

La patología mamaria como área de capacitación

Señor director:

Recientemente se ha desestimado la inclusión de la patología mamaria en el proyecto de Real Decreto sobre áreas de capacitación. Esta decisión nos ha extrañado muchísimo a los profesionales de la sanidad que convivimos con ella, y creo necesarias algunas reflexiones sobre el tema. La patología mamaria es una realidad frecuente y cotidiana en el mundo de la salud. Se ha aplicado diferentes denominaciones para definir el conjunto de conocimientos que se dispone sobre la misma. Así se ha propuesto en diferentes ocasiones términos como senología o mastología, llegando en ocasiones a debates públicos entre cualificados profesionales de la salud para elegir uno u otro término. Pero lo importante en este caso no es en sí el nombre que se elija, sino que es reflejo de la realidad independiente que supone hoy día la patología mamaria.

En la actualidad toda la sociedad y no sólo los facultativos, incluyendo desde los pacientes hasta los directores y gestores sanitarios, deben de ser conscientes de la falta de reconocimiento de la patología mamaria como especialidad médica. La mama es un órgano del cuerpo humano con anatomía, fisiología y patología únicas y diferentes del resto de los otros órganos, pero actualmente la legislación vigente no contempla la necesidad de un médico especializado en su diagnóstico y tratamiento como ocurre con otros órganos como el pulmón o el corazón. Si realizamos una búsqueda bibliográfica de la mama (*breast*) en una base de datos médicos como es Medline, sólo en los últimos 4 años encontramos más de 28.000 nuevos artículos científicos, de cuyos resultados debería ser consciente un facultativo interesado en tratar correctamente esta patología. Como es de suponer, la cantidad de tiempo a emplear casi imposibilita el dedicarse a otro campo que no sea propiamente el de la mama, y aunque también se traten otras patologías lo habitual es que requiera una atención preferente. Incluso algunos facultativos de gran y merecido prestigio científico y profesional, que se polarizan en un área muy concreta como es el cáncer de mama, presentan importantes lagunas de conocimiento en otras facetas como son la patología congénita, infecciosa, inflamatoria y/o funcional (por ejemplo, los trastornos de la lactancia). Precisamente es en estas facetas donde se detectan con más frecuencia el

olvido y la falta de proyectos de investigación, arrastrando concepciones anticuadas que dificultan el progreso de los tratamientos. Así, por ejemplo, sobre el problema de las mastitis en las mujeres sólo se encuentran 158 referencias científicas al realizar una búsqueda de los últimos 4 años en Medline frente, por ejemplo, a las 1.930 de una entidad como la psoriasis, de evolución completamente benigna.

No es difícil darse cuenta de que los principales perjudicados son los pacientes, ya que son diagnosticados y tratados por médicos que interpretan la patología mamaria parcialmente, desde el punto de vista de su especialidad y sin tener unos conocimientos globales de esta materia. Por otro lado ha sido inevitable que surja el concepto de la multidisciplinariedad en el tratamiento de la patología mamaria al concurrir diferentes especialistas en el tratamiento de nuestras pacientes. En este contexto se produce con frecuencia el desorden en sus actuaciones, realizadas con corrección, pero muchas veces con fallos de comunicación y realizadas sin armonía. Las pacientes notan angustiadas que no hay un responsable claro de su diagnóstico y tratamiento al que dirigirse cuando surge algún problema. Es, por tanto, conveniente y necesaria la presencia de un «director de orquesta» que armonice la actividad de tantos profesionales y oriente todas las actuaciones hacia un beneficio personalizado de cada paciente. De la falta de esta figura han surgido agrias discusiones al disputarse la coordinación de las actuaciones propias y ajenas. Considero que no debe ser elegido un especialista cualquiera de los ya existentes para este arduo cometido, sino que debería instaurarse la figura de un nuevo especialista: el senólogo o mastólogo, etc., o como quiera llamársele, pero independiente, al fin y al cabo, de los lastres de otras especialidades y que llegue, desde un punto de vista más global, no sólo coordinando actuaciones, sino además aportando iniciativas de trabajo e investigación que apoyen y complementen a los otros especialistas.

De la mano de esta capacidad de orientación de las pacientes hemos de referirnos al concepto de responsabilidad. Este nuevo especialista acudiría a llenar un vacío que han sufrido muchas pacientes cuando han acudido a ser atendidas y diagnosticadas por patologías mamarias de diagnóstico o tratamiento difícil, de-

pendientes de la generalmente poca profundidad con que el facultativo conociera aquella patología, poco frecuente o mal definida. En numerosas ocasiones han sido remitidas a varios especialistas, sin que ninguno resolviera su problema o les ofreciera, al menos, la posibilidad de un seguimiento de su enfermedad, desarrollando una desconfianza progresiva hacia los facultativos.

Desde cierto punto de vista hemos de reconocer que todos los que nos dedicamos a la patología mamaria sólo somos aficionados, que en vez de concentrarnos únicamente en esta materia nos debemos también a otros campos completamente diferentes y que en un momento determinado se nos puede reclamar para la asistencia de otros problemas médicos relacionados con nuestra especialidad genérica. Así, por ejemplo, los cirujanos que se ocupan de la mama deben además ocuparse de toda la cirugía digestiva, pared abdominal, politraumatizados, cirugía de cara y cuello que incluye la patología tiroidea y salivar, etc. La realidad cotidiana es que ante la dificultad de conocer

en profundidad todos estos campos los profesionales se reparten el trabajo y acaban muchas veces «subespecializándose» en uno de ellos para atender una patología que progresivamente alcanza cotas de complejidad inasequibles.

La sociedad hoy día debe exigir la presencia de facultativos con especial dedicación a la patología mamaria, con conocimientos profundos en todas sus áreas y en permanente proceso de actualización. Deben manejar protocolos diagnósticos y terapéuticos basados en la evidencia médica y aplicarlos de un modo personalizado según las características de cada paciente y de los medios de trabajo. Para ello debe elevarse esta disciplina al nivel de especialidad o área de capacitación y ser enseñada en centros acreditados por organismos competentes.

Dr. A. García-Vilanova Comas

*Máster en Senología y Patología Mamaria.
Especialista en Cirugía General y Digestiva.*

Quimioterapia intensiva y trasplante de médula en cáncer de mama: ¿un tratamiento fraudulento?

Señor director:

En el último número de la *Revista de Senología y Patología Mamaria* se publica una carta al director del doctor Fernández-Cid en la que se sugiere que la quimioterapia intensiva del cáncer de mama constituye un fraude¹. El doctor Fernández-Cid basa su afirmación, básicamente, en la comunicación que el doctor W. Bezwoda realizó en la sesión plenaria de la reunión anual de 1999 de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) y que resultó contener información falsa. Creo que el doctor Fernández-Cid está mal informado, confunde las cosas y puede involuntariamente inducir a confusión a los lectores de esta revista, por lo que me gustaría hacer los siguientes comentarios aclaratorios a su carta:

— El doctor Bezwoda presentó en ASCO 99 un estudio en el que se comparaba quimioterapia adyuvante convencional FAC con quimioterapia intensiva en cáncer de mama de alto riesgo (10 o más ganglios axilares). En este estudio la quimioterapia intensiva fue superior a la con-

vencional. El doctor Bezwoda mintió en su presentación al afirmar que la quimioterapia adyuvante convencional de su estudio era FAC cuando en realidad era CNV (ciclofosfamida, mitoxantrone, vincristina) como él mismo aceptó posteriormente. Al parecer con esta falsedad intentaba evitar las críticas de los oncólogos americanos por la elección en su estudio de una rama control que en EE. UU. no hubiera sido aceptada como estándar. Este fraude desacredita completamente al doctor Bezwoda, pero de ninguna manera a la quimioterapia intensiva como sugiere el doctor Fernández-Cid.

— En la reunión de ASCO celebrada este año en Nueva Orleans el doctor Rodenhuis presentó un estudio del Netherlands Working Party on Autotransplants in Solid Tumors. Dicho estudio fue realizado en 10 centros holandeses, reclutó 885 pacientes con cuatro o más ganglios axilares y comparó cinco ciclos de FEC (rama control) frente a cuatro ciclos de FEC seguidos de quimioterapia intensiva con soporte hemopoyé-

tico (rama estudio)². Existió un comité de monitorización de datos, externo e independiente, formado por los doctores Goldhirsch (Suiza), Piccart (Bélgica) y Parmar (Inglaterra), para garantizar la fidelidad de los datos. En el análisis de las primeras 284 pacientes, cuyo seguimiento es lo suficientemente amplio para extraer conclusiones, la supervivencia libre de progresión favoreció de forma estadísticamente significativa a las enfermas trasplantadas (77% frente a 62% a los 3 años, $p = 0.009$). La supervivencia global fue asimismo superior con trasplante (89% frente a 79%, $p = 0.039$). Este estudio, que el Dr. Fernández-Cid no menciona en su carta, es, por tanto, claramente positivo para el trasplante de médula en cáncer de mama de alto riesgo.

- Es útil saber que el Instituto Universitario Deixus de Barcelona decidió en abril de 1999 suspender el programa de quimioterapia intensiva para el cáncer de mama. En el Hospital Universitario San Carlos de Madrid tenemos una percepción muy distinta del problema. En nuestro centro ofrecemos a las mujeres con cáncer de mama locorregional de alto riesgo (cuatro o más ganglios axilares afectados) la posibilidad de participar en el estudio randomizado B-321 del grupo cooperativo BCIRG (Breast Cancer International Research Group), en el que se comparan seis ciclos de quimioterapia adyuvante TAC (taxotere, adriamicina, ciclofosfamida) con cuatro ciclos de TAC seguidos de quimioterapia intensiva con trasplante de pro-

genitores hemopoyéticos. Los cerca de 40 investigadores de primer nivel de los EE. UU., Canadá y Europa que participan en este estudio no coinciden, desde luego, con la afirmación del doctor Fernández-Cid sobre el carácter fraudulento de la quimioterapia intensiva del cáncer de mama.

La quimioterapia intensiva del cáncer de mama continúa siendo una terapia experimental, pero no constituye en modo alguno un fraude. Dentro de unos pocos años podremos conocer el verdadero papel que este tratamiento juega en el manejo del cáncer de mama. Entre tanto parece prudente mantener una actitud expectante y no precipitarnos realizando afirmaciones subjetivas poco fundadas que pueden confundir a muchos médicos e inducir a las pacientes a la no participación en los ensayos clínicos de quimioterapia intensiva del cáncer de mama actualmente en marcha.

M. Martín

*Servicio de Oncología Médico.
Hospital Universitario San Carlos.
Madrid.*

REFERENCIAS

1. Fernández-Cid Fenollera A. El fraude del trasplante de progenitores de médula ósea y quimioterapia intensiva en el cáncer de mama. *Rev Senología y Patol Mam* 13:110,1000.
2. Rodenhuis S, Botenbal M, Beex LVAM, et al. Randomized phase III study of high-dose chemotherapy with cyclophosphamide, thiotepa and carboplatin in operable breast cancer with 4 or more axillary lymph nodes. *Proc. ASCO* 2000;19:331.