

# Cartas al director



## 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 al<sup>1</sup> 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 reseca 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 condicionará 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 grupo<sup>2</sup> 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 Nebriil**

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

### Bibliografía

1. Durán HJ, González-Crespo L, Cabrera A, Riezu 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 Nebriil B, Sogo Manzano C, López Pérez J, Gómez Freijoso 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 Nebriil y su equipo

de colaboradores por el conjunto de resultados obtenidos en nuestro trabajo: "Estudio comparativo entre dos técnicas de disección axilar en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama", al remitir a la Revista una carta al director haciendo mención sobre ellos.

Queremos encabezar este comentario haciendo una pequeña corrección, si se nos permite, referente al comienzo que ustedes suscriben. La frase de nuestro artículo que les sirve de fundamento para su discusión, y que ustedes transcriben literalmente, no es: ... "la disección de la axila extirpando el músculo pectoral menor constituye la opción más válida para el estudio diagnóstico y pronóstico del cáncer de mama..." sino: ... "la disección de la axila extirpando el músculo pectoral menor nos parece la opción más válida para el estudio diagnóstico y pronóstico del cáncer de mama...". El matiz semántico cambiante, "constituye" en vez de "nos parece", es altamente diferencial; como ustedes significan con brillantez, el número de ganglios identificados en la grasa axilar depende de la experiencia y destreza del cirujano y patólogo. Por ello, cualquier conclusión que se aporte en un trabajo prospectivo en el que se comparen técnicas quirúrgicas nunca deberá ser incorporada en calidad de dogma o principio, sino todo lo contrario, como aportación personal (debidamente contrastada según rigurosa metodología estadística) a la comunidad científica. A partir de esta reflexión, y según nuestra experiencia, que numéricamente atendiendo a los datos epidemiológicos de nuestra área asistencial (el Bierzo) no es pequeña, nuestra aportación consiste en subrayar, nunca imponer, una mayor limpieza ganglionar de la axila resecando el pectoral menor. Por otro lado, es oportuno recordar que la disección de la axila por ambos métodos y el posterior recuento ganglionar de la pieza era llevada a cabo por los mismos cirujanos y patólogos y, por ello, la misma experiencia profesional debe ser atribuida al conjunto completo de la serie (disección con y sin extirpación del pectoral menor). Sin duda, este aspecto importante en el diseño metodológico del estudio confiere a las conclusiones aportadas a partir de los resultados peso específico.

Por otra parte, nunca ha sido el objeto de nuestro cometido en el tratamiento de esta enfermedad desarrollar "una cirugía agresiva y mutiladora de la axila", y mucho menos "por justificar una persecución desenfrenada en busca del mayor número posible de ganglios". Trataremos de explicarlos de forma clara y concisa. La cita bibliográfica que ustedes mencionan alusiva al número de 10 ganglios como la mínima cantidad exigible en el recuento de una axila<sup>1</sup> nos sirve de referencia para entender que no todos, aunque sí la gran mayoría, de los recuentos de nuestras axilas participan de este "control de calidad", y que, por ello, el estudio, desde el punto de vista de nuestra experiencia, puede presumir de validez en técnica quirúrgica. Esos 10 ganglios, en consecuencia, no se refieren a la "realización de una adecuada valoración pronosticadora", como ustedes citan, sino "a la mínima cantidad de ganglios necesaria para conseguir una sensibilidad admisible en el recuento", según se refleja en nuestro trabajo. Atendiendo en este sentido a la mencionada "valoración pronosticadora", urge que recordemos 2 citas ya mencionadas en nuestro trabajo<sup>2,3</sup>; ambas nos recuerdan que la información relativa a la exactitud diagnóstica y, por tanto, al pronóstico que pueda inferirse a partir de

una linfadenectomía axilar, guarda una estrecha relación con el número de ganglios extirpados que, a su vez, dependen de la extensión de la disección axilar, y con el número de niveles implicados. Estas dos últimas variables señaladas nos animaron a entender oportuno aconsejar en la disección axilar la extirpación del pectoral menor ya que, según esta técnica, el número total de ganglios y el número de ganglios obtenidos del nivel III fueron significativamente superiores al contrastarlos con los resultados obtenidos en las axilas cuya disección se realizaba sin exéresis del pectoral menor; y lo que es importante, a tenor de nuestros resultados funcionales y estéticos, sin incurrir en una mayor mutilación axilar.

**H.J. Durán**

Servicio de Cirugía del Hospital del Bierzo de Ponferrada.

## Bibliografía

1. Kirikuta CI, Tausch J. A mathematical model of axillary lymph node involvement based on 1446 complete axillary dissections in patients with breast carcinoma. *Cancer* 1992; 69: 2496-2501.
2. Ramos Boyero M, González Orus JM, Gómez Alonso A. Linfadenectomía axilar y biopsia del ganglio centinela en el tratamiento del cáncer de mama. *Cir Esp* 1999; 66: 333-338.
3. Canavese G, Catturich A, Vecchio C, Tomei D, Gipponi M, Bruzzi P et al. Prognostic role of lymph node level involvement in patients undergoing axillary dissection for breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 1998; 24: 104-109.



## Hemangioma cavernoso difuso de rectosigma. ¿Tiene indicación el tratamiento conservador?

**Sr. Director:**

El hemangioma cavernoso difuso (HCD) es una malformación vascular congénita benigna que afecta con poca frecuencia al intestino grueso, y cuando lo hace asienta por lo general en el rectosigma y/o el canal anal<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 48 años que desde los 4 meses de edad presentaba rectorragias, de escasa cuantía, tras la defecación. Fue diagnosticado de proctocolitis y tratado durante años con salazopirina y enemas de corticoides, sin mejorar el cuadro clínico. A los 39 años de edad sufrió un episodio de trombosis hemorroidal interna que precisó de hemorroidectomía. Consultó por rectorragias y molestias rectales. La analítica a su ingreso mostró 5.004.000 hematíes/ $\mu$ l<sup>3</sup>, hematócrito de 39,3% y hemoglobina de 11,9 g/dl. La radiografía simple de abdomen evidenció imágenes calcícas (flebolitos) en la zona perirrectal y del plexo venoso prostático. En la colonoscopia se visualizaron en la ampolla rectal y el rectosigma multitud de dilataciones hemangiomatosas difusas, y la angiografía selectiva de la arteria mesentérica inferior puso de manifiesto ectasias vasculares en el rectosigma. La biopsia rectal quirúrgica informó de fragmen-