

Cirujano General

Volumen **25**
Volume

Número **2**
Number

Abril-Junio **2003**
April-June

Artículo:

En respuesta a la 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*



En respuesta a la carta al editor

En relación a los comentarios suscitados acerca del artículo sobre "Cirugía conservadora, hito en el tratamiento del cáncer mamario. Análisis de 105 pacientes" (Cir Gen 2002; 24: 11-21), me permito hacer las siguientes precisiones: El trabajo en cuestión requirió, por su extensión, una reducción sugerida por el Editor aceptada por los autores, de suerte que se eliminaron una serie de detalles algunos de los cuales son quizás el motivo de sus cuestionamientos; se consideró que muchos de los datos que originalmente contenía eran motivo de información especializada, de poco interés general y se trató solamente de resaltar el cambio muy trascendente en la amplitud de condiciones generales de un procedimiento que marcó, a nuestra manera de entenderlo, un hito en la conducta quirúrgica del cáncer mamario.

Por otro lado, el lector debe situarse en la época del inicio del estudio (1982) y considerar que alguna(s) de las conductas de aquella época resultan obsoletas en la actualidad, sin que necesariamente sean contradicciones o imprecisiones como usted lo señala. Consideramos los autores importantes reunir al menos 100 casos, que tuvieran un tratamiento similar a pesar que durante su recolección existieran cambios en su manejo, que aún a la fecha están en el terreno de la discusión y sólo se llevaron al cabo aquellos que pudieran manifestarse negativamente en la sobrevida de las pacientes, tal es el hecho de cambio en los esquemas de quimioterapia.

Hechas estas aclaraciones y sin entrar en muchos detalles ni precisiones bibliográficas, trataré como es mi obligación de autor principal del mencionado trabajo, hacer las aclaraciones que usted como lector exige.

En el tratamiento quirúrgico conservador del cáncer mamario (Consenso Mexicano del Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario) se señalan contraindicaciones absolutas y relativas para el mismo. Una de las relativas, se refiere a la localización del tumor retroareolar, que pierde su valor cuando se extirpa un tumor de tal localización con márgenes adecuados (con o sin extirpación de la areola y pezón) y sea posible obtener un resultado cosmético satisfactorio, lo que se consigue en mujeres con mamas grandes. Esta afirmación la puede usted corroborar en los criterios de inclusión seguidos en el mencionado consenso mexicano y en el estudio NSABP B-06, mismos que lo invito a consultar.

No puedo, desafortunadamente, informar acerca del número de pacientes en estadios clínicos I y II rechazadas para llevar al cabo el procedimiento objeto de nuestra comunicación, por motivo de existir una relación mama tumor desfavorable y le agradecería que, en forma personal, me comunique, cualquier estudio que señale tal precisión.

Los márgenes quirúrgicos alrededor del tumor primario, fueron discutidos por el primer autor de esta comunicación en el consenso mexicano referido anteriormente, así como en la elaboración de la Norma Oficial Mexicana al respecto, misma que también sugiero consulte.

Al respecto, le puedo afirmar categóricamente que en toda la población de nuestro estudio, sin importar su edad, se respetaron los márgenes señalados en el apartado de los métodos y que no veo el motivo de su asombro ante tal afirmación. Lo que probablemente ocurre es una confusión en usted en relación a los diversos procedimientos utilizados en la actualidad en el tratamiento quirúrgico conservador (excisión local amplia, tilectomía, cuadrantectomía), en el primero de los cuales, y sin importar la edad, es posible tener márgenes inadecuados.

La respuesta al siguiente apartado de su comentario, en cierta manera se encuentra en las consideraciones hechas inicialmente y agrego, para su información, que en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del IMSS, donde fui jefe del servicio de tumores mamarios, se implementó por primera vez en nuestro medio la determinación y uso clínico de los receptores hormonales en el tratamiento del cáncer mamario, método que en esa época no se encontraba disponible, ni por la técnica ni por el costo, en todos los hospitales. Como se menciona en nuestro trabajo, ocasionalmente fueron utilizados y creo que en la actualidad, por la segunda situación, aún en centros oficiales no se dispone de la práctica habitual de realizar su determinación aislada o como parte de la batería de marcadores tumorales en el cáncer mamario.

El criterio de utilizar como referencia el número de 4 ganglios metastásicos de la pieza operatoria para indicar terapia adyuvante, era el vigente en la época de la iniciación de nuestro informe; anacrónico resulta para las generaciones actuales, que se nutren sólo con informes recientes, sin echar un vistazo a lo que ocurrió cuando aún soñaban con ser facultativos.

Actualmente, como usted lo leyó en nuestra comunicación, dicha terapia se usa hasta en casos seleccionados que tienen ganglios negativos en la pieza operatoria.

Respecto a la dosis de quimioterapia le informo que en el esquema de CMF, la ciclofosfamida fue de 600 mg, el metotrexate de 40 mg y la de 5 fluorouracilo de 600 mg por metro cuadrado de superficie corporal. El esquema requiere de dos fases; en la primera de las cuales se administra el esquema completo y 8 días después, el refuerzo con metotrexate y 5 fluorouracilo, repitiéndose el esquema 28 días después.

En los esquemas de FAC y FEC las dosis de 5 Fu y de la ciclofosfamida son idénticas al esquema anteriormente mencionado, las de adriblastina son de 40-50 mg, y de epirrubicina de 60-80 mg, por metro cuadrado de superficie corporal, con intervalos de 21 días; le informo además de que el tratamiento de quimioterapia, siempre fue administrado por un oncólogo médico.

Es obligación del patólogo y en la totalidad de los casos, se exigió en los informes anatomo-patológicos de las piezas operatorias los hallazgos microscópicos del tumor que usted señala, como el grado nuclear, la invasión vascular y/o linfática. Aprovecho para mencionar que corresponden a lo que nosotros, como muchos autores, denominamos como factores de diseminación sub-clínica y que son utilizadas en concurso con los marcadores tumorales, para indicar la terapia adyuvante en los casos con ganglios negativos.

No se tomó la medida del diámetro del brazo de las pacientes para determinar la existencia de edema del mismo, que se presentó en siete, apreciados subjetivamente.

Desafortunadamente no fue posible tener acceso a los expedientes del tratamiento con radioterapia que

recibió este grupo de pacientes, pero hasta su fallecimiento todas fueron tratadas por uno de los mejores exponentes de la especialidad en nuestro país y tengo pocas dudas de que no se les haya administrado el tratamiento con radiaciones que requerían en los casos de múltiples metástasis ganglionares axilares, así como en aquellos casos con tumores de localización media.

En el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas 12 (1984) de la Editorial Salvat, en la pág. 1066, se encuentra la palabra sobrevida, que significa lo que todos los médicos conocemos; por otro lado una consulta al respecto hecha a Doctores en lingüística del Colegio de México fue contestada de la siguiente manera: *"El uso de un término por la comunidad médica en forma corriente y frecuente justifica su uso y le da legitimidad como término de jerga médica; lo que interesa es la connotación del concepto y su significado central"*.

En la serie que nosotros presentamos, no existe cambio en el patrón de edad de presentación del cáncer mamario.

Agradezco el que usted forme parte de los lectores que colocaron a nuestro trabajo en uno de los diez más leídos en la revista inicialmente mencionada; de mucho mayor valor sería que en su extensa crítica, la mayor parte de la misma basada en trabajos hechos en el extranjero, hubiera usted incluido su experiencia personal o institucional en el tema.

Dr. Román Torres Trujillo
Dr. Erich Basurto Kuba

Dr. Gustavo Olmos Ramírez
Dra. Sonia Labastida Almendaro