

México, D. F. a 10 de Octubre de 2011.

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo
Gaceta Mexicana de Oncología
Editor

A continuación, algunas consideraciones al manuscrito **Cáncer de piel no melanoma manejado con braquiterapia superficial de alta tasa de dosis comparando molde y Leipzig**. De Villavicencio-Queijeiro MA y colaboradores, publicado en GAMO10:Jul-Ag.2011:179-190.

Manuscrito que por el título parecía ser interesante. Sin embargo, el diseño y la forma de reporte de resultados, no permiten dejar en claro el papel de la braquiterapia en este tipo de lesiones.

En *métodos* se precisa que son 70 pacientes con cáncer de piel no melanoma en cabeza y cuello, no obstante se incluyen pacientes con localización en extremidades (dedos). Esto implica, que la población no sea homogénea desde el punto de vista de origen del tumor y factor pronóstico de importancia. En el análisis, se engloban bajo el rubro cáncer de piel no melanoma, todas las histologías sin diferenciarlas y sin precisar evolución de cada una de ellas. Se incluyen al menos tres pacientes con carcinoma epidermoide, que tiene un comportamiento diferente al carcinoma basocelular con factores pronóstico diferentes. En ellos, no se especifica localización (en área H, por ejemplo, 6 mm³ de tumor implican mal pronóstico comparado con 20 mm, en área L), tamaño, etapa, grado histológico y espesor tumoral. Considero que estos pacientes deben salir del análisis y éste efectuarse sólo en los carcinomas basocelulares. Además, se incluye al menos un paciente con tumor de células de Merckel (histología con comportamiento similar al melanoma). No es posible evaluar en forma global diferentes histologías, con diversos comportamientos y no precisar si existen diferencias en su tasa de respuesta y en su evolución, con base en la histología misma y en los factores pronósticos propios, de cada una de ellas.

El tiempo de seguimiento de la serie es muy corto en todas las localizaciones, entre cuatro y 14 meses, de tal manera que no se puede concluir que el tratamiento haya ofrecido adecuado control, cuando a la mayoría de los pacientes no se les siguió lo suficiente, al menos el tiempo necesario para cubrir el período con mayor riesgo de recaída neoplásica.

No se reporta el control logrado con el tratamiento en el capítulo *resultados*, sólo en *discusión* se reportan las tasas de control, sin que se especifique si ésta se evaluó clínicamente o se corroboró histológicamente, de tal manera que no es posible saber si la respuesta reportada de más de 90% es real o solo apreciación.

En el grupo con localización en “oído” (debe decir pabellón auricular), se incluyen pacientes previamente resecaados, sin que se precise la indicación de radioterapia (límites microscópicamente positivos, recaída, etc.). Este aspecto es fundamental para poder homogenizar a los pacientes, no sería prudente comparar pacientes ya resecaados con tumor microscópico en bordes de sección, con pacientes que aún tienen una carga tumoral importante, por ejemplo.

No se precisa si el control fue similar entre carcinoma basocelular y epidermoide, y si este control se relacionó con los factores pronóstico para cada una de las neoplasias.

En pacientes con carcinoma epidermoide, factores como el tamaño y el espesor tumoral, la localización y la presencia de ulceración se asocian en mayor o menor medida a metástasis ganglionares ocultas. En todo el manuscrito, no se hace mención de la importancia de esto y cuál es la propuesta de los autores para el control regional, en pacientes con alto riesgo de metástasis ganglionares, para así saber si la braquiterapia es una alternativa segura

y factible en el tratamiento del carcinoma epidermoide de piel.

Y finalmente, si los autores reportan 20% de recurrencia en su serie (aún con tan corto seguimiento promedio) y muestran que la recurrencia tumoral en otras series es mayor en tratados con RT, que en los sometidos a cirugía, ¿por qué no discuten el papel y las indicaciones de la braquiterapia, comparadas con la resección quirúrgica?

El tratamiento del carcinoma epidermoide de piel, depende de los factores pronóstico conocidos, la disecación ganglionar tiene un papel fundamental en pacientes con alto riesgo de metástasis ganglionares y la radioterapia queda limitada, para aquellos en los que el riesgo de metástasis ganglionares es mínimo o en los tienen

contraindicación quirúrgica por comorbilidades, en carcinoma basocelular, el subtipo histológico, el área de origen, el tipo de borde de la lesión y la invasión perineural, son factores que se deben tomar en cuenta, para decidir la mejor alternativa terapéutica.

La presente serie analiza en forma conjunta diferentes histologías, localizaciones y etapas, lo cual no permite llegar a una conclusión válida sobre la utilidad de la braquiterapia y la ventaja de ésta sobre la cirugía.

Dr. José Francisco Gallegos Hernández

Departamento de Tumores de Cabeza, Cuello y Piel
Hospital de Oncología, CMN, SXXI. IMSS.