

## EDITORIAL

---

### CUANDO LAS RESPUESTAS GENERAN PREGUNTAS

Algunos resultados importantes producidos en los últimos tiempos en diversas áreas de la mastología, han generado simultáneamente respuestas y nuevas preguntas para la práctica clínica. En una apretada síntesis se dejarán planteadas estas dicotomías.

En el campo de la cirugía hace años que el manejo estándar de la extensión axilar del cáncer de mama (CM) gira sobre el estudio del ganglio centinela (GC). No obstante, en los últimos dos años las publicaciones de A. Giuliano y V. Galimberti han planteado un nuevo debate: la irrelevancia de la linfadenectomía completa (LAC) cuando no más de dos ganglios se hallaron comprometidos en pacientes tratadas con cirugía conservadora. Estas aseveraciones, que pueden cambiar sustancialmente varios paradigmas terapéuticos, requieren compatibilizados conceptuales a veces desconcertantes. Repasemos datos y consecuencias. Grandes números de pacientes con largos seguimientos permitieron afirmar que la cantidad de ganglios comprometidos era un muy fuerte factor de pronóstico, aunque, cierto es, no de predicción. De hecho, la actual pTNM tiene uno de sus ejes en este aspecto. En su trabajo Giuliano aclara que en su serie la media de GC extirpados fue de dos (1 a 4), por lo que la estimación de cuántos casos tenían sólo dos ganglios afectados deja un interrogante. Tampoco queda claro por qué el grupo de Galimberti resolvió limitar su evaluación a micrometástasis, cuando las evidencias más consistentes equiparan el valor de las macro y micrometástasis. De todas formas, si las hipótesis de los estudios son correctas, surge otra inquietud: ¿el *tayloring* terapéutico es real o en la práctica el diseño de la terapia sistémica iguala enfermas de muy diferente riesgo? Si lo último es cierto, ¿implica necesariamente una elevada proporción de pacientes sobretratadas? Esta eventualidad no debería llamar la atención visto que el 9,7% de GC falsos negativos finales verdaderos documentados en el NSABP B-32, no se ha traducido en la práctica clínica en un detrimento de la evolución de las pacientes, a pesar que deben estar siendo tratadas como axila negativa. Sin embargo, debe remarcarse la cautela que se requiere cuando se aborda la presunción de sobretratamientos. La mortalidad por CM en Europa, incluso en el Este, ha caído casi un 7% entre 2002 y 2009, y el beneficio se imputa a las conductas terapéuticas.

Otros datos poco congruentes se refieren a la radioterapia. Por un lado, el Z0011 se concentró en pacientes con cirugía conservadora basado en que la radioterapia aplicada a la mama extiende sombra o irradiación marginal a la axila. Por otra parte, las recientes publicaciones del EBCTCG avalan una cuidadosa y bien planificada radioterapia regional para pacientes con mastectomía y 1 a 3 ganglios metastatizados. ¿Es entonces exagerada esta meticulosa propuesta, o es insuficiente la irradiación casi aleatoria que presupone el Z0011?

La terapia adyuvante sistémica también muestra actualmente información provocativa. En 2009 se modificó el criterio para definir neoplasia endocrinosensible bajando a 1% de receptores hormonales (RH) el piso para ello. Si como consecuencia de este cambio todas las pacientes con alguna expresión de RH van a recibir terapia endocrina, cabe esperar que el beneficio bruto de este tratamiento caiga notablemente. La pregunta entonces es: ¿disminuirá tanto como para desequilibrar la ecuación riesgos-beneficios? Si por el contrario no se las tratará específicamente, ¿cuál es el propósito del cambio conceptual?

Algo similar es aplicable a la quimioterapia (QTP). El más reciente análisis del EBCTCG muestra que esta forma terapéutica siempre añade beneficio, independientemente del tamaño tumoral, estado de la axila o de los receptores hormonales. Ahora bien, ¿implicará esta verificación la ampliación indefinida de la indicación de QTP? ¿Cuál es el mínimo beneficio superador de los riesgos y efectos negativos?

En resumen, la masa de información es de tal magnitud y se produce a tal velocidad, que muchas veces desplaza la posibilidad de su análisis y consecuencias.

Quienes ejercemos la atención de las pacientes con cáncer de mama, desde cualquiera de las especialidades involucradas, enfrentamos un desafío creciente para discernir coherentemente criterios e indicaciones. Cada vez más, se tornan imprescindibles los espacios de reflexión interdisciplinaria sin preconceptos para lograr el objetivo de máxima, que es tratar adecuadamente a cada paciente.

**Aníbal R. Núñez De Pierro**