

Cartas al director



Localizador web
Artículo 40.968

Resección del pectoral menor durante la linfadenectomía axilar ¿una maniobra técnica necesaria?

Sr. Director:

Recientemente ha sido publicado en el volumen de diciembre de 2000 un interesante original de los doctores Durán et al¹ que estudia la repercusión que en el número de ganglios resecados produce la extirpación del pectoral menor durante la linfadenectomía axilar (LA). La conclusión de los autores, tras analizar los resultados de dicho estudio, es que la resección de este músculo constituye la opción más válida para el estudio diagnóstico y pronóstico del cáncer de mama. Dado que nuestro grupo no realiza de forma sistemática la extirpación del pectoral menor durante la LA en enfermas con cáncer de mama, nos gustaría aportar algunas reflexiones sobre 2 aspectos relacionados con el artículo de los doctores Durán et al: el valor pronóstico de la LA y la necesidad de extirpación del pectoral menor durante la misma.

Sobre el primer aspecto, coincidimos con los autores en los objetivos de la LA en enfermas con cáncer de mama: el control regional del proceso (prevención de la recidiva axilar) y la información pronóstica (estadificación de la enfermedad). Para los autores, una información detallada a partir de una disección completa que comprenda los 3 niveles justifica una actitud más agresiva en la cirugía axilar (la extirpación del pectoral menor), con objeto de resecar la mayor cantidad posible de ganglios axilares. Bajo nuestro punto de vista, la LA de los 3 niveles está justificada para garantizar el control regional del proceso y evitar así la radioterapia axilar postoperatoria, la cual predispone a una mayor incidencia de complicaciones en el miembro superior. Es cierto, como comentan los autores, que se precisa de un número mínimo de ganglios axilares para realizar una adecuada valoración pronóstica, estimada en 10 ganglios, pero desde el punto de vista de la información no puede justificarse una persecución desenfrenada en busca del mayor número posible de ganglios y, mucho menos, maniobras quirúrgicas más agresivas para este fin. Por tanto, creemos que la información pronóstica de la LA, una vez alcanzado ese mínimo de calidad técnica exigible, no dependerá del número de ganglios resecados sino del número de ganglios afectados, ya que sólo a partir de este último criterio se seleccionarán los distintos grupos de riesgo para la recaída sistémica (0, 1-3, 4-10, > 10 ganglios afectados), que condicionarán la terapia adyuvante.

Respecto a la segunda cuestión, los autores justifican la resección muscular por los resultados obtenidos en su estudio en el cual evidencian un mayor número de ganglios resecados en el grupo de enfermas con extirpación del pectoral menor (15,8 frente a 11,8 ganglios). Sin em-

bargo, existen otros factores que influyen significativamente en el número de ganglios identificados en la grasa axilar, especialmente los relacionados con la experiencia y destreza del cirujano y patólogo, una variable que justifica las diferencias registradas entre distintos grupos de trabajo. Pero la cuestión planteada por este artículo es si la LA sin resección muscular proporciona un adecuado control regional y una información pronóstica comparable a la LA con extirpación del pectoral menor. En nuestra experiencia, la LA completa se lleva a cabo con preservación del pectoral menor sin que se vea comprometida la extirpación de los ganglios del nivel III. El acceso a este nivel puede realizarse, bien a través del propio hueco axilar mediante la tracción del pectoral menor, bien a través del espacio interpectoral con la separación de ambos músculos, o bien a través de un ojal realizado en las fibras del pectoral mayor en aquellas enfermas sometidas a mastectomía. Con la segunda técnica, nuestro grupo² consigue actualmente una media de 18 ganglios axilares que permiten un adecuado control regional y una buena valoración pronóstica. Bajo nuestro punto de vista, la extirpación del pectoral menor tiene su indicación en aquellos casos de afectación muscular secundaria a la infiltración extracapsular ganglionar o a la invasión directa de un tumor en la cola de Spencer. En esta nueva era del cáncer de mama, donde un elevado número de tumores son subclínicos (no palpables), no parece justificado mantener una actitud conservadora en la glándula mamaria y, por el contrario, realizar una cirugía agresiva y mutilante en la axila, ya que a este nivel la mayoría de las enfermas no presentarán enfermedad o ésta quedará limitada a menos de 3 ganglios (76% en la experiencia de los autores, 82% en nuestra experiencia).

Por todo ello, creemos que en el momento actual la LA puede ser realizada mediante la preservación del pectoral menor sin que se vea comprometido el control local de la enfermedad ni la información pronóstica. Nuestros esfuerzos deben dirigirse a la búsqueda de un método diagnóstico que nos permita la realización de una LA selectiva únicamente en aquellas pacientes con enfermedad axilar.

B. Acea Nebril

Servicio de Cirugía General A. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Bibliografía

1. Durán HJ, González-Crespo L, Cabrera A, Rieu J, Troitiño E, Arce A et al. Estudio comparativo entre dos técnicas de disección axilar en el tratamiento del cáncer de mama. Cir Esp 2000; 68: 523-528.
2. Acea Nebril B, Sogo Manzano C, López Pérez J, Gómez Freijojo C. Carcinomas infiltrantes no palpables de mama. Estudio comparativo de sus características clínicas y factores pronósticos respecto a los carcinomas infiltrantes palpables menores de 2 cm (T1). Cir Esp 1999; 65: 302-309.



Réplica

Sr. Director:

Antes de realizar ningún comentario, quiero agradecer el interés que han demostrado Acea Nebril y su equipo