

## Cartas al Director

**En referencia al artículo «Evidencias en medicina nuclear. Selección de publicaciones entre enero y junio de 2009»*****With referente to the article “Evidencias en Medicina Nuclear. Selección de publicaciones entre enero y junio de 2009”***

Sr. Director:

Me gustaría felicitar a los autores del artículo titulado «Evidencias en medicina nuclear. Selección de publicaciones entre enero y junio de 2009» (Rev Esp Med Nucl. 2010; 29: 42–9)<sup>1</sup>, no solo por su excelente trabajo en el citado manuscrito, sino por su concisa y laboriosa aportación periódica a esta revista, que desde mi punto de vista es muy acertada y facilita la formación continuada en nuestra especialidad.

Respecto al análisis llevado a cabo en la publicación a la que hago referencia en las primeras líneas, quiero hacer 2 puntualizaciones, a mi juicio necesarias, y que a continuación expongo:

1. En el análisis del artículo N.º 5<sup>2</sup>, se esgrime que el «Gold Standard» que debería ser utilizado es la linfadenectomía axilar, ya que la biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) tiene falsos negativos. También en el artículo N.º 6<sup>3</sup>, se define a la linfadenectomía axilar como «patrón oro». Disiento porque varias publicaciones han demostrado que la linfadenectomía axilar no solo tiene falsos negativos, sino que además los mismos tienen un impacto significativo en el pronóstico de la enfermedad<sup>4,5</sup>. Según el procedimiento anatomopatológico estándar, entre el 9–33% de las metástasis en ganglios linfáticos axilares no son detectadas, cifra que supera ampliamente las tasas de falsos negativos de la BSGC. Por ello, y por la ventaja ya conocida de la BSGC de poder explorar las cadenas extraaxilares, pienso que ésta debe ser correctamente considerada como «Gold Standard». Debe tenerse en cuenta además que la linfadenectomía comporta un riesgo mayor de morbilidad asociada, y que, por otro lado, existen numerosos trabajos que no encuentran diferencias significativas entre la tasa de recurrencia axilar de las pacientes tratadas mediante la BSGC y mediante linfadenectomía. Esto es importante ya que valida también a la BSGC desde un punto de vista ético en el diseño de futuros estudios prospectivos o de ensayos clínicos. Incluso un artículo recientemente publicado aporta una menor tasa de recurrencias y una mayor supervivencia de las pacientes tratadas con BSGC respecto a la linfadenectomía axilar, lo cual no es sorprendente atendiendo a los datos previamente expuestos<sup>6</sup>.
2. En ese mismo artículo N.º 5 se hace mención a la «radiactividad del MIBI y a la invasividad de la PAAF» como limitación de su uso en

relación a posibles efectos secundarios. No cabe duda de que la PAAF es un procedimiento invasivo y, como tal, no está exento de potenciales complicaciones; en otras palabras, tiene un riesgo conocido. Pero no he encontrado ninguna evidencia científica de que la exposición puntual a bajas dosis de radiactividad en el ámbito diagnóstico esté relacionada con ningún efecto adverso directamente atribuible a la misma, así como ninguna limitación a su utilización en el ámbito diagnóstico que no derive de los criterios ALARA; o dicho de otra manera, no existen riesgos conocidos con la base de conocimiento actual. Además, en el ya citado artículo N.º 6 no se hace ninguna referencia a la radiación derivada del PET-CT o a las diversas exposiciones a radiación ionizante que sufren las pacientes con cáncer de mama (radiografías de tórax, BSGC, mamografías). Por tanto, pienso que la razón esgrimida no debe constituir una limitación en el uso del MIBI o de otras técnicas similares, siempre y cuando su indicación esté totalmente justificada desde el punto de vista médico. Afirmar lo contrario es tan arriesgado e inviable como contraindicar pruebas radiológicas a personas que viajen frecuentemente en avión o que vivan en terrenos graníticos o a grandes alturas. Creo que deben evitarse estos desafortunados deslices, y con más razón en el marco de la revista en la que vienen publicados.

**Bibliografía**

1. Alvarez S, Tobalina I, Serra P, Añorbe E, Rodeño E, Goñi E, et al. Evidencias en Medicina Nuclear. Selección de publicaciones entre enero y junio de 2009. Rev Esp Med Nucl. 2010;29:42–9.
2. Kim J, Lee J, Chang E, Kim S, Suh K, Sul J, et al. Selective sentinel node plus additional non-sentinel node biopsy based on a FDG-PET/CT scan in early breast cancer patients: Single institutional experience. World J Surg. 2009;33:943–9.
3. Lumachi F, Borsato S, Tregnaghi A, Ferreti G, Povolato M, Cecchin D, et al. Usefulness of combined Sestamibi scintimammography, axillary ultrasonography and FNA cytology in reducing the number of sentinel node procedures in patients with early-stage breast cancer. Anticancer Res. 2009;29:491–6.
4. Tan LK, Giri D, Hummer AJ, Panageas KS, Brogi E, Norton L, et al. Occult axillary node metastases in breast cancer are prognostically significant: Results in 368 node-negative patients with 20-year follow-up. J Clin Oncol. 2008;26:1803–9.
5. Dowlathahi K, Fan M, Snider HC, Habib FA. Lymph node micrometastases from breast carcinoma: Reviewing the dilemma. Cancer. 1997;80:1188–97.
6. Langer I, Guller U, Hsu-Schmitz SF, Ladewig A, Viehl CT, Moch H, et al. Sentinel lymph node biopsy is associated with improved survival compared to level I & II axillary lymph node dissection in node negative breast cancer patients. Eur J Surg Oncol. 2009;35:805–13.

J.P. Suárez Fernández

Servicio De Medicina Nuclear, Hospital San Pedro De Alcántara, Cáceres, España

Correo electrónico: pablosua@mixmail.com

doi:10.1016/j.remnn.2010.03.004

**Réplica: ¿es la linfadenectomía el gold standard de la biopsia de ganglio centinela? ¿Las bajas dosis de radiación tienen efectos?*****Reply: Is the axillary lymph node dissection the gold standard of the sentinel node biopsy? Do low doses of radiation have effects?***

Sr. Director:

En contestación a la carta precedente que puntualiza algunos aspectos de nuestra revisión, quisiera expresar mi convencimiento de

que es saludable, desde el punto de vista científico, mantener una actitud crítica hacia cualquier actividad. En una revista médica, las cartas al director son el formato adecuado para llevar a cabo esta labor que casi siempre peca de escasez. En consecuencia, me alegra mucho comprobar que alguien lee nuestras periódicas y trabajosas revisiones con espíritu crítico y, más aún, que se tome la molestia de manifestar sus discrepancias por escrito.

Dicho esto, paso a contestar las dos objeciones:

1. Efectivamente hemos definido la linfadenectomía axilar (LDA) como el gold standard de la biopsia selectiva del ganglio