

Se cuestiona seriamente el trasplante de médula ósea en el tratamiento de cáncer de mama

Señor director:

La quimioterapia es el tratamiento general del cáncer de mama avanzado (con metástasis en órganos distantes de la mama) y de los casos con alto riesgo de metástasis (más de nueve ganglios axilares metastatizados). Sin embargo, buscando mejores efectos que los conseguidos con la quimioterapia convencional se planteó la posibilidad de aplicar una quimioterapia con altas dosis y por tanto muy tóxica, provocando incluso la aplasia medular (recordemos que en la médula ósea es donde se producen las células sanguíneas), motivo por el cual se ideó el autotrasplante de médula ósea tomando de ella células hematopoyéticas precursoras (*Stem cell*) que también existen en la sangre periférica. En la actualidad se realiza con éstas, preservándolas en condiciones especiales, aplicando la quimioterapia intensiva o de altas dosis y reponiendo seguidamente los elementos previamente preservados e incluso procurando factores estimulantes de colonias de granulocitos que ya existen comercializados.

Los resultados no son todo lo satisfactorios que se esperaba cuando se iniciaron los ensayos, pues los éxitos no van más allá de los 8-18 meses de supervivencia y sólo se ha indicado esta técnica en casos muy concretos de pacientes en las que se había conseguido un efecto positivo, con remisión completa de la enfermedad, al tratarla con la quimioterapia adyuvante estándar. Lamentablemente, pecando de un exceso de optimismo, se han incluido casos para este tipo de terapia en distintos centros sin todos los requisitos de selección exigidos.

Incluso se están ensayando protocolos con doble tratamiento de quimioterapia de altas dosis, pero a la vista de lo que vamos a comentar no parece que sea éste el camino para el tratamiento definitivo del cáncer de mama avanzado o del cáncer de mama con alto riesgo de producción de metástasis a distancia (en otros órganos).

En informe preliminar de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) a la XXXV Reunión que tendrá lugar el 15-17 de mayo de 1999, y dado a conocer el 15 de abril de 1999, han visto que después de analizar cinco ensayos con esta terapia los resultados son muy ilustrativos. Uno de los estudios en mujer de alto riesgo (10 o más ganglios axilares afectados) con 783 mujeres en dos subgrupos, uno con quimioterapia de altas dosis y otro con quimioterapia estándar, ha demostrado que tras 3 años la supervivencia libre de enfermedad ha sido igual en ambas poblaciones (68% en la de altas dosis y 64% en la estándar), la supervivencia global fue del 78% en el grupo de la quimioterapia de altas dosis y del 80% en la estándar y además murieron 29 mujeres en el primer subgrupo a causa del tratamiento (7,4%) y en el segundo subgrupo ninguna (0%).

Estos datos obligan a ser muy cautos en cuanto a indicar un tratamiento con quimioterapia de alta dosis y soporte hematopoyético. Deben seleccionarse los casos muy meticulosamente, siempre dentro de un ensayo clínico, y con pleno conocimiento y consentimiento de la paciente, pero a la vista de estos trabajos parecería lo más cauto dejar de practicar este tipo de quimioterapia en espera de futuros resultados.

Debemos insistir una vez más en la importancia de los diagnósticos precoces y tempranos, para lo cual la mejor recomendación es la práctica de la revisión mamaria anual y mamografía periódica anual a partir de los 40 años o antes si hay riesgo familiar o de otro tipo para padecer cáncer de mama.

Hay que recordar una vez más que el carcinoma *in situ* bien tratado se cura en todos los casos.

A. Fernández-Cid

*Jefe de los Servicios de Ginecología
y director del Comité de Mastología.
Instituto Universitario Dexeus de Barcelona.*