

CARTAS AL DIRECTOR

LA RESONANCIA MAGNÉTICA Y EL CÁNCER DE MAMA

Sr. Director:

Queremos felicitar a la Dra. Camps y colaboradores por su detallado análisis de la utilidad de la resonancia magnética (RM) publicado en el número 2 de abril-junio de 2007 de la *Revista de Senología y Patología Mamaria*. El estudio muestra claramente que la RM, integrada en un equipo multidisciplinar altamente implicado, merece formar parte del arsenal diagnóstico en las unidades de patología mamaria. Los autores hacen acertadamente hincapié en dos requisitos indispensables para usar la RM: por un lado la necesaria comunicación entre radiólogos, cirujanos y demás profesionales implicados en el tratamiento del tumor; por otro, la necesidad de disponer de dispositivos de biopsia guiada por resonancia. El artículo no hace sino corroborar las conclusiones de los consensos internacionales en el sentido de que la combinación de equipos multidisciplinarios y de RM con dispositivos de biopsia guiada por RM puede ser útil en la clínica (1). La realidad de muchos hospitales de nuestro país, sin embargo, deja que desear en este sentido: en muchos de ellos, las RM se realizan en unidades separadas de las de radiología "convencional" por estar las RM subcontratadas a empresas externas que disponen de su propio personal laboral. En la mayoría de los centros hospitalarios no se dispone de dispositivos para realizar biopsias guiadas por RM. Esto debería hacernos reflexionar sobre lo difícil –y económicamente costoso– que es a veces crear las condiciones necesarias para que una técnica alcance su rendimiento óptimo y sobre si estas condiciones se dan actualmente en nuestro país. ¿Es realista pensar que se pueden reproducir los resultados de este estudio en la mayoría de nuestros hospitales?

Los autores comunican el hallazgo de 164 lesiones adicionales en 145 mujeres. Se biopsia el 70% (n = 115) de ellas y se dejan 49 lesiones sin biopsia y sin confirmación histológica. De estas 49 lesiones, 35 se etiquetan como probablemente benignas y no se modifican o desaparecen con el seguimiento. Aunque es muy probable que gran parte de estas lesiones no correspondan a focos neoplásicos, no es seguro que sea así en todos los casos. De hecho, los tratamientos complementarios administrados en los meses que siguen al diagnóstico tumoral –radioterapia, hormonoterapia, quimioterapia– pueden haber constituido un tratamiento eficaz en algunos de estos casos. Pensamos que hubiese sido metodológicamente más

correcto no incluir a las pacientes no biopsiadas en los cálculos de especificidad y valor predictivo negativo.

Los autores señalan el temor a que la RM aumente el número de mastectomías –en parte debido a la especificidad subóptima de la técnica–. Una de cada cuatro pacientes en este estudio ven su cirugía modificada por la RM, resultado que coincide con el de la mayoría de los autores (2,3). En 13 (4%) pacientes, la RM sobreestima la extensión de la enfermedad (falsos positivos) y modifica la cirugía "equivocadamente", siempre hacia una mayor agresividad quirúrgica –en 4 pacientes lleva incluso a realizar una mastectomía innecesaria–. En 69 (20%) mujeres la cirugía confirma la existencia de focos neoplásicos no detectados con la exploración, la mamografía o la ecografía (verdaderos positivos). De estos, 24 casos pasan directamente de cuadrantectomía a mastectomía, en 2 casos la RM lleva a biopsia de la mama contralateral y posteriormente a mastectomía; por último, la RM cambia la indicación de cuadrantectomía a quimioterapia primaria y después a mastectomía en 6 mujeres. En resumen, un 46% y un 31% respectivamente de las mujeres que ven modificada "correctamente" e "incorrectamente" su cirugía acaban siendo sometidas a mastectomías que se no se hubiesen realizado de no ser por la RM. Las mujeres sometidas a mastectomía –"incorrecta"– han sido, obviamente, muy perjudicadas por la RM. Respecto a las mujeres "correctamente" mastectomizadas, a día de hoy nadie ha podido demostrar que la RM mejore su pronóstico o su control local (4).

Los autores afirman que "el largo camino emprendido por los defensores de esta técnica ha culminado en la demostración de que efectivamente, la RM disminuye la tasa de recidivas locales tal y como han demostrado Fischer y cols" (5). Pensamos que esta afirmación no está basada en una evidencia lo suficientemente sólida para ser tan categórica. El estudio citado es metodológicamente demasiado frágil como para demostrar la eficacia de la RM para reducir recidivas locales y mejorar el pronóstico de las mujeres (5). Es un estudio retrospectivo, llevado a cabo en una sola institución y analiza una serie muy corta de pacientes con cáncer de mama: 121 estudiadas antes de la cirugía con exploración física, mamografía, ecografía y RM frente a 225 mujeres estudiadas sin RM. El análisis de las poblaciones estudiadas muestra que los 2 grupos no son homogéneos y que las pacientes estudiadas con RM tienen un perfil de mejor pronóstico que las mujeres estudiadas sin RM. Así, el porcentaje de pacientes con tumores menores de 2 cm, sin ganglios clínicamente palpables, de grados bajo/ intermedio es muy superior en

el grupo de mujeres estudiadas con RM. Del mismo modo, el porcentaje de mujeres sometidas a mastectomía y el de mujeres tratadas con quimioterapia son muy superiores entre las mujeres no estudiadas a RM. Este evidente sesgo de selección hace inevitable sospechar que el aparente beneficio atribuido a la RM es debido a la incorrecta randomización de las poblaciones estudiadas. Estudios con diseños similares no han hallado beneficios a nivel de control local en las pacientes estudiadas preoperatoriamente con RM (6).

Finalmente, pensamos que es excesivo afirmar actualmente que la RM es “un instrumento indispensable en la estadificación de las pacientes con cáncer de mama”. Aunque la RM ha demostrado ser muy útil en algunos grupos de pacientes –primario oculto con metástasis axilares, portadoras de prótesis, pacientes con mutaciones genéticas, diagnóstico diferencial entre cicatriz y recidiva tumoral, control de respuesta a QT primaria– no creemos que se haya demostrado un beneficio derivado de generalizar el estudio con RM de todas las pacientes con cáncer de mama. El uso indiscriminado de la RM en el estudio preoperatorio de las mujeres con cáncer de mama puede llevar a aumentar desproporcionadamente el número de mastectomías sin haber demostrado previamente beneficios a nivel de control local y/o pronósticos. ¿No sería esto ir contra el signo de los tiempos?

A. Millet, C. A. Fuster¹

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Sección de Patología Mamaria. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ¹Unidad Funcional de Mama. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

BIBLIOGRAFÍA

1. Silverstein MJ, Lagios MD, Recht A, et al. Image-detected breast cancer: state of the art diagnosis and treatment. *J Am Coll Surg* 2005; 201: 586-97.
2. Bedrosian I, Mick R, Orel SG, et al. Changes in the surgical management of patients with breast carcinoma based on preoperative magnetic resonance imaging. *Cancer* 2003; 98: 468-73.
3. Tillman GF, Orel SG, Schnall MD, Schultz DJ, Tan JE, Solin LJ. Effect of breast magnetic resonance imaging on the clinical management of women with early-stage breast carcinoma. *J Clin Oncol* 2002; 20: 3413-23.
4. Morrow M. Magnetic Resonance Imaging in the Breast Cancer Patient: Curb Your Enthusiasm. *J Clin Oncol* 2008; 26: 352-3.
5. 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.
6. 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: 386-91.