

## 506 Efectos clínicos de la resonancia magnética en pacientes con cáncer de mama

### Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo titulado «Efecto de la resonancia magnética preoperatoria en el tratamiento quirúrgico del carcinoma de mama», aparecido en el número de diciembre de *PROGRESOS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA*. Cada vez son más los estudios para valorar la utilidad de la resonancia magnética (RM) en el estudio preoperatorio de las pacientes con cáncer de mama. Algunos partidarios de esta técnica la definen ya como imprescindible en el estudio preoperatorio<sup>1</sup>. Sin embargo, queremos felicitar a los autores por la cautela con la que han valorado sus resultados y los de la literatura científica en general.

Los resultados principales de este estudio son, en general, concordantes con los que comunican la mayoría de los autores: el 20% de las RM mostró lesiones adicionales y el 14,5% de las mujeres estudiadas con RM vieron su cirugía modificada por los resultados de esta exploración —en general, las series largas comunican cambios quirúrgicos en aproximadamente el 20% de pacientes sometidas a RM<sup>2,3</sup>—. La alta sensibilidad hallada (97%) no nos ha sorprendido, pero llama la atención el escaso número de falsos positivos (6 casos), que determina una especificidad del 95%, muy por encima de la mayoría de los estudios<sup>4,5</sup>. Uno de los casos clasificados como falso positivo no fue biopsiado «tras el examen ecográfico normal». Creemos que, en los estudios en que se intenta determinar la precisión de una técnica diagnóstica, en este caso la RM, y la comparan con la anatomía patológica, es indispensable biopsiar todos los casos y no asumir que los casos no son malignos porque las lesiones no progresen o desaparezcan. En muchos casos de pequeñas lesiones que sólo se ven en la RM —especialmente en la mama contralateral— y que finalmente no se biopsian, la lesión desaparece con el tiempo y acaba sin saberse si se trataba de un falso positivo o de una lesión neoplásica de pequeña entidad que respondió al tratamiento sistémico posterior a la cirugía. Suggerimos la exclusión sistemática de estos casos del estudio estadístico.

Los autores han dividido los cambios de estrategia quirúrgica en 3 grupos: ampliación de cuadrantectomía, paso de cuadrantectomía a mastectomía y paso de cirugía unilateral a cirugía bilateral. Echamos en falta la mención a los casos que la RM clasifica como de más de 2-3 cm —dependiendo de hospitales, son los umbrales a partir de los cuales se administra quimioterapia primaria—. En algunos casos, la quimioterapia primaria reduce el tamaño tumoral y permite un tratamiento conservador allí donde, sin RM y sin quimioterapia primaria, se hubiese hecho una mastectomía. Este escenario no se ha dado en el estudio probablemente porque el tamaño de las lesiones diagnosticadas es muy bajo. En los 18 casos en los que la RM ha determinado un cambio de actitud quirúrgica, este cambio siempre ha llevado a una mayor radicalidad. Esto no nos debe extrañar, puesto que sabemos que en la mayoría de las mamas operadas quedan focos de enfermedad residual<sup>6,7</sup>. Estos focos se controlan eficazmente con los tratamientos complementarios locales y sistémicos, como atestigua la baja incidencia de recidivas locales, tanto a 5 como a 10 años<sup>8,9</sup>.

La cuestión que se debate en torno a la implantación de la RM como método de estudio necesario en el preoperatorio de la paciente con cáncer de mama es la de si esta prueba diagnóstica, que conlleva casi siempre una mayor agresividad quirúrgica, mejora el pronóstico de las pacientes. Para contestar definitivamente a esta pregunta, haría falta un estudio aleatorizado y doble ciego, que es difícil que se realice. Los defensores de la técnica citan con frecuencia un estudio, el único, cuya conclusión sugiere que la RM reduce las recidivas tumorales. Se trata de un estudio retrospectivo, no aleatorizado y unicéntrico, con una serie muy corta de pacientes<sup>10</sup>. Aunque en este estudio las pacientes estudiadas con RM recidivan menos que las pacientes estudiadas sin RM, estas últimas presentan tumores más agresivos y estadios más avanzados (tamaño y número de pacientes con ganglios afectados). Por tanto, este estudio no parece totalmente adecuado para demostrar la eficacia de la RM para reducir las recidivas.

Queremos felicitar a los autores por el trabajo que, aunque estudia un número reducido de mujeres, deja muy claro el mensaje que consideramos correcto: el valor de la RM para reducir recidivas locales está aún por establecer. Debemos plantearnos por qué, en un entorno general de incremento de gastos sanitarios, se está adoptando una prueba tan costosa y con un valor clínico tan incierto, en detri-

mento de otras estrategias que sí han demostrado su utilidad como, por ejemplo, la generalización a toda la población del cribado mamográfico anual.

**Antonio Millet Serrano**

Sección de Patología Mamaria. Hospital Clínico Universitario.  
Valencia. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Camps J, Sentis M, Ricart V, Martínez Rubio C, Lloret MT, Torregrosa A, et al. Utilidad de la resonancia magnética en la evaluación local del cáncer de mama: impacto en el cambio de actitud terapéutica en una serie prospectiva de 338 pacientes. *Rev Senol Patol Mam.* 2007;20:53-66.
2. Bedrosian I, Mick R, Orel SG, et al. Changes in the surgical management of patients with breast carcinoma based on pre-operative magnetic resonance imaging. *Cancer.* 2003;98:468-73.
3. Tillman GF, Orel SG, Schnall MD, Schultz DJ, Tan JE, Solin LJ. Effect of breast magnetic resonance imaging on the clinical management of women with early-stage breast carcinoma. *J Clin Oncol.* 2002;20:3413-23.
4. Harms SE, Flaming DP, Hesley KL, Meiche MD, Jensen RA, Evans WP, et al. MRI of the breast with rotating delivery of excitation off resonance: clinical experience with pathologic correlation. *Radiology.* 1993;187:493-501.
5. Wiener JI, Schilling KJ, Adami C, Obuchowski NA. Assessment of Suspected Breast Cancer by MRI: A Prospective Clinical Trial Using a Combined Kinetic and Morphologic Analysis. *AJR.* 2005;184:878-86.
6. Holland R, Veling SH, Mravunac M, Hendriks JH. Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinomas. Implications for clinical trials of breast-conserving surgery. *Cancer.* 1985;56:979-90.
7. Sardanelli F, Giuseppetti GM, Panizza P, Bazzocchi M, Fsusto A, Simonetti G, et al. Sensitivity of MRI versus mammography for detecting foci of multifocal, multicentric breast cancer in Fatty and dense breasts using the whole-breast pathologic examination as a gold standard. *AJR.* 2004;183:1149-57.
8. Fisher B, Dignam J, Mamounas EP, Cosntatino JP, Wickerham DL, Redmonod C, et al. Sequential methotrexate 5-fluorouracil (M → F) for the treatment of node-negative breast cancer patients with estrogen-receptor-negative tumors: Eight-year results from NSABP B-13 and First Report of Findings from NSABP B-19 comparing M → F with conventional cyclophosphamide, methotrexate, and fluorouracil. *J Clin Oncol.* 1996;14:1982-92.
9. Hughes KS, Schnaper LA, Berry D, Cirrincione C, McCormick B, Shank B, et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women 70 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med.* 2004;351:971-7.
10. Fischer U, Zachariae O, Baum F, Von Heyden D, Funke M, Liersch T. The influence of preoperative MRI of the breasts on recurrence rate in patients with breast cancer. *European Radiology.* 2004;14:1725-31.