

CARTA AL DIRECTOR

RÉPLICA

Sr. Director:

Estamos de acuerdo con los autores de la carta en que la realidad en muchos de nuestros hospitales dificulta la implantación de la técnica de RM. Esta realidad se debe a múltiples factores, siendo el principal la complejidad añadida del análisis de las lesiones adicionales y del trabajo que implica incorporar nuevos métodos en la práctica diaria. La resistencia al eventual beneficio de las tecnologías es otro de los factores limitantes en su difusión. Asimismo determinados modelos de gestión no favorecen el trabajo integrado y la aproximación multimodal –integración de todas las técnicas– a las patologías. Nuestro artículo pretende precisamente demostrar que esto es factible y beneficioso para las pacientes si se realiza en un contexto sistemático y riguroso. También estamos de acuerdo en que el radiólogo de mama debe manejar con soltura la técnica y aplicar los conocimientos de mamografía, ecografía e intervencionismo a la interpretación de las imágenes de RM. La escasez de centros dotados con dispositivos de biopsia se puede solucionar creando unidades de referencia a donde se puedan remitir aquellas pacientes que lo necesiten o también con el compromiso de las unidades de mama en la evaluación sistemática de las tecnologías. El aspecto económico (al menos la vertiente social inmediata) es quizás el menos relevante, habida cuenta de que nadie cuestiona los millones de euros invertidos en realizar RM de columna, de rodilla o RM cerebrales a pacientes en quienes no se va a cambiar la actitud terapéutica ni modificar su pronóstico.

En cuanto al análisis de las lesiones adicionales sin confirmación histológica, en la página 60 del artículo (1), bajo el epígrafe “Análisis Estadístico” dejamos claro que se excluyeron del cálculo de validación todas las lesiones que no se biopsiaron, no se incluyeron en la pieza quirúrgica y no fueron sometidas a seguimiento con RM, además de todas las lesiones que desaparecieron con la quimioterapia y no fueron biopsiadas previamente. Sí que consideramos verdaderos negativos todas las que fueron catalogadas como BIRADS 3 y seguidas evolutivamente con RM, con un diámetro medio de 5,3 mm. El total de estas lesiones fue de 35, 28 de las cuales (80%) eran contralaterales. No disponemos de datos concretos sobre el tratamiento de que siguieron estas pacientes (si se les ad-

ministró hormonoterapia o no además de quimioterapia adyuvante), pero definitivamente la mayoría de estas lesiones no fueron sujetas a tratamiento con radioterapia. En estas pacientes en seguimiento es igual o superior a 24 meses, criterio de benignidad aceptado en las diferentes series de la literatura.

El estudio de Fisher (2) no pretende en ningún momento randomizar a las pacientes como los autores dicen, ya que se trata únicamente de la comparación de dos series de pacientes realizadas dentro del mismo hospital, con un único servicio de oncología, pero con dos unidades quirúrgicas con diferente protocolo (cirujanos y ginecólogos). Se trata de un estudio descriptivo de dos cohortes de pacientes, tratadas en el mismo hospital. No hay series de mastectomía innecesaria con la estadificación convencional (mamografía y ecografía), lo que si hay son datos de la prevalencia de recidiva (alrededor del 6%) y la cohorte de Fisher solo muestra que en ese grupo es menor y como variable independiente se postula la RM.

Además del número de mastectomías innecesarias, actualmente debe preocupar más el número de reexcisiones y reintervenciones innecesarias que produce el uso de la mamografía y la ecografía en la estadificación del cáncer de mama. En la serie de Solin (3), es del 58%. Los porcentajes más optimistas (4) con costosos análisis intraoperatorios de los bordes, establecen la tasa en un 20% (oscila entre un 20 y un 70%). En un análisis de las pacientes con lesiones no palpables intervenidas en nuestro hospital durante los años 2006 y 2007 y estadificadas con RM, la tasa de reintervenciones por bordes afectados se sitúa en un 12% (5). Como podrá observarse, en la mayoría de nuestros pacientes no hay un aumento en la tasa de mastectomías sino una adecuada estratificación de las pacientes en función de la extensión local de la enfermedad.

El artículo de Solin (3) publicado recientemente no tiene el mismo diseño que el de Fischer o el nuestro. Además de las limitaciones que los propios autores reconocen (no se trata de un estudio prospectivo, sino retrospectivo y no randomizado, no se incluyó a pacientes con cáncer de mama localmente avanzado susceptibles de mastectomía) podemos apuntar unas cuantas más. Tan sólo el 23% de pacientes incluidas en el estudio eran pacientes con diagnóstico de cáncer de mama sin tratamiento previo. El 51% de las pacientes habían sido intervenidas por cáncer de mama y de sobra son conocidas las limitaciones de la RM en este contexto. Los autores no especifican cómo abordaron

las lesiones adicionales, qué criterios seguían para clasificar los hallazgos de la RM y ni siquiera ofrecen datos de la técnica de RM empleada. Consideramos que este trabajo carece de rigor metodológico ya que está excesivamente plagado de sesgos como para ser tenido en cuenta.

Afirmaciones como “uso indiscriminado” de la RM, las consideramos al menos equívocas, ya que inducen a confusión basada en opiniones. Existen guías de práctica clínica (6) que justifican el uso de la técnica en este escenario. Parece difícil no querer saber en las pacientes con cáncer la carga tumoral o soslayar en la discusión, las tasas de reintervenciones o las tasas de detección de tumores supuestamente metacrónicos en pacientes con cáncer de mama u obviar las tasas de detección de tumor oculto en la mama contralateral, en nuestra serie, un 3,8%. Los tumores sincrónicos contralaterales están ocultos en la mamografía en un porcentaje que ronda el 75%. Algunos estudios muestran resultados incluso más alarmantes y presentan cánceres contralaterales ocultos en un 19 o un 24% de los casos (7,8). El cribado de la mama contralateral en pacientes con cáncer de mama unilateral es una indicación válida para la realización de la RM preoperatoria. En la práctica real esto significa que la RM se recomienda en todas las pacientes con cáncer de mama histológicamente comprobado, aún incluso cuando la indicación de la estadificación del cáncer ipsilateral está bajo investigación. Especial atención merecen además escenarios clínicos como las mujeres jóvenes, las pacientes con mamas densas y los subtipos histológicos o de presentación no usual en los que las demás técnicas de imagen fracasan en la evaluación local (CDIS, carcinoma lobulillar) y donde además la prevalencia de la multicentricidad es alta (9,10).

El ensayo clínico COMICE (11), cuyos resultados se esperan a lo largo de este año, probablemente añadirá información relevante en este sentido. Se trata de un estudio multicéntrico y randomizado de 1850 mujeres que se inició en el año 2002 y cuyos objetivos son estudiar las tasas de recidiva, de radioterapia y quimioterapia, la calidad de vida, la precisión en la estadificación local, el porcentaje de cambio de actitud y el seguimiento de lesiones adicionales en dos grupos de cohortes, uno estadificado con RM y el otro no.

El signo de los tiempos (empleo tratamientos neoadyuvantes en tumores de poco tamaño y determinados por su perfil biomolecular, tratamientos ablativos no quirúrgicos como la radiofrecuencia o el HIFU, o tratamientos como la radioterapia parcial de la mama) mar-

ca precisamente la necesidad de disponer de una técnica que detecte cada vez con mayor precisión la carga tumoral de una paciente y la respuesta al tratamiento. Si además esta técnica es a la vez morfológica y funcional, como dice la Dra. Kuhl (12): “negando las posibilidades que ofrece la RM, tiraremos al bebé junto con el agua que sobra del baño”.

J. Camps, M. Sentís¹, V. Ricart, L. Bernet², B. Ballester, J. A. Casterá, C. Martínez-Rubio, I. Martínez, J. Cano

*Unidad de Mama. Hospital de La Ribera. Alzira, Valencia.
¹Área de Radiología de la Mama y Ginecología. UDIAT.
 Hospital Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia*

BIBLIOGRAFÍA

1. Camps J, Sentís M Ricart V, Martínez-Rubio C, Lloret MT, Torregrosa A, et al. Utilidad de la resonancia magnética en la evaluación local del cáncer de mama: impacto en el cambio de actitud terapéutica en una serie prospectiva de 338 pacientes. *Rev Senología Patol Mam* 2007; 20 (2): 53-66.
2. Fischer U, Zachariae O, Baum F, Von Heyden D, Funke M, Liersch T. The influence of preoperative MRI of the breasts on recurrence rate in patients with breast cancer. *Eur Radiol* 2004; 14: 1725-31.
3. Solin LJ, Orel SG, Hwang WT, Harris EE, Schnall MD. Relationship of breast magnetic resonance imaging to outcome after breast-conservation treatment with radiation for women with early-stage invasive breast carcinoma or ductal carcinoma in situ. *J Clin Oncol* 2008; 26: 386-391.
4. Jacobs L. Positive margins: The challenge continues for breast surgeons. *Ann Surg Oncol* 2008; 15 (5): 1271-2.
5. Ballester B. Técnicas que mejoran los márgenes. XIV Reunión de la Sección de Patología Mamaria de la Asociación Española de Cirujanos. Barcelona; 2008.
6. Mann RM, Kuhl CK, Kinkel K, Boetes C. Breast MRI: guidelines from the European Society of Breast Imaging. *Eur Radiol* 2008; 18 (7): 1307-18.
7. Pediconi F, Catalano C, Roselli A, Padula S, Altomari F, Moriconi E, et al. Contrast-enhanced MR mammography for evaluation of the contralateral breast in patients with diagnosed unilateral breast cancer or high-risk lesions. *Radiology* 2007; 243: 670-80.
8. Slanetz PJ, Edmister WB, Yeh ED, Talele AC, Kopans DB. Occult contralateral breast carcinoma incidentally detected by breast magnetic resonance imaging. *Breast J* 2002; 8: 145-8.
9. Quan ML, Sclafani L, Heerdt AS, Fey JV, Morris EA, Borgen PI. Magnetic resonance imaging detects unsuspected disease in patients with invasive lobular cancer. *Ann Surg Oncol* 2003; 10: 1048-53.
10. Schelfout K, Van Goethem M, Kersschot E, Verslegers I, Biltjes I, Leyman P, et al. Preoperative breast MRI in patients with invasive lobular breast cancer. *Eur Radiol* 2004; 14: 1209-16.
11. Turnbull DW, Manton DJ, Lowry M, Maraveyas A, Chatuverdi A, Greenman J, et al. Comparative effectiveness of magnetic resonance imaging in breast cancer (COMICE trial). *Breast Cancer Res* 2002; 22.
12. Kuhl C. Current status of breast MR imaging. Part 2. Clinical Applications. *Radiology* 2007; 244 (3): 672-91.