

## CARTA AL DIRECTOR

### **LA CIRUGÍA CONSERVADORA ES TAMBIÉN UNA OPCIÓN VÁLIDA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA ASOCIADO AL EMBARAZO**

*Sr. Director:*

Hemos leído con gran interés el trabajo de revisión publicado por V. Pons y cols. (1) en el último número de su revista y queremos felicitarles por un análisis meticuloso y exhaustivo sobre uno de los temas que más controversia están suscitando en los últimos años: el cáncer de mama asociado al embarazo. No obstante, nos gustaría aprovechar estas líneas para resaltar nuestro desacuerdo con algunas de las conclusiones sobre el tratamiento quirúrgico en estos casos.

En este sentido, aunque durante la discusión de su trabajo hacen una buena exposición de las opciones terapéuticas y se analizan las posibles situaciones en las que puede hallarse la mujer gestante con un cáncer de mama, en la conclusión llegan a afirmar que el tratamiento de elección en estos casos es la mastectomía radical modificada con linfadenectomía axilar, conclusión con la que no podemos estar más en desacuerdo. Si bien es cierto que, clásicamente, este había sido el tratamiento de elección, estas recomendaciones no pueden ser asumidas como base indiscutible del tratamiento en la actualidad, es decir, no puede concluirse, en un trabajo de estas características, que el tratamiento de elección sea la mastectomía radical. De este modo, la mayoría de los autores coinciden en que el tratamiento en estos casos debe estar determinado, por un lado, por las características biológicas del tumor y, por otro, por la edad gestacional de la paciente en el momento del diagnóstico (2-4). Así, la cirugía conservadora únicamente quedaría contraindicada, formalmente, durante los dos primeros

trimestres del embarazo por la imposibilidad de administrar radioterapia durante el mismo. Como muy bien dicen los autores en la discusión de su artículo, a partir del final del 2º trimestre y durante el 3º trimestre podría optarse por cirugía conservadora y la administración de radioterapia tras el parto. Otra opción, que los autores no comentan, consiste en adelantar la fecha del parto, siempre que la maduración fetal lo permita, para poder administrar de forma precoz la radioterapia (4). Por otro lado si, como bien se recoge en su artículo, el cáncer de mama asociado a la gestación incluye el año siguiente al parto, también en este periodo podría realizarse cirugía conservadora de la mama y, posiblemente, sobre los ganglios axilares, siempre, claro está, que exista indicación por las características del tumor. De este modo, el tratamiento conservador podría llevarse a cabo durante la mayor parte del tiempo que comprende la definición de cáncer de mama asociado a la gestación, quedando únicamente contraindicado durante los dos primeros trimestres del embarazo.

Por lo tanto, actualmente no puede asegurarse que el tratamiento quirúrgico de elección en el cáncer de mama asociado al embarazo sea la mastectomía radical modificada sino que este estará determinado por la edad gestacional en el momento del diagnóstico y por las características biológicas del tumor. En nuestra opinión, hay que ser muy cautos a la hora de extraer conclusiones tan categóricas como las propuestas por Pons y cols. (1), pues se corre el riesgo de caer en peligrosas generalizaciones que poco tienen que ver con la realidad y que condicionan importantes decisiones terapéuticas.

**D. Martínez-Ramos, M. Alcalde-Sánchez,  
J. L. Salvador-Sanchis**

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.  
Hospital General de Castellón.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pons V, Gálvez E, Rodríguez-Lescure A. Manejo del cáncer de mama en la mujer gestante. *Rev Senología Patol Mam* 2007; 20: 97-101.
2. Sierra-García A, Piñero-Madrona A, Illiana-Moreno J. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía de la mama. Madrid: Arán Ediciones; 2006.
3. Veronesi U. *Senologia Oncologica*. Milán (Italia): Masson S.p.A.; 1999.
4. Martínez-Ramos D, Ferraris C, Greco M, Grosso I, Conti AR. Carcinoma de mama durante el embarazo. *Cir Esp* 2007; 82 (5): 305-7.

## Réplica

*Sr. Director:*

Hemos leído con detenimiento la carta remitida por el Dr. Martínez Ramos y cols. referente a la posible extracción de conclusiones erróneas sobre la técnica quirúrgica de elección en el manejo del cáncer de mama en la mujer gestante. Agradecemos la atención prestada a nuestra revisión.

Como se expone en el apartado dedicado al tratamiento locorregional de la enfermedad, existen diversos estudios que demuestran tasas similares de control local de la enfermedad entre la realización de mastectomía radical modificada y cirugía conservadora asociada a radioterapia, manteniéndose esta equivalencia en la mujer gestante siempre y cuando se pueda administrar la radioterapia. Sin embargo, hay que tener presente que la realización de cirugía conservadora durante la gestación presenta ciertas dificultades. En primer lugar, los cambios glandulares que tienen lugar durante la gestación dificultan la exploración mamaria. Ello condiciona que las neoplasias diag-

nosticadas durante la gestación presenten un tamaño tumoral habitualmente superior, que en muchas ocasiones contraindica la cirugía conservadora. Hay que tener en cuenta, además, que de las diferentes pruebas de imagen útiles para el estudio del tumor primario, tan sólo se pueden realizar durante la gestación la ecografía y la RNM sin contraste, que tal y como se recoge en la revisión, presentan tasas de sensibilidad inferiores a las de la mamografía y la RNM con contraste. En consecuencia, la delimitación del tumor primario y la posible presencia de microcalcificaciones en el resto del tejido mamario resulta mucho más compleja.

Es importante, además, considerar que la radioterapia está formalmente contraindicada durante la gestación. Por tanto, la cirugía conservadora estaría contraindicada en todas aquellas mujeres gestantes en las que, debido a la edad gestacional en el momento del diagnóstico, no pudieran iniciar radioterapia en el plazo de 3-4 semanas tras finalizar la quimioterapia.

En el caso de las mujeres púerperas, los criterios a la hora de decidir la realización de una cirugía conservadora son los mismos que en las mujeres no púerperas.

Con todo ello se puede concluir que la cirugía conservadora no está contraindicada durante la gestación ni el puerperio, tal y como se recoge en el artículo de revisión, siempre y cuando se asegure una resección completa con un adecuado margen de seguridad, descartemos con fiabilidad la existencia de tumores multicéntricos y microcalcificaciones en el tejido mamario restante y sea factible la administración de radioterapia dentro de los plazos establecidos.

**V. Pons, E. Gálvez, A. Rodríguez-Lescure**

*Servicio Oncología Médica. Hospital General Universitario.  
Elche (Alicante)*