



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

¿Una nueva revolución en el tratamiento del cáncer de mama?

A new revolution in the treatment of breast cancer?

Sr. Director:

La afectación axilar es considerada como el factor pronóstico más importante en el cáncer de mama. Hasta finales del siglo pasado, la linfadenectomía axilar se practicaba de manera sistemática en toda paciente con cáncer de mama, y se consideraba necesaria tanto para la curación como para la estadificación del mismo. Sin embargo, en el año 1994 Giuliano et al^{1,2} definieron la utilización de la biopsia selectiva del ganglio centinela, evitando de este modo la realización de la disección axilar en los casos más favorables y evitando así los conocidos efectos secundarios que puede provocar la misma.

Cuando parecía existir consenso científico internacional en la utilidad de la biopsia selectiva del ganglio centinela, Giuliano et al³ han publicado un nuevo trabajo en la prestigiosa revista *Journal of the American Medical Association*, en el que demuestran, con un ensayo clínico multicéntrico, que las mujeres con cáncer de mama en estadio temprano y con metástasis en el ganglio centinela no se benefician de la linfadenectomía axilar. De este modo, han llegado a la conclusión de que no existen cambios en la supervivencia, ni en la tasa de pacientes libres de enfermedad a los 5 años, ni en la recidiva local.

No obstante, hay que tener en cuenta las limitaciones de este trabajo. La principal es que la selección de pacientes fue fundamentalmente en casos con estadio muy temprano y con factores de buen pronóstico (70% con estadio T1, 83% con receptores estrogénicos positivos, 35% únicamente con micrometástasis en el ganglio centinela). Además, en todos los casos se administró radioterapia a todo el lecho mamario, lo que condicionaría su posible extrapolación a campos radioterápicos menos extensos. Y un escaso tiempo de seguimiento, siendo la mediana de 6,3 años. Por último, existe un factor de confusión muy importante, ya que el uso de

quimioterapia no se incluyó como variable en el estudio, aunque el 96% de las pacientes de ambos grupos la recibieron^{3,4}.

Si estos resultados se confirman en posteriores estudios, podríamos estar hablando de una nueva revolución en la cirugía del cáncer de mama, siguiendo la tendencia actual de reducir la cirugía a lo mínimo posible, dando más importancia a terapias adyuvantes.

Con esta carta hemos querido llamar la atención en nuestro medio de un tema que puede ser muy importante en un futuro no muy lejano. No obstante, por el momento, los resultados presentados no deberían cambiar nuestra actitud quirúrgica habitual.

Por todo ello, parece que el tema de la biopsia selectiva del ganglio centinela todavía no está cerrado. Así, tanto nosotros como cirujanos, como el resto de sociedades científicas debemos ser conocedores de este y de nuevos estudios que cuestionan el papel de la disección axilar en ciertos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giuliano AE, Kirgan DM, Guenther JM, Morton DL. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. *Ann Surg.* 1994;220:391-8. discussion 398-401.
2. Giuliano A, Dale PS, Turner RR, Morton DL, Evans SW, Krasne DL. Improved axillary staging of breast cancer with sentinel lymphadenectomy. *Ann Surg.* 1995;222:394-401.
3. Giuliano A, Hunt KK, Ballman KV, Beitsch PD, Whitworth PW, Blumencranz PW, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2011;305:569-75.
4. Caudle AS, Hunt KK, Kuerer HM, Meric-Bernstam F, Lucci A, Bedrosian I, et al. Multidisciplinary considerations in the implementation of the findings from the American College of

Surgeons Oncology Group (ACOSOG) Z0011 Study: A practice-changing trial. *Ann Surg Oncol*. doi:10.1245/s10434-011-1593-7.

Carlos Fortea-Sanchís*, David Martínez-Ramos, Javier Escrig-Sos y José Manuel Laguna-Sastre

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General de Castellón, Castellón, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosfortea@gmail.com (C. Fortea-Sanchís).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.04.023

Investigación en Cirugía, ¿un camino fácil?

Research in Surgery: an easy road?

Sr. Director:

Sabemos que dentro del mundo quirúrgico nos encontramos con una serie de limitaciones, en muchas ocasiones inevitables, cuando intentamos llevar a cabo un proyecto de investigación. Quizá esta sea la causa de que menos del 10% de los artículos publicados en las revistas quirúrgicas sean ensayos clínicos prospectivos y aleatorizados (considerados la mayor fuente de evidencia científica)¹. Cuando queremos comparar dos técnicas quirúrgicas, o una técnica quirúrgica frente a un fármaco u otro tipo de tratamiento, es muy difícil evitar el enmascaramiento, considerado uno de los grandes sesgos de la literatura. Además, existen una serie de factores inherentes al tratamiento quirúrgico como es la variabilidad interpaciente, así como las diferencias existentes entre cirujanos por muy estandarizada que esté una técnica quirúrgica. Ni que decir tiene que ninguna de las medidas convencionales para medir el efecto placebo puede ser fácilmente aplicada a los ensayos clínicos que enfrentan un tratamiento médico a una técnica quirúrgica.

Por otro lado, muchas enfermedades quirúrgicas sobre las que nos gustaría investigar tienen una prevalencia tal que, para poder llevar a cabo estudios serios con una buena base estadística, necesitamos una muestra con la que no podemos contar. Esto nos lleva, en ocasiones, a tener que ampliar dicho proyecto en el tiempo, o a tener que realizar ensayos multicéntricos.

Pero... ¿son verdaderamente estas las causas de que tan solo un pequeño porcentaje de cirujanos sean los que se mueven en el mundo de la investigación y del lenguaje científico? Continuamente nos encontramos con compañeros de profesión que aportan ideas brillantes para un trabajo de investigación, pero la percepción es que muy pocos son los que se llevan a cabo y menos aún los que se finalizan.

Durante el periodo de formación se debería fomentar de alguna manera la investigación. El ritmo con el que se trabaja diariamente impide, en ocasiones, dedicar tiempo suficiente a esto, cuando hoy día es la base científica en la que nos movemos y sobre la que todo lo justificamos. Como defiende el profesor Parrilla², no es adecuado separar dos categorías de

médicos: los que investigan y no ven enfermos, y los que se dedican a ver enfermos pero no investigan. La investigación debe formar parte de nuestro quehacer diario, y así debemos transmitirlo a nuestros residentes.

Se realizan cursos de doctorado anuales con la idea de incentivar a los más jóvenes, pero muchos de ellos están dedicados a exponer charlas magistrales sobre determinadas enfermedades y no a explicar detalladamente cuáles son los pasos que un cirujano debe seguir para poder realizar un proyecto de investigación. Una de las principales quejas de los residentes es no saber cómo empezar, por dónde buscar información o cómo escribir, y parte de la respuesta debería estar en estos cursos.

Otro de los problemas que nos encontramos una vez redactado el manuscrito para enviarlo a una determinada revista, es la limitación por el lenguaje. Si ya es difícil escribir un artículo para intentar publicarlo, no lo es menos traducirlo posteriormente a un inglés científico fluido. Esto nos lleva, en la mayoría de las ocasiones, a tener que enviarlo a un traductor profesional especializado en inglés científico que cobrará según el número de palabras a traducir, pero cuyo coste no suele ser inferior a 250€, sabiendo que con mucha probabilidad, dependiendo de la revista a la que se desee enviar, el artículo será rechazado. Esto podría limitar la proyección de nuestra investigación, disminuyendo así el número de trabajos que intentan publicarse en revistas internacionales.

De cualquier forma, debemos tener en cuenta que actuamos según la medicina basada en la evidencia, y depende solo de nosotros que sigamos fomentándola. Entre los comentarios que se realizan en nuestro medio sanitario encontramos el de: «los cirujanos no realizan ensayos clínicos porque no tienen experiencia, que además no tendrán porque no realizan ensayos clínicos...». Uno de los factores que explica la escasez de ensayos clínicos es la relativa facilidad con la que somos capaces de poner en marcha una nueva técnica quirúrgica frente al laborioso proceso que precisa la introducción de un nuevo fármaco¹. Sin embargo, no debemos olvidar que nos basamos en datos publicados y que somos nosotros los que debemos mantener este espíritu.