

COLABORADOR:

*J. Torramadé.*

«**BREAST CANCER THERAPY. THE PRICE OF SUCCESS**». Craig Henderson I. *Nejm* 1992; 326: 1774-1775.

El autor hace en este editorial una llamada de atención acerca de los beneficios y riesgos proporcionados por los tratamientos complementarios a la cirugía en el cáncer de mama.

El pronóstico del cáncer de mama ha mejorado ostensiblemente en los últimos años. Una conjunción de factores han facilitado este avance: el diagnóstico cada vez más precoz de los tumores, el efecto de los tratamientos quimioterápicos, la mejoría en las técnicas diagnósticas permite la detección de tumores con un potencial maligno incierto que en el pasado no se hubieran reconocido...

De 100 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, 60 son curadas con mastectomía o resección segmentaria más radioterapia, por lo que si reciben tratamiento quimioterápico pueden sufrir los efectos tóxicos de ésta sin recibir a cambio beneficio alguno.

En las 40 restantes, con peor pronóstico y con un riesgo potencial de recurrencia de la enfermedad, el beneficio no será uniforme. Algunas aumentarán la supervivencia unos pocos meses, otras 2 ó 3 años, pero aproximadamente 10 de ellas (25%) estarán vivas a los 10 años de la cirugía, hecho no esperable sin tratamiento coadyuvante.

Esta prolongación de la supervivencia representa un logro importante desde 2 puntos de vista: uno actual al disminuir la mortalidad por cáncer de mama y otro futuro, ya que abre el campo a nuevas posibilidades terapéuticas.

Es fundamental establecer una correlación entre los beneficios que se pueden esperar y el riesgo—incluso letal— que comporta el tratamiento quimioterápico, racionalizando la indicación de tratamiento complementario con una adecuada selección de las pacientes en que se va a aplicar. Hallar factores de riesgo claramente válidos y reconocidos que nos identifiquen el grupo de pacientes de riesgo elevado.

El número de determinaciones aumenta día a día, y la mayoría de las pacientes presentan una mezcla de factores de buen y mal pronóstico. La tendencia es, en estos casos, a ponerse en lo peor, provocando un efecto contrario al deseado: el aumento del

número de test no mejora la selección del grupo de pacientes de riesgo, sino que incrementa este grupo.

Es necesario un conocimiento profundo de las limitaciones y del valor clínico real de estos parámetros, una evaluación cuidadosa de los beneficios del tratamiento en cada caso particular y considerar todas las opciones con la paciente, ya que el juicio clínico para seleccionar los candidatos a recibir tratamiento complementario no puede sustituirse por los resultados de un test, una tabla de factores pronóstico o un consenso general realizado por un grupo de expertos.

**J. Torramadé**

«**PROGNOSIS OF PATIENTS WITH BREAST CANCER RELATED TO THE TIMING OF OPERATION**»

Donegan WL, Shah D. *Arch Surg* 1993; 128: 309-313.

Existen datos contradictorios en la literatura médica sobre la relación entre el momento del ciclo menstrual en el que se realiza la cirugía por un cáncer de mama y su pronóstico vital.

Los autores del artículo revisaron retrospectivamente los casos de 97 pacientes intervenidas por cáncer de mama que cumplían las siguientes características: enfermas premenopáusicas con ciclos regulares, fecha conocida de la última menstruación antes de la cirugía y tumores potencialmente curables.

Se dividieron en 2 grupos según la fase del ciclo menstrual en la que se practicó la intervención: 1) periovulatorio (n=42) entre los días 7 y 20, y 2) perimenstrual (n=55) días 0 a 6 y 21 hasta 37.

La edad, presencia o ausencia de afectación axilar y el estadio tumoral no mostraron diferencias entre los 2 grupos.

Se presentó recurrencia de la enfermedad en 11 (20%) pacientes incluidas en la fase perimenstrual del ciclo y en 13 (31%) de las del grupo periovulatorio. El 7 y 17% de las pacientes, respectivamente, fallecieron a consecuencia de la enfermedad. Ni la supervivencia global ni la libre de enfermedad mostraron diferencias con significación estadística entre los 2 grupos de pacientes.

En 84 pacientes se había realizado una biopsia previa, por lo que también se consideró este parámetro de manera independiente y se constituyeron 2 grupos en función del momento de la biopsia. Tampoco en este caso se hallaron diferencias entre los grupos.

Los datos publicados hasta ahora son dispares. Serie et al. (Nueva York) hallaron una recurrencia superior en un 14% en el grupo de pacientes intervenidas entre los días 1 y 14 frente a las que lo habían sido a partir del día 15, pero sólo cuando existía afectación axilar. Badwe et al. (Londres) publicaron para mujeres con ganglios positivos una disminución de la recurrencia en un 30% cuando fueron operadas entre los días 3 y 12 del ciclo menstrual. Por último, Rageth et al. (Zurich) no demostraron diferencias al comparar días 7 a 20 con 1 a 5 y 21 a 36, ni tampoco entre días 1-14 frente al resto.

Se ha demostrado una influencia hormonal sobre la citotoxicidad mediada por las células natural killer, que actúan como inhibidoras de la diseminación e implantación metastásica del tumor, y es posible que diferencias en las concentraciones sanguíneas de las hormonas sexuales en el momento de la resección quirúrgica puedan cambiar la efectividad de estas células.

Pese a ello, y con los datos del estudio, los autores concluyen que no puede justificarse ningún retraso en el tratamiento quirúrgico en función del ciclo menstrual de la paciente.

**J. Torramadé**