

En relación con el artículo de Lloret et al "Carcinoma epidermoide de cérvix tratado con radioterapia radical: factores clásicos de pronóstico y resultados" (Prog Obstet Ginecol 2000; 43: 465-472), desearía hacer algunas precisiones y preguntas a los autores.

Los autores indican al comienzo de la discusión que "la irradiación es todavía el tratamiento de elección, asociado o no a otras armas terapéuticas", lo que nos parece un aserto excesivo pues es bien conocido que la cirugía es para muchas escuelas el tratamiento de elección de los estadios I y IIa de los carcinomas cervicales¹, obteniéndose al menos resultados iguales a los que se consiguen con radioterapia en términos de supervivencia. A pesar de ello, aunque es de suponer que en el período de tiempo al que corresponde la casuística pueden haberse producido variaciones en la conducta médica frente a esta entidad, consideramos que en el apartado de los métodos hubiera sido adecuado que los autores señalaran los criterios en función de los que se empleó la radioterapia como tratamiento de elección, pues hay en su casuística 69 pacientes en las que se empleó cirugía, presumiblemente como primer tratamiento.

Hubiera sido conveniente, también, que los autores hubieran precisado mejor los criterios de exclusión del subgrupo de 39 pacientes que recibieron tratamiento paliativo, debido al deterioro físico o a la progresión de la enfermedad durante el tratamiento, porque al eliminarlas del estudio suprimen el subgrupo de peores resultados.

En relación con el empleo de la tomografía computarizada (TC), que en este estudio es fundamental porque el tratamiento de las pacientes fue exclusivamente radioterápico, sería preciso indicar los criterios con los que consideraron que existía afección ganglionar pues no se indican en este apartado y, al no existir confirmación histológica y tener esta exploración una sensibilidad relativamente escasa en relación con su especificidad^{2,3}, su análisis, aun teniendo valor, pierde parte de su significación, sobre todo en los tumores tempranos y en los casos en que la afección ganglionar no sea masiva⁴, lo que se comprueba en el análisis de su casuística. Seguramente cuando se habla de TC (o de RMN), *sensu stricto*, no debería hablarse de positividad o afección ganglionares, sino más bien de ganglios linfáticos agrandados, visibles, sospechosos. Aun comprendiendo que

la extensión en el tiempo de la casuística es larga y que la resonancia magnética es una técnica relativamente reciente, se echa de menos que los autores, en los comentarios, no hagan referencia a su valor actual en la evaluación preterapéutica⁵.

Hubiéramos deseado conocer las tasas concretas de supervivencia por estadios que solamente pueden apreciarse aproximadamente en las figuras (una de las cuales, la figura 2, parece además haber tenido un fallo de impresión) e incluso hubiera sido interesante compararlas con las del grupo que recibió cirugía. En este mismo apartado del artículo desearíamos saber, también, si se empleó algún tratamiento, aparte del paliativo, en las pacientes que no respondieron a la radioterapia y cuál fue su supervivencia, pues únicamente se indica que fallecieron.

A nuestro juicio, la radioterapia radical está acreditada como tratamiento del cáncer de cérvix sola o asociada a otros tratamientos, como cirugía generalmente y ahora también quimioterapia; sin embargo, la limitación de los estudios histológicos que produce dificulta la valoración de algunos factores pronósticos, que es el objetivo principal de este estudio, sin que aquello signifique una merma del valor terapéutico de la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pecorelli S, Creasman WT, Pettersson F, Benedet JL, Shepherd JH. Annual Report on the results of treatment in gynaecological cancer. J Epidemiol Biostat 1998; 3: 1-168.
2. Camilien L, Gordon D, Fruchter RG, Maiman M, Boyce JG. Predictive value of computerized tomography in the presurgical evaluation of primary carcinoma of the cervix. Gynecol Oncol 1988; 30: 209-215.
3. Subak LL, Hricak H, Powell CB, Azizi L, Stern JL. Cervical carcinoma: computed tomography and magnetic resonance imaging for preoperative staging. Obstet Gynecol 1995; 86: 43-50.
4. Fernando IN, Moskovic E, Fryatt I, Glaholm J, Blake PR. Is there still a role for lymphography in the management of early stage carcinoma of the cervix? Br J Radiol 1994; 67: 1052-1056.
5. Oellinger JJ, Blohmer JU, Michniewicz K, Siewert C, Wust P, Gutberlet M et al. Preoperative staging of cervical cancer: comparison of magnetic resonance imaging (MRI) and computed tomography (CT) with histologic results [resumen]. Zentralbl Gynakol 2000; 122: 82-91.

A. Herruzo

*Facultad de Medicina y Odontología.
Universidad del País Vasco.*