

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 comparan 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 explicarnos 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 axila¹ 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^{2,3}; 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 Orús 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.



Localizador web

Artículo 40.977

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^{1,2}.

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/ μ l³, hematocrito de 39,3% y hemoglobina de 11,9 g/dl. La radiografía simple de abdomen evidenció imágenes cárnicas (flebolitos) en la zona perirectal y del plexo venoso prostático. En la colonoscopia se visualizaron en la ampolla rectal y el rectosigma multitud de dilataciones hemangiomasas 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-

Fig. 1 Engrosamiento irregular de la pared de rectosigma con calcificaciones adyacentes compatibles con flebolitos.

to de pared rectoanal con múltiples dilataciones vasculares venosas cavernomatosas de gran calibre. También se realizó una TC abdominopélvica que demostró un engrosamiento de la pared de rectosigma compatible con el diagnóstico de hemangioma (fig. 1), así como un nódulo en la pared anterior de la vejiga que, tras ser estudiado por cistoscopia, fue diagnosticado de hemangioma vesical.

Con el diagnóstico de hemangioma cavernoso difuso de rectosigma el paciente ha sido controlado clínicamente durante 12 años, sin precisar de ningún gesto terapéutico y sin complicaciones asociadas.

El HCD suele presentarse clínicamente, sin preferencia de sexo, en edades tempranas, con una larga historia de sangrado episódico tras la defecación, y no es infrecuente que sean hemorroidectomizados o etiquetados de proctocolitis³. Su pronóstico puede ser sombrío ante la posibilidad de la hemorragia masiva, cuya presentación suele ser inusual, y su tratamiento es controvertido⁴. Entre las exploraciones complementarias útiles para su diagnóstico destacan la radiología simple de abdomen, la TC, la endoscopia con biopsia y la arteriografía, con hallazgos típicos descritos en el caso que comunicamos.

Dado su buen pronóstico, si tenemos en cuenta que la malignización es muy rara y la hemorragia fatal se da en muy pocas ocasiones⁵, se han propuesto múltiples alternativas terapéuticas con distintos resultados: la emboliza-

ción de la arteria mesentérica inferior ha provocado en todos los casos recidivas hemorrágicas⁶ y la irradiación con telecobalto-60 aporta resultados controvertidos⁷. Respecto a las técnicas quirúrgicas, la amputación abdominoperineal resulta la técnica más efectiva y la de mejores resultados en cuanto a la prevención de la recidiva hemorrágica, pero con un porcentaje de complicaciones alto (27,3%) y colostomía definitiva⁵. Por otro lado, las resecciones rectosigmaideas preservando las esfínteres con anastomosis coloanal², dejando muñón rectal y/o con mucosectomía rectal, son menos eficaces en cuanto a la recidiva hemorrágica, y presentan comparativamente más complicaciones (30,7%), con un 13% de incontinencias⁵.

Puesto que cualquier alternativa quirúrgica está gravada con un índice importante de morbimortalidad y secuelas, creemos que, dada la edad de los pacientes y el pronóstico de la enfermedad, el tratamiento conservador debe tenerse en cuenta como una opción válida, al menos inicialmente, y recurrir al tratamiento quirúrgico siempre en función de la evolución del cuadro clínico y con un seguimiento adecuado del paciente.

A. Piñero Madrona*, G. Castellanos Escrig, A. Ríos Zambudio*** y P. Parrilla Paricio******

*FEA. **Jefe de Sección. ***MIR. ****Catedrático y Jefe de Servicio. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo I. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Bibliografía

1. Malone PS; Kiely EM, Spitz L. Diffuse cavernous haemangioma of the rectum in childhood. *Brit J Surg* 1990; 77: 338-339.
2. Castellví J, Pares D, Ramos E, Serrano T, de Oca J, Martí-Ragué J. Opciones en el tratamiento quirúrgico del hemangioma cavernoso difuso de recto. *Rev Esp Enferm Digest* 1996; 88: 566-568.
3. Amarapurkar D, Jadliwala M, Punamiya S, Jhawer P, Chitale A, Amarapurkar A. Cavernous hemangiomas of the rectum: report of three cases. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1357-1359.
4. Öner Z, Altaca G. Diffuse cavernous rectal hemangioma- clinical appearance, diagnostic modalities and sphincter saving approach to therapy: report of 2 and a collective review of 79 cases. *Acta Chir Belg* 1993; 93: 173-176.
5. Cunningham JA, García VF, Quispe G. Diffuse cavernous rectal hemangioma. Sphincter-sparing approach to therapy. Report of a case. *Dis Col Rect* 1989; 32: 344-347.
6. Bland KI, Abney HT, McGregor MMC, Hawkins IF. Hemangiomatosis of the colon and anorectum: case report and a review of the literature. *Am Surg* 1974; 40: 626-635.
7. Sandler RS, Sandler DP. Radiation induced cancers of the colon and rectum-assessing the risk. *Gastroenterology* 1983; 84: 51-57.