

- biallelic and monoallelic mutations in *MUTYH*. *Int J Cancer*. 2016;139:1557-63.
8. Clinical Practice Guidelines in Oncology. National Comprehensive Cancer Network. NCCN. Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal. Versión 1. 2021 [consultado Ene 2020] Disponible en: <https://www.nccn.org>
9. Maxwell KN, Wubbenhorst B, D'Andrea K, Garman B, Long JM, Powers J, et al. Prevalence of mutations in a panel of breast cancer susceptibility genes in BRCA1/2- negative patients with early-onset breast cancer. *Genet Med*. 2015;17:630-8.

Laura Sánchez Escudero*, María Yeray Rodríguez Garcés y Francisco Javier Jiménez Ruiz

Servicio de Oncología Médica, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lsanchezes1992@hotmail.com
(L. Sánchez Escudero).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.03.014>
0009-739X/

© 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cooperación internacional para especialistas en cirugía general: resultados de la encuesta nacional sobre la importancia y la implicación de la cirugía española en cooperación internacional



International cooperation for general surgeons: Results of the national survey about the implication and importance of the Spanish surgery in international cooperation

Según la Declaración de los Derechos Humanos y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obtención del grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano^{1,2}. En un mundo de desigualdades crecientes parece que estamos lejos de conseguirlo.

La cirugía, en términos de salud global, ha sido dejada de lado dado el alto coste de sus actividades y al considerarse que su capacidad para disminuir la carga de morbilidad global es relativamente baja. La carga de morbilidad global es una magnitud comparativa de la pérdida de salud como consecuencia de enfermedades, lesiones y factores de riesgo en función de la edad, del sexo y de la ubicación geográfica en momentos específicos^{3,4}. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico es necesario para reducir hasta el 30% de esta carga. Los países con mayor carga de morbilidad tienen menor capacidad de gestionarla^{5,6}. La dificultad en el acceso, el elevado coste de los tratamientos o las desigualdades entre países de renta alta y renta media-baja son los principales factores limitantes^{3,7,8}. La falta de personal sanitario cualificado y el uso de instrumental obsoleto o dañado disminuyen la calidad y aumentan las complicaciones³. Por otro lado, la cirugía de calidad es coste-efectiva, aumentando la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo el impacto económico por enfermedad en los países con ingresos medios y bajos^{9,10}.

Las asociaciones quirúrgicas participan en la realización de campañas formativas, en el desarrollo de campañas quirúrgicas o creando convenios y relaciones bilaterales con

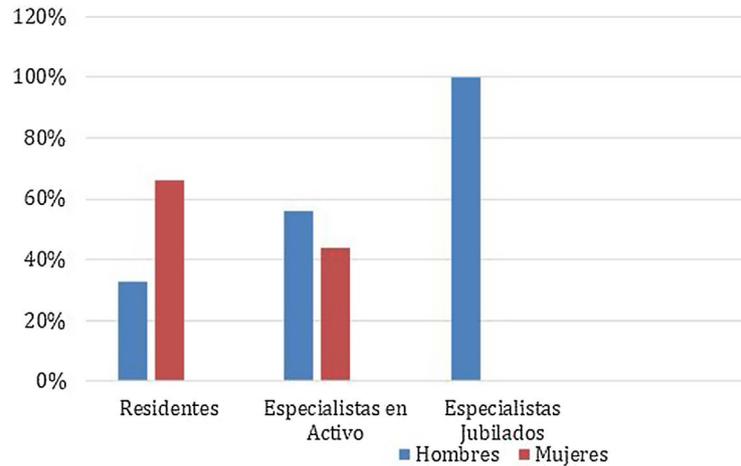
asociaciones internacionales de corte similar. Desde su Grupo de Colaboración Humanitaria (GCH), la Asociación Española de Cirujanos (AEC) promueve iniciativas formativas, alianzas y la sostenibilidad de proyectos, solidificando el papel del cirujano dentro de la Cirugía Global (*Global Surgery*). Es necesario conocer la relación de sus inscritos con la colaboración humanitaria para poder fundamentar las actuaciones y establecer prioridades. Para ello se diseñó una encuesta de 20 preguntas acerca de la participación en proyectos, así como la importancia percibida y la formación en cooperación internacional y colaboración humanitaria (CICH).

La encuesta recibió 570 respuestas. Los encuestados fueron en su mayoría especialistas en activo (80,4%), mujeres (51%), y se dedicaban a la cirugía general (62%) o a la coloproctología (12,5%). La edad media fue de 46 años. Por grupos de edad, se observó un incremento de la presencia de mujeres en las nuevas generaciones. El 73% de quienes habían participado en alguna campaña de colaboración humanitaria lo habían hecho en proyectos quirúrgicos. Hay una diferencia entre los grupos de edad en cuanto a dicha participación y a mostrar un gran interés en formar parte de algún proyecto entre los que aún no lo han hecho (tabla 1).

El 58% de quienes han participado en un proyecto quirúrgico fueron hombres. Solo el 28% de cirujanas ha participado en proyectos quirúrgicos, frente al 40% de varones. El 50% de cirujanas no habían participado en ningún proyecto quirúrgico, pero desearían hacerlo. Hay una tendencia al alza

Tabla 1 – Participación en proyectos de CICH de ámbito quirúrgico por grupo de edad

	Residentes	Especialistas en activo	Especialistas jubilados
Participación en proyectos quirúrgicos	4%	39%	32%
Interés en participar por primera vez	79%	37%	29%

**Figura 1 – Participación en proyectos de CICH en función de grupo de edad y género.**

en la participación de mujeres en los proyectos de CICH entre las nuevas generaciones (fig. 1).

El 90% manifestaron su deseo de formar parte de algún proyecto en el futuro. Se considera fundamental (52%) o al menos importante (37%) estar formado y/o haber participado en alguna ocasión en proyectos de CICH.

La formación previa a la participación se considera importante a la hora de afrontar retos y problemas durante las campañas (71%). La formación es preferible entre los últimos años de la residencia y los primeros como especialista, y debe incluir el desarrollo de habilidades en otras especialidades, como ginecología, urología o traumatología (65%). Deben implementarse cursos desde la AEC (82%).

Es importante facilitar la participación de residentes en los proyectos, aunque no se considera imprescindible la introducción de una rotación específica en el programa formativo de la especialidad (66%).

La formación del personal local es uno de los pilares básicos de las actuaciones del cirujano sobre el terreno (81%), junto con la labor asistencial (88%) o la actuación en crisis humanitarias (56%). El 98% apoyan la creación de programas de intercambio profesional o académico con hospitales de regiones subsidiarias. Cobran menor relevancia los modelos tradicionales basados en donaciones y el traslado de pacientes a nuestro medio.

El apoyo desde la AEC a las iniciativas de CICH, ya sea económicamente u organizativamente (98%) o mediante la realización de *webinars*/charlas (95%), es de gran interés. Los temas que suscitan mayor interés son el desarrollo de la actividad asistencial en zonas de bajos recursos, la resolución de patología urgente o los aspectos legales y organizativos de los proyectos.

Los resultados de esta encuesta muestran un gran apoyo a los proyectos de CICH. Podemos afirmar que la formación del cirujano cooperante y la docencia a personal sanitario de las zonas subsidiarias son prioritarias. El GCH de la AEC debe encaminarse a diseñar respuestas efectivas a las prioridades observadas para que se desarrollen acciones concretas encaminadas a mejorar la salud global mediante la cirugía, apoyando y fomentando el papel de los miembros de la AEC en este cometido.

Financiación

No se ha recibido financiación para la realización de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 48.ª edición. Documentos básicos, 2014. pp. 1-22.
2. ONU. Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 25 [internet]. 1948. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights#:~:text=Art%C3%ADculo%2025&text=La%20maternidad%20y%20la%20infancia,derecho%20a%20igual%20protecci%C3%B3n%20social>
3. Bath M, Bashford T, Fitzgerald JE. What is 'global surgery'? Defining the multidisciplinary interface between surgery, anaesthesia and public health. *BMJ Glob Heal*. 2019;4:e001808 [consultado 8 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31749997/>.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation (Instituto para la medición y Evaluación de la Salud), Human Development

- Network (Red de Desarrollo Humano), The World Bank (Banco Mundial), Universidad de Whashington. La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. Edición regional para América Latina y el Caribe. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2013: 74 pp [consultado 18 Feb 2022]. Disponible en: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_LatinAmericaCaribbean/IHME_GBD_WorldBank_LatinAmericaCaribbean_FullReport_SPANISH.pdf.
5. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2224-60 [consultado 8 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245609/>.
 6. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372:139-44 [consultado 8 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18582931/>.
 7. Grimes CE, Bowman KG, Dodgion CM, Lavy CBD. Systematic review of barriers to surgical care in low-income and middle-income countries. *World J Surg*. 2011;35:941-50 [consultado 8 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21360305/>.
 8. Knowlton LM, Banguti P, Chackungal S, Chanthasiri T, Chao TE, Dahn B, et al. A geospatial evaluation of timely access to surgical care in seven countries. *Bull World Health Organ*. 2017;95:437-44 [consultado 8 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28603310/>.
 9. Grimes CE, Law R, Dare A, Day N, Reshamwalla S, Murowa M, et al. Cost-effectiveness of two government district hospitals in Sub-Saharan Africa. *World J Surg*. 2017;41:2187-92 [consultado 8 Jul 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28349322/>.
 10. Alkire BC, Shrimel MG, Dare AJ, Vincent JR, Meara JG. Global economic consequences of selected surgical diseases: A modelling study. *Lancet Glob Health*. 2015;3 Suppl 2:S21-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25926317/>.
- Ainhoa Aixa Maestu Fonseca^a, Marc Vallve-Bernal^b, Itziar Larrañaga Blanc^c, Fernando Turégano Fuentes^d y Juan Carlos Puyana^e◇
- ^aHospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España
^bHospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España
^cHospital Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España
^dHospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España
^ePresbyterian Hospital, Pittsburgh, Pennsylvania, Estados Unidos
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: ainhoa.maestu@gmail.com
 (A.A. Maestu Fonseca).
 ◇ Todos los autores son miembros del Grupo de Colaboración Humanitaria (GCH) de la Asociación Española de Cirujanos (AEC).
- <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.02.016>
 0009-739X/
 © 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Síndrome de Poland y cáncer de mama

Breast cancer and Poland's syndrome



El síndrome de Poland (SP) es una alteración musculoesquelética congénita muy poco frecuente, caracterizada por una hipoplasia o ausencia de músculo pectoral mayor, pudiendo asociar hipoplasia mamaria, amastia, deformidades en la pared torácica y alteraciones del miembro superior ipsilateral. En estos pacientes se ha descrito una mayor incidencia de ciertos tumores malignos, entre los que se encuentra el carcinoma ductal infiltrante (CDI) de mama. Se presentan 2 casos de SP asociados a carcinoma de mama intervenidos en nuestro servicio, describiendo sus características y evolución oncológica.

Caso 1: Mujer de 39 años con SP derecho (hipoplasia mamaria, ausencia de pectoral, acortamiento del brazo ipsilateral y malformaciones en los dedos de la mano), y con antecedentes de una mamoplastia contralateral de simetrización. Comienza con un nódulo de 20 mm en cuadrante superior externo de mama derecha, sin adenopatías patológicas. En la mamografía se objetivó un nódulo de 2 cm espiculado, BIRADS 5. La biopsia con aguja gruesa indicó CDI. Fue intervenida, realizándose tumorectomía y biopsia de

ganglio centinela (BGC) con resultado anatomopatológico definitivo de CDI grado III, con receptores hormonales (RH) positivos y ampliación de Her2 positivo, estadio T1N0M0. Tras la cirugía evolucionó de forma favorable, siendo alta a las 24 h de la intervención. Recibió 6 ciclos de fluorouracilo, epirrubicina y ciclofosfamida (FEC) asociado a trastuzumab durante un año. Además de radioterapia (50 Gy + boost 10 Gy) y hormonoterapia con tamoxifeno durante 5 años. No presentó recidiva con un seguimiento de 10 años.

Caso 2: Paciente mujer de 48 años, con antecedente de SP derecho por hipoplasia mamaria. Es valorada por dolor y molestias locales en la mama derecha. A la exploración física presenta induración y retracción del pezón, sin palparse nódulos ni adenopatías. En la mamografía se identifican pequeñas calcificaciones puntiformes retroareolares sin otras alteraciones por lo que se realiza biopsia cutánea del pezón. El resultado es positivo para CDI estadio T4bN0M0. Recibió neoadyuvancia con 4 ciclos de doxorubicina y ciclofosfamida seguidos de 12 ciclos de paclitaxel con posterior mastectomía ahorradora de piel, BGC y reconstrucción inmediata con