in-situ* of the breast. A critical review of the literature. *J Clin Oncol* 2002; 20: 2736-44.
4. Esteba FJ, Hortobagyi GN. Adjuvant systemic therapy for primary breast cancer. *Surg Clin North Am* 1999; 79: 1075-90.
5. Simpson JF, Wilkinson EJ. Malignant neoplasia of the breast: infiltrating carcinomas. In: Bland KI, Copeland EM III, editors: *The breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases*. 2^a edition Saunders Company 1998: 285-95.
6. Meric F, Buchholz TA, Mirza NQ, Vlastos G, Ames FC, Ross MI et al. Long-term complications associated with breast-conservation surgery and radiotherapy. *Ann Oncol* 2002; 9: 543-9.
7. Taghian AG, Powell SN. The role of radiation therapy for primary breast cancer. *Surg Clin North Am* 1999; 79: 1091-115.
8. Morrow M, Craig-Jordan V, Takei H, Gradishar W, Pierce LJ. Current controversies in breast cancer management. Postmastectomy radiotherapy revisited: implications for improved breast cancer survival. *Curr Probl Surg* 1999; 36: 194-206.
9. Rodríguez-Cuevas S, Macías CG, Franceschi D, Labastida S. Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican women than in women in the United States or European countries. *Cancer* 2001; 91: 863-8.
10. Vital RVS, Pérez FI. Evolución del cáncer mamario. Experiencia clínica de cinco años en un hospital urbano. *Ginecol Obstet Mex* 1998; 66: 92-7.
11. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, López-Cervantes M, Rueña-Neria C. Identificación de lesiones mamarias malignas en México. *Salud Pública Mex* 2001; 43: 199-202.
12. Calderón-Garcidueñas A, Parás-Barrientos FU, Cárdenas-Ibárra L, González-Guerrero JF, Villareal RE, Staines BT et al. Risk factors of breast cancer in Mexican women. *Salud Pública Mex* 2000; 42: 26-33.

Dr. Carlos Manuel Mendoza

Cirujano Oncólogo,

Hospital General Tacuba,

ISSSTE

Lago Ontario No. 119

Col. Tacuba, 11410,

México, D.F.

E-mail: cortizmendoza@yahoo.com.mx

