



Revista Argentina

de Cancerología

Volumen XXXV - Nº 3 - 2007

- Editada desde 1962
- 1993: Mención otorgada por la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la U.B.A.
- Sociedad Argentina de Cancerología | Miembro de la Federación de Sociedades de Cancerología del Mercosur
- 1º Filial de la SAC USHUAIA

Comisión Directiva 2006-2007

Presidente

Dra. Luisa Rafailovici

Secretario General

Dr. Marcelo Blanco Villalba

Secretario de Actas

Dr. Eduardo Almira

Tesorero

Dra. Claudia Pazos

Director de Publicaciones

Dra. Liliana C. González

Vocales titulares

Dra. Clelia Vico

Dra. Stella Maris Espora

Dra. Mónica López

Dra. Florencia Perazzo

Organo de Fiscalización

Dra. Rosa Woscoboinik de Levin

Dra. Mario F. Bruno

Past-Presidents

Dr. Norberto Brocato (1996-1997)

Dr. Antonio Guardo (1998-1999)

Dra. Silvia L. Jovtis (2000-2001)

Dra. Stella Maris Espora (2002-2003)

Dra. Clelia Vico (2004-2005)

Dra. Silvia L. Jovtis †

Miembros Honorarios Nacionales

Dr. Carlos Reussi †

Dr. Roberto A. Garriz †

Dr. Juan J. Fontana †

Dr. Federico Pilheu

Dr. José J. Mayo

Dr. Juan J. Corbelle

Dr. Emilio Etala †

Dr. Bernardo Dosoretz

Dra. Ofelia T. de Estévez

Dr. Diego L. Perazzo

Dr. José Schavelzon

Dr. Salomón Barg †

Dr. José R. Pereira Quintana

Dr. Roberto A. Votta †

Dr. Roberto A. Estévez †

Dr. Mario F. Bruno

Dr. Amadeo Espeche

Dr. Silvio De Marco

Dr. Héctor La Ruffa

Dr. Armando Motto †

Dr. Juan Carlos Ahumada

Dr. Eleodoro Grato Bur †

Dr. Angel N. Braco †

Miembros Correspondientes Extranjeros

Dr. Claudio Prieto (Paraguay)

Dr. Miguel Torres (Uruguay)

Dr. Hiram Silveira Lucas (Brasil)

Dr. Gabriel Hortobagyi (Estados Unidos)

Dr. Diego Noreña (Colombia)

Dr. Natale Cascinelli (Italia)

Dr. Peter Boyle (Gran Bretaña)

Dr. Martin Mihm (Estados Unidos)

Dr. Emilio García Giralt (Francia)

Dr. Michael Katin (Estados Unidos)

Dr. Andre Murad (Brasil)

Dra. Judith Carro (Uruguay)

Dr. Adalberto Broecker Neto (Brasil)

Dr. Juvenal Oliveira Filho (Brasil)

Dr. Guillermo Ramírez (EE.UU.)

Dr. John Horton (EE.UU.)

Dra. Graciela Garton (EE.UU.)

Lic. Enf. Judith Villagra (Uruguay)



ASOCIACION MEDICA ARGENTINA

Índice

Editorial

Nuevos blancos moleculares en Oncología 99

E. Gil Deza, F. G. Gercovich

Cuidados paliativos: derechos del paciente con enfermedad que amenazan la vida 105

M. Gómez Sancho

Diagnóstico y tratamiento de las lesiones mamarias clínicamente ocultas (LMCO) a cargo de un equipo multidisciplinario de un hospital público 114

S. M. Espora, S. C. Demayo, M. A. Tissieres, E. M. Castelli, I. M. Volpaccio, M. Monzón, M. I. Viaggio, C. Romero, C. Parisi, R. Bistoletti

Cánceres múltiples en adultos (CMA) Informe de una Institución 136

F. Tognelli, D. O. Juárez, B. Rolnik

Tumores germinales de testículo (TGT) Informe de una Institución 138

D. Santillán, C. García Gerardi, S. Musini

Actualizador Bibliográfico 141

Calendario Oncológico 2007-2008 143

Reglamento de publicación 144

La Revista Argentina de Cancerología es una publicación de la Sociedad Argentina de Cancerología, Asociación Civil.

Es editada y distribuida en Argentina por Publicaciones Latinoamericanas SRL,

Dr. Ramón Carrillo 294 (C1275Ahf) Buenos Aires.

Telefax: 4305-3310 (líneas rotativas).

e-mail: info@p-latinoamericanas.com.ar | www.p-latinoamericanas.com.ar

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

El contenido de los conceptos vertidos en los trabajos publicados en la presente edición es de exclusiva responsabilidad de los autores. Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual 08856. ISSN 0325 -142X

www.socargcancer.org.ar

Nuevos blancos moleculares en Oncología

El desarrollo de la biología molecular ha revolucionado el conocimiento médico.¹⁻⁸ Sin embargo, en nuestra práctica cotidiana observamos una separación cada vez mayor entre la investigación básica y la práctica clínica, como si se tratara de dos mundos totalmente diferentes. De hecho, como puede verse en la Figura 1, los puntos de contacto son pocos y requieren un puente que comunique estas dos realidades.

Si pensamos en términos de historia de la medicina, la calidad y cantidad de conocimientos obtenidos en los últimos 25 años con respecto a todos los anteriores tiene un orden de magnitud exponencial.

En la biología molecular hay un desarrollo heterogéneo en la genómica (estudio del código o estructura del gen), la transcriptómica (estudio del ARN o identificación del mensaje) y la proteómica (estudio de las proteínas o evidencia fenotípica). Si tuviéramos que hacer una analogía con la música, diríamos que la genómica estudia el instrumento, la transcriptómica la partitura y la proteómica el sonido y la armonía resultantes de la interpretación. Sólo los cambios producidos a este nivel tendrán alguna importancia clínica.

Esto ha modificado nuestra manera de entender las enfermedades, tanto en la etiología y la patogenia (por lo tanto, la prevención), como en el diagnóstico y el pronóstico (tanto en la subtipificación de tumores como en la selección de poblaciones) y, por supuesto, el desarrollo de nuevos agentes terapéuticos.

Focalizándonos en este último punto, analizaremos los llamados “tratamientos orientados a blancos moleculares”, que agrupan numerosas moléculas: trastuzumab, rituximab, cetuximab, bevacizumab, imatinib, gefitinib, sorafenib, sunitinib, bortazomib, lapatinib, entre otras.

¿Qué tienen en común para englobarse en este grupo?

El desarrollo de estas moléculas se hace mediante el diseño de agentes orientados a bloquear la transducción de señales -inhibición de receptores de membrana plasmática o de tirosin kinasas-; inhibidores de proteasomas o modificadores de respuesta biológica.

¿Por qué no son simplemente nuevos antimetabolitos?

Porque no actúan de forma competitiva con las bases púricas o pirimidínicas del ADN o del ARN.

¿Qué desafíos plantea este nuevo grupo de fármacos?

En primer lugar, debemos comprender que los tests orientados a la determinación de un receptor, una mutación o una alteración predictiva de eficacia de un agente, son determinaciones con alto valor predictivo negativo y bajo valor predictivo positivo (los resultados negativos muestra una notable falta de respuesta y los resultados positivos predicen tasas de respuestas que rondan el 20%).

La razón para esto debemos buscarla en la complejidad de las interacciones metabólicas a nivel celular, por lo cual difícilmente el bloqueo de una sola vía, o de una sola manera, pueda producir un efecto dramático, a menos que esa vía sea indispensable para la supervivencia de ese clon tumoral.


Investigación básica		Clínica
Western Northern Southern SELDI-TOF MICROARRAY LOH SNP PTEN CCDI HER2 EGFR JUS		Diagnóstico Patología Cirugía Radioterapia Quimioterapia Hormonoterapia Pronóstico Toxicidad Respuesta Sobrevida Miedos Expectativas

Figura 1. Incomunicación entre la investigación básica y la clínica práctica.

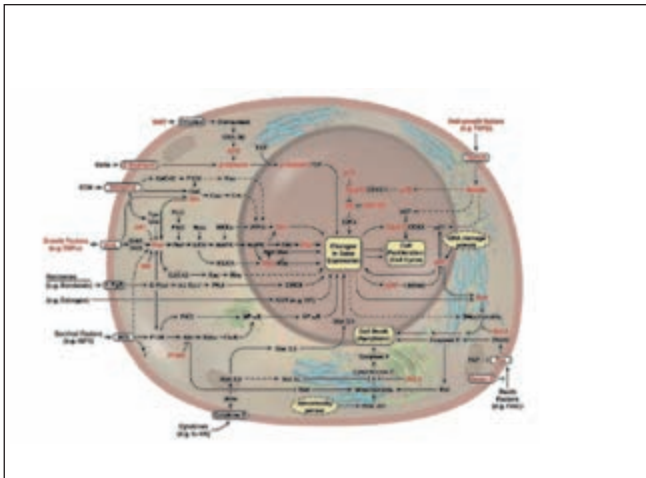


Figura 2. Esquema de las vías metabólicas de Hanahan y Weinberg.⁹

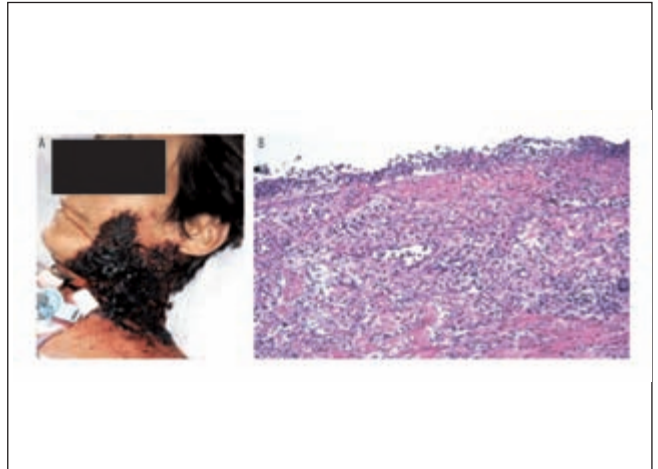


Figura 3. Toxicidad dermatológica severa en combinación de cetuximab con radioterapia en un paciente con tumor de cabeza y cuello (N Engl J Med 2007;357:514).

Una idea de la complejidad las interacciones metabólicas se puede apreciar en el esquema de la Figura 2.

En segundo lugar, las toxicidades son más difíciles de predecir que en los demás fármacos. Un ejemplo de esto lo tenemos tanto en la cardiotoxicidad del trastuzumab o en la severa toxicidad dérmica descrita en pacientes que recibieron cetuximab asociado a radioterapia en tumores de cabeza y cuello (Figura 3), y de manera análoga podemos mencionar perforación intestinal con bevacizumab, hipertensión o hemiparálisis con sunitinib, trastornos renales con bortezomib, etc.

¿Por qué la toxicidad severa es impredecible?

Porque en forma análoga a la respuesta extraordinaria observada en un subgrupo de tumores en los cuales la inhibición de una determinada vía metabólica es crucial, también en determinados pacientes esa misma vía metabólica es crucial para la supervivencia de células normales de determinados órganos. Por lo tanto, tenemos en nuestras manos armas extremadamente útiles en tumores sensibles y extremadamente peligrosas en pacientes sensibles.

¿Son en ese sentido diferentes de los agentes quimioterápicos comunes?

En la mayoría de los agentes quimioterápicos, sus efectos tóxicos están relacionados con la dosis, aunque hay pequeños subgrupos de pacientes muy sensibles a dosis estándares, habitualmente relacionados con la menor metabolización de la droga.

Ahora bien, en estos nuevos agentes la mayor sensibilidad no necesariamente depende de la dosis, y no se puede estudiar en cada órgano el rol que estas vías metabólicas juegan en cada paciente. Por otra parte, la modificación del metabolismo hepático conlleva notables aumentos o disminuciones de concentraciones plasmáticas, especialmente en el caso del sunitinib y la administración concomitante de inhibidores de citocromo P, como el ketoconazol, o estimulantes de citocromo P, como la rifampicina.

Tienen también inexplicables respuestas diferentes relacionadas con el sexo del paciente. Así, en la presentación realizada a la FDA del cetuximab en pacientes con cáncer de colon resistente a irinotecan, los pacientes de sexo masculino respondieron notablemente más que las mujeres, tal como podemos observar en la Figura 4.¹⁰

En tercer lugar, debemos reconocer la enorme presión a la que estamos sometidos los médicos para su empleo, ya que estos agentes se presentan al público bajo la faz de fármacos altamente selectivos y de mínima toxicidad. Sin considerar lo difícil que resulta analizar la veracidad de los trabajos y presentaciones científicas debido a los conflictos de intereses presentes en nuestra profesión.¹¹

Debemos reconocer que, a pesar de que la información la mayoría de las veces es incompleta, sesgada, y se conoce poco o nada acerca de las combinaciones de estos fármacos con otros agentes quimioterápicos, radiaciones o toxicidades alejadas, muchas veces nos vemos compelidos a utilizarlas ante la ausencia de alternativas útiles o por realizar tratamientos "a la mode", como si los tratamientos paliativos en pacientes incurables, o no realizar los tratamientos que están actualmente de moda, constituyeran violaciones al Juramento del cual somos deudores.

Conclusiones

A manera de conclusión podemos decir que la biología molecular nos enfrenta cotidianamente a nuevos desafíos.

En el ámbito del conocimiento, se necesitan cada vez más "traductores" que trasladen los conocimientos generados en la investigación básica a la práctica clínica.

Table 21. Age, gender and KPS Characteristics by Treatment Arm (ITT).				
Characteristics	ERBITUX plus irinotecan		ERBITUX monotherapy	
	n/N (%)	95% CI	n/N (%)	95% CI
Age				
< 65 years	36/155 (23.2)	16.8, 30.7	7/78 (9.0)	3.7, 17.6
≥ 65 years	14/63 (22.2)	12.7, 34.5	5/33 (15.2)	5.1, 31.9
Gender				
Men	36/143 (25.2)	18.3, 33.1	10/63 (15.9)	7.9, 27.3
Women	14/75 (18.7)	10.6, 29.3	2/48 (4.2)	0.5, 14.3
KPS				
< 80	4/25 (16.0)	4.5, 36.1	1/15 (6.7)	0.2, 31.9
≥ 80	46/193 (23.8)	18.0, 30.5	11/96 (11.5)	5.9, 19.6
No. of metastatic sites				
1	30/102 (29.4)	20.8, 39.3	10/62 (16.1)	8.0, 27.7
2	15/78 (19.2)	11.2, 29.7	2/27 (7.4)	0.9, 24.3
≥ 3	1/9 (11.1)	0.3, 48.2	0/6 (0)	0.0, 45.9

Figura 4. Tabla de la presentación de cetuximab a la FDA.

En el ámbito de la aplicación terapéutica, se requiere el empleo criterioso de estas nuevas drogas, tenemos menor conocimiento sobre sus efectos adversos porque muchas de ellas se han aprobado luego de haber demostrado eficacia en un número pequeño de pacientes; muchas veces se emplean tests no validados internacionalmente para la determinación de receptores o mutaciones que justifiquen su empleo; se seleccionan inadecuadamente pacientes que por sus comorbilidades o tratamientos concomitantes pueden tener efectos adversos severos, en la creencia de que estos fármacos son más inocuos.

Por esto consideramos particularmente valioso recordar las palabras del Dr. Agrest, académico nacional y brillante clínico, expresadas en *El internista y la oncología moderna*.

“La experiencia me enseña que con demasiada frecuencia los pacientes están off-side con respecto a las normas.

Los médicos quedamos abandonados muchas veces a nuestro propio sentido común para descubrir ese fuera de límite y nadie se ocupa de exigir o enseñar sentido común antes de otorgarnos habilitación profesional.

Nos habilitan por nuestra competencia en el uso de armas pero pocas veces nos exigen saber cuándo no debemos usarlas.”¹²



Figura 5. Sir William Osler (1849-1919).

O tomando el ejemplo de uno de los más grandes médicos de nuestra época, Sir William Osler –introdujo la microscopia en Canadá, fue docente venerado en Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, es considerado uno de los pilares de la mejor Escuela de Medicina del Siglo XX (John Hopkins) y se destacó como brillante escritor–, quien finaliza su texto *Aequanimitas* con las siguientes palabras (traducción libre):

“No he persistido en el error;
no he tergiversado la verdad;
no he cultivado el desánimo;
no he dado cabida a los temores.”
(Sir William Osler, *Aequanimitas*)

Estas palabras, aplicadas a nuestro problema, significarían: disponemos de nuevos, poderosos y sumamente interesantes agentes terapéuticos, pero sólo el arte de seleccionar adecuadamente los pacientes, la aplicación cuidadosa de estos fármacos y la profundización en el conocimiento de sus efectos a largo plazo nos permitirán conocer los verdaderos beneficios y los riesgos asociados.

Los límites éticos son muy claros: no usar un tratamiento cuando corresponde es negligencia; usar un tratamiento cuando no corresponde es impericia; utilizar un tratamiento sin conocerlo en profundidad es ignorancia; investigar un tratamiento fuera de un protocolo aprobado es ilegal; utilizar un tratamiento por el beneficio que percibe el médico al prescribirlo es dolo. Por lo tanto no nos quedan dudas de los deberes a los que se somete todo profesional honesto: respetar los límites teniendo siempre presente el máximo beneficio del paciente.

Dr. Ernesto Gil Deza
Dr. Felipe Gustavo Gercovich
Instituto Oncológico Henry Moore

Bibliografía

1. Van de Vijver, M.J. and R. Nusse, *The molecular biology of breast cancer. Biochim Biophys Acta*, 1991. 1072(1): p. 33-50.
2. Hemminki, K., *Use of molecular biology techniques in cancer epidemiology. Scand J Work Environ Health*, 1992. 18 Suppl 1: p. 38-45.
3. Linder, S., *Nobel seminar: Molecular medicine--cell biology in disease. Cancer and HIV: from viral genes to therapy? J Intern Med*, 1992. 232(1): p. 3-9.
4. Ponder, B.A., *Cancer and genes: how will molecular biology reshape our clinical practice? Neth J Med*, 1997. 50(5): p. 211-5.
5. Ross, D.W., *Cancer: the emerging molecular biology. Hosp Pract (Minneapolis)*, 2000. 35(1): p. 63-4, 67-74.
6. Pestell, K., *Anti-cancer drug success emerges from molecular biology origins. Trends Pharmacol Sci*, 2001. 22(7): p. 342.
7. Luker, G.D., *Special conference of the American Association for Cancer Research on molecular imaging in cancer: linking biology, function, and clinical applications in vivo. Cancer Res*, 2002. 62(7): p. 2195-8.
8. Farrell, P.M., *Using the power of genetics, genomics and molecular biology to fight cancer. Wmj*, 2003. 102(5): p. 51-2.
9. Hanahan, D. and R.A. Weinberg, *The hallmarks of cancer. Cell*, 2000. 100(1): p. 57-70.
10. http://www.fda.gov/cder/biologics/nda/125084_ERBITUX_MEDR_P2.PDF.
11. Campbell, E.G., *Doctors and Drug Companies -- Scrutinizing Influential Relationships. N Engl J Med*, 2007. 357(18): p. 1796-1797.
12. Agrest, A., *Más reflexiones inexactas de un observador médico. Biblioteca Médica Aventis*, 2002: p. 144-151.

Cuidados paliativos: derechos del paciente con enfermedad que amenazan la vida

Marcos Gómez Sancho*

* Director de la Unidad de Medicina Paliativa del Hosp. Universitario Dr. Negrín de Las Palmas, Gran Canaria.

Ex-Presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

Presidente Ilustre de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Conferencia-debate desarrollada el 23 de mayo de 2007 en la Universidad Abierta Interamericana, organizada por el Capítulo de Psico-Oncología y Cuidados Paliativos de la Sociedad Argentina de Cancerología y Pallium Latinoamericana.

Resulta que no hace falta ser médico o enfermero o psicólogo para saber que hoy tenemos una medicina maravillosa, muchas veces milagrosa. Sin embargo, las personas muchas veces se mueren en condiciones inhumanas: todos podemos haber tenido un amigo o algún familiar más o menos cerca y nos hemos dado cuenta de esa tremenda realidad. Fijense que desde que el mundo es mundo siempre ha habido una enfermedad maldita; en la antigüedad fue la epilepsia, Hipócrates empleó gran parte de su vida profesional en intentar demostrar que no se trataba de un endemoniamiento como se creía en aquella época.

No crean que hay que irse tan lejos, porque hasta el año 72 en 18 estados de Norte América se castraba a los epilépticos y hasta el año 56 en Inglaterra no se les permitían entrar en establecimientos públicos ni se les permitía casarse.

Luego fue la peste, luego has visto como esas epidemias diezaban periódicamente las poblaciones. Luego la lepra, ustedes saben que en la Edad Media llamar a una persona leproso se consideraba un insulto castigado por una multa, y los leprosos no vivían en sus casas, vivían todos juntos en cuevas fuera de las ciudades. Y de esas chozas no podían salir; cuando salían tenían que ir en procesiones tocando carracas, para que al resto de las personas le diera tiempo de quitarse del medio porque ahí venían los leprosos, y no podían salir ni siquiera después de muertos, las leproserías, que así se llamaban aquellas instituciones, tenían sus propios cementerios, donde se enterraban y se sepultaban a los leprosos después de morir.

Luego fue la locura, y hemos visto hasta hace pocos días esos tremendos manicomios, los enfermos atados, digo enfermos, porque sepan ustedes que el 35% de las personas que estaban ingresadas en estos establecimientos no eran enfermos mentales, eran oligofrénicos, niños que habían nacido con un cierto retraso mental y que los padres, como estaba mal visto tener un niño tonto en casa, le ingresaban en estas instituciones, de manera que esos niños que con una gran dosis de cariño y alguna clase de educación especial hubieran sido útiles para sí mismos o para la sociedad, cuando llevaban unos cuantos años ahí metidos se transformaban en seres totalmente inútiles.

Luego fue la sífilis, la enfermedad maldita, ya vamos viendo que sucede algo similar con el SIDA, porque todas esas enfermedades infeccio-

sas transmitidas por la vía sexual ofrecen unas tentaciones moralizantes absolutamente inaceptables.

Más recientemente la tuberculosis fue la enfermedad maldita. En esta copla popular "... nadie se acerque a mi cama que estoy tísico de pena, al que muere de este mal, hasta las ropas le queman..." se hace referencia al abandono y al aislamiento a que se sometía a los enfermos tuberculosos.

Pues bien, esta odiosa reputación que siempre tuvieron estas enfermedades a lo largo de la historia la fueron perdiendo a medida que los médicos, nuestros predecesores, fueron siendo capaces de curarlas, y esta odiosa reputación hoy la ha heredado el cáncer, que comparte con ellas el hecho de que ni siquiera se puede pronunciar su nombre.

Ustedes saben que los médicos tenemos serias dificultades para hablar con nuestros enfermos de su diagnóstico y que, cuando lo hacemos, generalmente utilizamos eufemismos. Por ejemplo, una papa, una tumoración, algo malo, una neoplasia, para no usar la palabra cáncer, que de por sí encierra una tremenda malignidad.

Cuántas veces hemos oído que la inflación es un cáncer para la economía. No hay que darle más vueltas, todo el mundo entiende que eso es lo peor que le puede pasar a la economía. Se los digo para que ustedes comprendan la realidad de los enfermos que saben probablemente que van a morir, y que además van a morir de una enfermedad que tiene un nombre maldito, que ni siquiera se puede nombrar. Ésta es la tragedia de los enfermos, porque cuando se pronuncia la palabra, a todo el mundo nos viene a la imaginación este dramático binomio de dolor y muerte.

En lo que respecta al dolor, lamentablemente es cierto, todos sabemos que el cáncer en situaciones avanzadas y terminales puede producir un dolor intenso en el 70% de los enfermos. Eso no quiere decir que nos vayamos a quedar con los brazos cruzados, como desgraciadamente hemos estado durante mucho tiempo, porque hoy disponemos de recursos casi siempre muy sencillos, que nos permiten suprimir o por lo menos aliviar hasta el 95% del dolor de los enfermos de cáncer. Y, por lo que respecta a la muerte, pues también por desgracia es cierto, pues una vez diagnosticado, el cáncer va a matar, por lo menos, a la mitad de los enfermos.

Entonces la actitud que los ciudadanos en general y los profesionales de la salud en particular tenemos ante este tipo de enfermos es una actitud muy similar a la que tenemos ante la muerte.

Por eso puede ser pertinente hacer esta pequeña reflexión de cómo ha variado la forma de afrontar la muerte en estos últimos tiempos, porque eso nos puede ayudar a comprender la realidad de todo esto.

Dicen los antropólogos y sociólogos que han investigado el asunto durante 1500 años, que la gente ha muerto de manera muy similar sin apenas cambios, esto que llamaban la muerte familiar. Diría Lope de Vega: "Dichoso el que vive y muere en su casa, que en su casa hasta los pobres son reyes", porque muchas veces son tan pobres que no tienen donde vivir, o viven como es el caso de un enfermo, que vive en una cueva o una caseta que se había construido él mismo y le ofrecimos la oportunidad de venir y ser cuidado en el hospital y dijo que "tururú", que él donde estaba a gusto era ahí, dónde puede disfrutar de la presencia constante de sus seres queridos y donde puede controlar la situación en la medida que se lo permite sus circunstancias personales, y no en la medida que se lo permita la supervisora de guardia o el cirujano de guardia de ese día, ese sitio es la casa de cada uno, sea un palacio, sea una cueva, es la casa de cada uno.

Otro asunto a considerar es que sabemos que la visita de los niños a los hospitales están restringidas para protegerles de las múltiples enfermedades que pululan por el ambiente hospitalario, y está bien, pero también creo que puede llegar a ser cruel que una madre, por ejemplo, si va a morir en el hospital, vaya a morir sin haber podido despedirse, sin haber podido dar un beso a sus chiquillos, sin siquiera haberles visto las últimas semanas de su vida, porque a los niños no les permiten entrar en el hospital. Pero gracias a que la madre puede ser atendida en su casa pues puede disfrutar de sus chiquillos hasta el final y los padres pueden hablar con los niños de lo que está sucediendo en esa casa, en la medida que se lo permita su edad o su grado de desarrollo.

Fíjense además que los enfermos de estas características, en los hospitales, algunas veces son sometidos a unos tratamientos o pruebas absolutamente innecesarias cuando menos, porque a los médicos nos cuesta mucho trabajo no hacer nada y hay un enfermo allí en un hospital que está diseñado para diagnosticar y curar, hay un enfermo que ya está diagnosticado y que es incurable por definición, pero no somos capaces de no hacer nada y a veces hacemos cosas.

Por eso les pongo este párrafo del libro de Isabel Allende donde habla de su hija Paula, hasta que murió y en un momento determinado dice esto: "Al menos la tengo aquí conmigo, a salvo en esta casa, protegida por todos nosotros, nadie volverá a invadirla con agujas y sondas, de ahora en adelante solo recibirá caricias, música y flores".

La escena que ha sido bien familiar hasta hace no tanto tiempo, en la que el sacerdote va a la casa del enfermo a suministrarle los últimos sacramentos, con el monaguillo a darle la extremaunción y el monaguillo toca la campanita y si no toca la campanita el monaguillo, suena la campana de la parroquia porque mientras el santísimo sacramento estaba fuera de la iglesia tenía que repiquetear una campana.

Una pequeña comitiva se añadía al resto de este pueblo, de la aldea, que acuden hasta la casa donde está muriendo este vecino a testimoniarle su solidaridad a través de su presencia confortante.

Fíjense el primer gran cambio, cómo hoy muchos enfermos están engañados. La familia no permite que entre el sacerdote a la habitación, no vaya a ser que si ve al sacerdote, sospeche de su gravedad. Cuando anacrónicamente hoy no hay ninguna duda, que la inmensa mayoría de los enfermos al final son totalmente conscientes que su vida está a punto de terminar y eso, independientemente de lo que les hayamos dicho los médicos, y esto es tan así, que la visita del sacerdote, muchas veces se ha transformado en un indicativo pronóstico. ¿Qué tal está fulanito? Muy mal, ya ha venido el cura... Y esto tal es así, que los curas se han cansado de dar la extremaunción a cadáveres, que es muchas veces cuando les permiten entrar, y por este motivo la iglesia en el Segundo Concilio Vaticano, a este sacramento le ha cambiado el nombre y ya no se llama extremaunción sino sacramento de los enfermos, para que no se tenga dudas de que quien lo recibe es un enfermo. Y el enfermo moría en su casa, y eran aquellos momentos mágicos de los grandes amores, la reconciliación, los repartos de hacienda, los últimos consejos a los hijos y ahí estaban los niños, y los niños ya habían visto morir a los abuelos, a sus padres, a algún tío... y a lo largo de su vida las personas generan un cierto contacto periódicamente con la muerte.

Hoy como a los enfermos se los llevan a morir al hospital y los sanatorios son fuera de las casas, de cincuenta años para abajo hoy nadie ha visto un muerto ni nadie ha visto morir a una persona.

Hoy el primer contacto que una persona tiene con la muerte es cuando son ellos quienes van a morir y ustedes están de acuerdo conmigo en que no es ése el mejor momento para afrontar y aprender algo de un acto tan sublime y que además nos espera a todos nosotros y es el asunto de nuestra propia muerte.

Decía Hans Kung, en su libro *Morir con Dignidad*, que a un niño americano le dijeron que su abuelito se había muerto, y el niño preguntó que quién le había disparado, porque hoy en día los niños, no conocen otra muerte que la que ven todos los días cientos de veces en la televisión, que es la muerte a tiros limpios.

Esto es un precio que paga el desarrollo, porque en aquellos países, mal llamados "en vías de desarrollo" fíjense cómo en esta foto de México, cómo los niños con este altar participan y van al cementerio y honran a sus antecesores al igual que el resto de los miembros de su familia.

O esta foto que tomé Guatemala, fíjense: la primera sorpresa es un entierro de este tipo por el centro de la ciudad, esto hoy por ley está prohibido en España.

La otra cosa que llamó la atención es esto... Que el féretro vaya precedido por tres niños llevando las coronas, esto sería absolutamente impensable por lo menos en nuestro medio.

Desde hace ya unos cuantos lustros se ha medicalizado el comienzo de la vida y corremos el riesgo de medicalizar el final de la vida. Desde hace unas décadas todo el que viene a este mundo lo primero que ve es una sala de partos, que es bastante triste digo yo, y ahora corremos el riesgo de que el último espectáculo y paisaje que veamos antes de abandonar el planeta sea un paisaje al que tienen ustedes en esta fotografía (en una terapia intensiva) y que es el terror de los ciudadanos, a nadie nos importaría sufrir este tipo de tratamientos si tenemos un accidente de circulación o una enfermedad curable, pero si tenemos

una enfermedad incurable, la gente no quiere ser sometida a este tipo de tratamientos y por eso se están promoviendo los testamentos vitales o documentos de voluntades anticipadas en todos los sitios; porque las personas quieren tener la seguridad de que si llegado ese momento están inconscientes pueden haber firmado un papelito con valor legal diciendo que no quieren ser sometidos a este tipo de tratamiento, porque el riesgo de la medicalización de la muerte es la obstinación terapéutica o el encarnizamiento terapéutico.

No podemos confundir dos cosas que son bien distintas, una alargar la vida, que es una obligación de todos los que estamos aquí, con prolongar la muerte, que es un procedimiento altamente inmoral.

Y todo empezó en esta época, porque si miramos hacia atrás hasta la aparición de los antibióticos, la medicina era prácticamente toda paliativa, apenas se curaba nada. ¿De qué se disponía en aquel momento? de algunas sales de bismuto, algunos antipalúdicos, y paren ustedes de contar. Hasta ese momento, por lo general el médico era un profesional que veía, sabía e intuía lo que estaba pasando e intuía lo que iba a pasar, pero totalmente incapaz e impotente de modificar el curso de los acontecimientos porque no existían recursos ni tratamientos para ello. Hasta que aparecieron los antibióticos. Aprovecho para decirles que un poquito antes, en el año 35, cuando se descubrió la sulfamida, aquello supuso uno de los actos, uno de los sucesos más vergonzosos desde el punto de vista ético en la historia de la medicina, porque por una lucha de patentes entre dos multinacionales se tardó 2 años en emplear las sulfamidas con los enfermos, y si se hubiera utilizado desde el primer momento en que se dispuso se podría haber evitado la muerte de 1.500.000 personas solamente en Europa y en América; el caso es que un poquito después este señor Alexander Fleming descubre la penicilina, y comienza a desarrollarse en ese momento la medicina moderna, el desarrollo de la anestesia, la reanimación, cuidados intensivos que hacen posible hoy intervenciones quirúrgicas impensables.

Desde hace bien poco se dispone de los modernos sistemas de diagnóstico por tomografía computarizada y resonancia magnética, y más recientemente de los transplantes de órganos.

Pero algunas veces da la impresión de que este desarrollo tan tremendo que ha tenido esta medicina, que además es tan extraordinaria, ha generado en las personas una especie de delirio de inmortalidad, totalmente ajeno a la realidad, y en los propios profesionales de la salud, sobre todo en los médicos, un delirio de omnipotencia y onnisapiencia absolutamente ajeno también a la realidad. Por lo tanto, no está de más que recordemos, aunque parezca muy obvio, que hasta donde yo sé, la mortalidad del ser humano es del 100%, o lo que es lo mismo, una muerte por persona, ni más ni menos.

Ustedes saben que los médicos hacemos resucitaciones y que tenemos revistas y cursos de resucitación y libros de resucitación, o como me pasó a mí, que un compañero que me ha dicho: Vengo de urgencias que he resucitado a una persona y ahora voy a no sé dónde, pero sin ponerse colorado, ya decía que había resucitado a una señora, sabemos que quien así se expresa se está refiriendo a la reactivación del acto pulmonar que no es poco, pero yo no sé si el hecho de hablar de resucitación, aunque sea subcientíficamente, estamos dando a entender esta especie de delirio de omnipotencia que nos adjudicamos, o nos adjudican a los médicos.

Ustedes miren en el diccionario y el resucitar es el hecho de devolverle la vida a un muerto, y cuando hablo de esta definición y no hay más, es muy poco probable que algún colega haya conseguido alguna vez sus objetivos.

Hace unos años se puso en marcha, en la Unión Europea, un programa para mejorar la movilidad de los parapléjicos y con todo el desparpajo este programa se llama "Levántate y Anda", fíjense ustedes por donde va el subconsciente.

Que no resolvemos los médicos todos los problemas y dolencias de nuestros pacientes a pesar de esta medicina tan maravillosa, lo demuestran hechos, por ejemplo, en España hay 1000 curanderos, en Francia hay 2 curanderos por cada médico y en el año 1998 en Estados Unidos hubo más consultas a curanderos que a médicos de familia y de medicina interna juntos, y la mayoría de las personas que ya habían acudido a su médico formal y al no haber recibido una respuesta se habían dirigido a este otro tipo de personajes.

El caso es que las expectativas de vida han aumentado tremendamente en los últimos decenios y muchas veces los médicos nos adjudicamos este incremento de expectativa de vida en base a esta medicina tecnológica que tenemos, y yo creo que no es del todo cierto, más que este desarrollo tecnológico ha tenido que ver la salud pública, la más justa distribución de recursos, la mejora en la alimentación de las personas, la mayor cultura del ingreso en aguas residuales y sobre todo mejor alimentación, eso que cada día se mueren en el mundo 40.000 niños.

El caso es que, si vivimos más años, van a aumentar las enfermedades degenerativas y eso hará que todos tengamos más posibilidades de morir lentamente, que todo aquel que no tenga un infarto del miocardio o un accidente de circulación es muy probable que le espere este tipo de muerte precedida de una fase que llamamos terminal y que es el objetivo de nuestro estudio.

Fíjense: morir poco a poco, ustedes se acuerdan de aquella sentencia que improvisa "líbranos señor de la muerte imprevista e instantánea" que siempre fue considerada la mala muerte, y se rogaba a Dios que nos librase de una mala muerte instantánea. Hoy todas las encuestas que se han hecho dicen que la inmensa mayoría de las personas, cuando se les pregunta al respecto, aparte de tocar madera, dicen que prefieren una muerte instantánea, mientras estamos dormidos de noche para no poder enterarse. Es decir que hay un cambio de 180° en los deseos de morir, al parecer, en las personas.

Otra crisis tremenda, es la relación médico-enfermo: esa relación basada en la cercanía, el contacto físico, las miradas, la amistad médica, era curativa de por sí. ¿Ustedes saben que la simple llegada del médico a la casa del enfermo mejoraba al enfermo? Y es verdad. ¿Ustedes saben que el enfermo sale de su consulta mejor de lo que ha entrado a su consulta? Antes de tomar ningún medicamento, ninguna pastilla, antes de recibir ninguna banderilla, ya esta mejorando, ¿por qué?, porque el médico tiene que haber sido capaz a través de esta sagrada relación, de haberle transmitido algún tipo de confianza que empieza a operar en beneficio del enfermo.

Pues muchas veces esta relación se ve deteriorada, porque muchas veces esa tecnología que tanto adoramos se interpone, simbólica y muchas veces realmente, entre el enfermo y su médico. Dice mi queri-

do paisano Miguel Delibes, que la máquina ha venido a calentar el estómago del hombre pero ha enfriado su corazón. Y esto puramente se puede aplicar al mundo de la sanidad, donde las máquinas han venido a ayudarnos muchísimo a resolver problemas impensables hace poco tiempo, pero ha habido que pagar un precio, que es la queja diaria de los ciudadanos: la deshumanización de la medicina.

Y este es el reto del médico del siglo XXI; porque no son aspectos excluyentes, tendremos necesidad de tener nuestro equipamiento técnico necesario, estar bien formados, pero eso no quiere decir que no recuperemos ese humanismo médico que tantas veces hemos perdido y tan necesario es para los enfermos. Que no nos suceda, como decía Séneca en una de sus bellísimas epístolas morales a Lucidio: "surgieron los doctos y los buenos desaparecieron; tienen que surgir los doctos pero no pueden desaparecer los buenos", el médico tiene que ser, como decía Paracelso, "un hombre bueno, experto en la materia". Por lo que eso mismo no es suficiente, sino que además hay que ser un médico bueno.

Y cómo podemos entender que los médicos, los profesionales de la salud en general, pero sobre todo los médicos, no actuemos como se esperaría de nosotros ante un paciente de estas características, en mi opinión, por tres motivos: primero, porque no nos han enseñado: falta de información. Les hice una encuesta a médicos de atención primaria y les pregunté: ¿Cree usted que en la universidad ha recibido una educación adecuada para atender a enfermos terminales y a sus familiares? me han contestado 6.683, el 32% de médicos de atención primaria de España, y ahí tienen ustedes en rojo como el 94% dice que no. Por eso llegado el momento, yo defiendo a mis compañeros porque no se puede exigir a nadie algo que nadie se ha molestado en enseñar, y no es que sea mal médico y mucho menos mala persona, lo que sucede es que este compañero o sabe por experiencias previas o intuye la cantidad de problemas que le va a plantear este enfermo y sus familiares, y como este compañero no sabe dar respuesta a estas necesidades porque nadie se ha molestado en enseñarle, es el primer motivo por el que irá lo menos posible a esa habitación y por eso los que lo hemos aprendido, nos partimos la garganta siempre que podemos para explicárselo a nuestros compañeros, porque no se puede permitir, es una calamidad y es una vergüenza: no se puede permitir que ni un solo enfermo más, se muera en malas condiciones porque a su médico o a su enfermera nadie le ha dicho qué es lo que tiene que hacer para ayudar a que su enfermo termine su camino por este mundo de la manera más digna, de la mejor manera posible. Primer motivo: porque no sabemos, segundo: porque como nada más nos han enseñado a salvar vidas y a curar, muchas veces el médico interpreta la muerte de su enfermo, aunque sea subconscientemente, como un fracaso profesional, esto es lo que nos diferencia de otros profesionales, porque las enfermeras no han sido educadas y enseñadas a curar vidas y si más en la filosofía de los cuidados.

Pues este fracaso, esta sensación de fracaso es bien nueva. Miren ustedes estas láminas del siglo XIX, por ejemplo como este doctor, bajo la atenta mirada de Hipócrates, pensativo viendo como la muerte le va robando sus enfermos, o esta otra que se llama *La consulta* ahí tienen ustedes el comité de tumores, éste es el cirujano, que si puede lo opera, el oncólogo, ahí medio dormido, el de radioterapia y éste es el de los

cuidados paliativos, y fíjense ustedes que siempre que había médicos y un enfermo grave, había una alegoría de la muerte o el esqueleto o una calavera o una guadaña o el reloj de arena... y el médico supo siempre que la muerte terminaría ganando la batalla y nunca lo vio como un fracaso.

Así que no nos han enseñado. Segundo: nada más nos han enseñado a curar, tercero es que los médicos y los enfermeros antes que nada, somos seres humanos de carne y hueso, que si no hemos asumido siquiera, sea de manera razonable, el asunto de nuestra propia muerte, podemos tener serias dificultades en acompañar a nuestro paciente moribundo, porque es a nosotros mismos a quien estamos viendo morir, es un espejo el que tenemos delante en el que no nos gusta mirarnos, y por eso sufrimos más, cuando tenemos que atender un enfermo que se llama como yo, o que es de mi edad o que es de mi pueblo o que es médico o que es enfermera o que es un muchacho de la edad de mi hijo; cualquier cosa que nos haga identificarnos más todavía con el paciente, más dificultades vamos a tener en atenderlo y cuidarlo, por lo tanto haremos bien en reflexionar sobre este aspecto para liberarnos en la medida en lo posible de esta fobia que impera en el mundo de hoy de la que somos integrantes y de esa manera ser más libres para acompañar mejor a nuestros pacientes incurables.

Y miren la actitud del médico frente a la muerte: muchas veces la niega, no puede ser... y leña al mono, obstinación terapéutica, medicación en la capilla ardiente todavía por si acaso. Otras veces la rechaza y lo que hace el médico es dimitir y abandonar al enfermo.

Miren ustedes por donde hay una tercera opción, que es aceptar, aceptar la muerte como el precio que paga todo ser pluricelular... y una vez aceptado como normal, natural, llegado el momento, dedicarnos a cuidar al paciente. Así lo dijo nuestro querido Miguel Hernández, que todo aquél que nace, con 3 heridas viene, la de la vida, la del amor, la de la muerte...

Y miren lo que tendremos que hacer los médicos: si puedes curar, cura, si no puedes curar, alivia, y si no puedes aliviar, consuela. Y muchas veces se da que lo único que pueden hacer ustedes por su enfermo es consolarlo, y no crean ustedes que es poca cosa que el enfermo vea que su médico, que su enfermero, no le abandonan, que lo visitan con regularidad, que se sientan a su lado, que le dan la mano, que intentan transmitirle algún tipo de confianza, de fe, de esperanza... que se ocupa también de sus familiares, esto para el enfermo es crucial. El enfermo no les pide a ustedes que le curen, ya sabe que no le pueden curar, ya sabe que no lo pueden curar, lo que sí les pide es que no le abandonen, que no le consideren muerto antes de morir y que se preocupen de él con cariño... y eso es lo que el enfermo les pide.

"¡Pero oiga, yo no he estudiado 15 años para dedicarme a darle consuelo a nadie"! Pues yo creo que sí colega, usted, si es médico, es médico hasta el final y este enfermo es su enfermo, hasta el final, y el hecho de que tenga la desgracia de sufrir un padecimiento incurable no le autoriza a usted en lo absoluto a abandonarlo, en lo que además es, por lo menos para mí, el acto más hermosísimo en esta sublime profesión: acompañar a una persona cuando es afectada por su última enfermedad.

Fíjense lo que escribía Areteo de Capadocia en el siglo I, "... cuando ya no cabe ningún tipo de ayuda, aún le queda al médico la posibilidad de

sentir que el dolor humano, ante su paciente incurable, es el triste destino del médico”, hace 20 siglos ha sido escrito esto, pues Heidenhain en el siglo XVII, decía que finalmente el médico debe recordar que él mismo no está exento de la suerte común, sino que está sujeto a las mismas leyes de mortalidad y enfermedad que los demás, y se ocupará de los enfermos con más diligencia y cariño si recuerda que él mismo es su sufriente compañero.

Pues todos suelen pensar cuando llega el resultado de la biopsia y a algún compañero se le ocurre decir la tremenda frase “lo siento, no hay nada que hacer”, yo ya les digo que esto nunca es verdad, que probablemente no se puede hacer nada por curarle, pero quizá, y precisamente es por eso cuando más cosas va a haber que hacer por el enfermo.

Y todo lo que hay que hacer quizá se pueda resumir o reducir a esta bellísima frase: “Si no podemos dar días a la vida, proporcionemos vida a los días”. A partir de este momento, no nos importa cuánto le quede de vida al enfermo, sino cómo va a vivir este enfermo desde este momento hasta el final.

Pues el Subcomité de Medicinas Paliativas o Cuidados Paliativos del programa Europa contra el cáncer, definía así la medicina paliativa: como la atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familiares por un equipo interdisciplinario cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia, sin intentar alargar la supervivencia, y debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas y espirituales del paciente y sus familiares y si es necesario debe incluir el proceso del duelo.

¿Qué les parece a ustedes cuando alguien dijo que no había nada que hacer, la cantidad de cosas que hay para hacer? Ojalá le hubieran podido operar, cualquier cirujano en 45 minutos quita medio estómago sin grandes problemas; el problema es que no le pueden operar y entonces hay que hacer todo esto, que muchas veces es más complicado que operar al enfermo.

Primera cosa que nos llama la atención de esta definición: fíjense ustedes que en tres sitios nos hablan de los familiares. Hace 30 años hemos expulsado a los familiares de los hospitales, decimos que son unos pesados... viene la pobre mujer a preguntar al médico a las 9 de la mañana, que cómo lo ve al marido que se está muriendo y decimos que son unos pesados que están todo el día preguntando. Los familiares son bultos sospechosos que andan por los pasillos de los hospitales y hay de una vez por todas que recuperarlos.

Fíjense ustedes: la familia en este asunto de los cuidados paliativos tiene una doble versión, son cuidadores del enfermo y son receptores de los cuidados por parte de los profesionales dadores de cuidados, cuidadores del enfermo.

La mayor parte del tiempo, el enfermo va a estar en su casa, por lo tanto los familiares están en mejores condiciones para ser los mejores cuidadores; además fíjense que nadie conoce mejor al enfermo como le conocen sus familiares, y nadie quiere al enfermo como le quieren sus familiares, por lo tanto los familiares están en las mejores condiciones de ser los mejores cuidadores del enfermo.

Ahora, hay que enseñarles... y aquí, enfermería y auxiliares de enfermería tienen una tarea hermosísima de docencia enseñándoles a los familiares cómo tienen que hacer la comida a los enfermos, darle la comida, suministrarle la medicación, hacerle los cuidados de la boca, la

higiene corporal de un enfermo encamado; todo esto lo pueden y deben hacer los familiares, pero somos nosotros los que tenemos que enseñarles, es decir, la familia como cuidadora del enfermo. Además la familia es receptora de cuidados; ustedes han visto que muchas veces hay familiares que la pasan peor que el propio enfermo, muchas veces empleamos más esfuerzo atendiendo y cuidando a los familiares que al propio enfermo porque lo están pasando muy mal.

Yo les voy a hacer una confidencia: las personas cuando se van a morir, son tan generosas, que la mayor parte de su sufrimiento, viene condicionado por ver a sus seres queridos que están sufriendo por su situación. Y si no, hagan ustedes por un minuto la reflexión, imagínense que están ustedes muriendo y lo están sintiendo por su esposa, por su marido, sus hijos que están a su alrededor y están sufriendo porque ustedes están por morir.

Esto quiere decir que, por bien que cuidemos al enfermo, si la familia está mal, es imposible que el enfermo esté bien y que todo lo que hagamos por los familiares, indirectamente está repercutiendo en el bienestar del enfermo y al revés, la familia estará bien, si el enfermo está bien, pero en cuanto el enfermo empieza a asfixiarse o a chillar de dolor, la familia deja de estar bien. Con esto, lo que les quiero decir es que no se puede separar al enfermo de los familiares, nunca más hay que separar al enfermo de los familiares, son la unidad a tratar.

Decimos que no se trata de un médico que trata a un enfermo, sino de un equipo interdisciplinario que trata a una familia enferma porque uno de sus miembros tiene un cáncer avanzado o terminal. Pero nuestro objetivo es siempre la familia, y esto tiene que ser llevado a cabo por un equipo interdisciplinario, todo esto es imposible que pueda ser llevado a cabo por una persona... aunque sea de Buenos Aires...

Fíjense bien lo que les digo: que obligatoriamente tienen que reunirse una serie de profesionales, que intenten aunar sus esfuerzos para intentar dar respuesta a las múltiples necesidades del enfermo y sus necesidades, ya siempre lo verán así, el objetivo de nosotros es siempre el enfermo y los familiares.

Y me van a permitir que yo diga unas palabras de los voluntarios y de enfermeros o más completamente auxiliares de enfermería, muchas personas les tienen más miedo a la soledad que a la mismísima muerte, muchos enfermos no se mueren solos gracias a que están los voluntarios, y quien haya visto morir una persona sola, saben de lo que estoy hablando.

Morirte solo, sin nadie cerca, sin nadie siquiera, simbólicamente, que recoja el testimonio de nuestro paso por este mundo, sin nadie que desee el descanso... es una auténtica tragedia, ver morir a una persona sola.

Ahí la grandeza de los voluntarios, es su presencia confortante al lado del enfermo para que no esté solo.

El propio Jesucristo tuvo miedo cuando comenzaba su agonía y pidió a sus amigos que nos se fuesen, que lo acompañasen porque tenía miedo... y si esto le pasó a una persona de la categoría humana, no quiero hablar de la divina, de Jesús de Nazaret, ¿por qué no nos podría pasar a cualquiera de nosotros cuando tengamos que afrontar esa situación?

Vi estos versos bellísimos de Gabriel Celaya "... Cuando se miran de frente los vertiginosos ojos claros de la muerte, se dicen las verdades,

las bárbaras, terribles, amorosas crueldades, y alguien tendría que estar cerca de nosotros para que nos escuche estas bárbaras, terribles, amorosas crueldades”.

Y las otras personas a las que quería hacer mención son los auxiliares de enfermería, porque por aquello que son los profesionales del equipo que ostentan el rango académico más bajo, no siempre reciben la consideración que merecen. Porque si los cuidados paliativos son cuidados intensivos de confort, díganme ustedes ¿quién está más cerca del cuerpo sufriente para suministrar los cuidados intensivos de confort?

Pues a lo mejor un tratamiento médico por correcto que sea, o el asesoramiento de un psicólogo por pertinente que sea, pueden no surtir todo el efecto esperado si el enfermo tiene migas de pan en la cama o pijama mojado o las sábanas arrugadas... cosas, pequeños detalles, pero les garantizo que para un enfermo que está en la cama todo el día, que vive en la cama, su cama es su mundo, y que probablemente sepa o intuya que no se va a levantar nunca más de la cama.

Un enfermo puede necesitar que le dé esta señora las cucharaditas de yogurt, o de sopa... ya saben lo que debe ser que a tus 74 años, una señora te tiene que dar de comer. Y no hablar de las necesidades fisiológicas (algo que durante toda nuestra vida es un acto íntimo, deja de serlo) y cuando este señor tenga que hacer una deposición, tocará el timbre y vendrá esta señora a colocarle el orinal y cuando este señor haya terminado, volverá a tocar el timbre y volverá a venir esta señora a quitarle el orinal y a limpiarle con una compresa como a un bebé.

Dense ustedes cuenta hasta qué punto si esto no se lleva a cabo con una gran profesionalidad y sobre todo con un exquisito amor al prójimo, hasta qué punto se corre el riesgo de menoscabar la autoestima y la dignidad de la persona. La atención tiene que ser total... es que no estamos ante alguien que le duele el abdomen, aunque le duela el abdomen, estamos ante un sufrimiento y este sufrimiento viene condicionado ciertamente por fenómenos físicos, ¡claro que sí!, pero también económicos, sociales, psíquicos, burocráticos, espirituales; pero miren ustedes cómo están todos ellos interrelacionados, cualquier faceta del ser humano, por ejemplo el económico: que al que tenga más dinero le cuesta menos trabajo morir, porque por lo general además es todo lo contrario, pero eso de que todos hemos escuchado decir de que “se murió y se llevó la llave de la despensa”, que tantas veces se oye. Y debe ser duro morir, debe ser mucho más duro saber que tu mujer y tus cuatro hijos se quedan en una situación de precariedad económica, por eso cuando la trabajadora social viene con el papelito de la jubilación anticipada concedido, a ese enfermo se le cambia la cara y nunca se les olvida en ese momento bajarle la dosis de la morfina a la mitad, porque eso le estaba doliendo y mucho, por eso muchas veces la trabajadora social, quita el dolor mejor que yo, porque lo que te estaba condicionando el dolor, era eso o el aislamiento, la soledad, el abandono, o el miedo o la angustia, la ansiedad, se hace eco, cualquiera de estos fenómenos puede afectar al sufrimiento y sobre todos ellos debemos actuar si lo que queremos es, en verdad, aliviar el sufrimiento de nuestros enfermos.

Miren como todo fenómeno humano es al mismo tiempo, biológico, psicológico y social.

Aquí tienen ustedes un listado de síntomas, un estudio demostró que los enfermos tienen un promedio de 10 síntomas, fíjense ustedes la tra-

gedia de lo que estamos hablando. Y les voy a decir unas palabras sobre el dolor, “que no habrá más dolor”, esta frase se pronunció hace 159 años. El día que se aplicó, se llevó a cabo por primera vez una intervención quirúrgica bajo narcosis. Porque es difícil imaginarse, no solamente cómo era la medicina, sino cómo era el mundo antes de la anestesia general.

Hoy vamos al quirófano, si nos tienen que operar, más o menos tranquilos, y es una experiencia que todo el mundo más o menos tenemos o tendremos.

Se imaginan cómo era esto en la época preanestesia general, cuando los cirujanos... (esos sí que eran héroes en aquella época) tenían que llevar a cabo, por ejemplo una amputación, con la única ayuda de unos vasos de coñac o ron o algo por el estilo. Tú tienes el enfermo ahí chillando, aquí tienen Uds. los adjuntos (que no son como los de ahora que están todo el día tirando de la valva y con la gasita), los otros eran forzudos individuos, doctores muy forzudos que tenían que estar sujetando al enfermo.

Tienes al enfermo chillando de dolor, y este adjunto que le está diciendo no chille, es normal que le duela ¿no ve que lo estamos operando?... pues esto hoy que nos da la risa, lo decimos una hora después de terminar la operación.

Si el enfermo se queja, le decimos: es normal que le duela, respire tranquilo, ¿no ve que lo acabamos de operar?, lo hemos operado esta mañana, respire tranquilito, ¿no ve que está usted nervioso?, ya se le va a pasar... Y ustedes miran las instrucciones médicas y pondrán paracetamol sin dolor, lunes miércoles y viernes, de los años bisiestos, no sea que se haga drogadicto al paracetamol... Lo hemos rajado desde aquí, hasta aquí... ¡Háztelo tu, colega! vamos a ver si te preocupas de que te den otro tipo de analgésicos.

Por lo tanto, quiero decirles que esta frase no se ha cumplido todavía: el dolor se sufre en cantidades tremendas de manera innecesaria, porque el dolor posoperatorio es, en mi opinión, el más antipático por dos motivos: primero, porque así como el dolor en el cáncer algunas veces es difícil por todo lo que hay alrededor, el dolor posoperatorio es facilísimo, la inmensa mayoría de los enfermos responden a dosis similares de los mismos analgésicos; tercero es un problema de 72 hs y que lo único que necesita, es un médico con el corazón suficiente para suministrar analgésicos de la potencia necesaria.

Primer motivo: porque es muy fácil, y segundo: porque es iatrogénico, si es que lo hemos producido nosotros con el bisturí. Si, eso tenía que hacer que fuésemos absolutamente escrupulosos para su supresión inmediata y no lo somos... les decimos que respiren tranquilitos, que es normal que le duela y que ya se le irá pasando... Por lo tanto, yo creo, que hoy el insuficiente alivio del dolor continúa siendo la más escandalosa y persistente de las negligencias médicas, pues la morfina es el medicamento que mejor tenemos para el alivio de dolor en el cáncer. Este un derivado de opio del siglo 17, pero nos consta que el opio está en el papiro de Eves y muy probablemente en los lagos de Mesopotamia, por lo tanto debe de tener entorno a 10000 años y todavía sigue siendo el mejor analgésico del que disponemos, decía Paracelso: “Tengo un secreto, le llamo láudano y debe estar presente en todas partes allí donde se desee suavizar la muerte”; les tengo que decir que no está siempre presente donde haya que suavizar la muerte.

En España el consumo de morfina ha ido aumentando mucho, pero todavía estamos muy lejos de las cifras recomendadas, para que no se volvieren a escribir estos versos, como escribía Miguel Ángel Velasco: "...la madrugada llega herida de gemidos y no hay nada que calme las fieras de esta isla y mientras la morfina dormita en las neveras, el alba es una monja con las manos vacías".

O como decía Kafka unas horas antes de morir, a su médico: "Eres un criminal si no me matas",. Esto que podría ser el último absurdo del genial Kafka, no era nada más que una llamada hacia la misericordia, por lo menos, sino al aspecto científico de su médico. Con un dolor, muriendo de una tuberculosis laríngea, con un dolor tremendo, y esta era la solicitud que le hacía a su médico.

¿Y por qué se usa tan poco la morfina?... pues fíjense... porque cuando se habla de la morfina, a todo el mundo le viene rápido a la cabeza ese barrio que hay en todas las ciudades, donde se trapichea con las drogas y que no tiene absolutamente nada que ver con aquel enfermo que utiliza sus pastillas de morfina para el alivio del dolor. O estos escritores famosos, que eran opiómanos, como Quincey Thomas que escribió aquellas *Confesiones de un Opiómano Inglés* o Baudelaire, que describen esas historietas de cuando ellos se drogaban, que les repito, no tienen nada que ver con aquel enfermo que tiene un dolor extenuante y se toma una pastilla de morfina.

Y ahora resulta que ya no son sólo los grandes autores, los grandes escritores sino que al jet set también le ha dado por opinar, ustedes saben quien es Chabeli, la hija de Julio Iglesias, que además ahora la han puesto a cantar... otro hijo... ya teníamos poco con el padre, el padre y el hijo y aquí el espíritu santo, fíjense ustedes "para casarle otra vez tendrían que darle morfina". Esta pobre mujer que es una des-cerebrada, que no tiene la más mínima idea de lo que dice..., pero bueno esto es un reflejo de los conceptos, de las creencias que la gente tiene con la morfina.

Y hacen estas portadas de las revistas y esto es lo que lee la gente y éste es el reflejo de lo que la gente cree que pasa con la morfina.

Fíjense que la Organización Mundial de la Salud ha establecido desde el punto de vista pedagógico un sistema para el alivio del dolor en el cáncer, que ha tenido un éxito tremendo, que todo el mundo lo conoce y es la Escalera Analgésica de la OMS. que consta de tres peldaños: en el primero, es donde están los analgésicos muy suaves, tipo antiinflamatorios, aspirinas etc., cuando no es suficiente subimos al segundo peldaño, donde están los opioides débiles, mayormente codeína, dehidrocodeína, etc, y cuando no es suficiente subimos al tercer peldaño, donde están los opioides potentes. El paradigma es la morfina, pero tenemos también metadona, fentanilo, oxicodone, hay varios.

Fíjense que esto que les digo ha tenido una importancia muy grande, porque todo el mundo conoce esta escalera, pero esta escalera nada más habla de los analgésicos, y hoy los médicos muchas veces no vemos más allá de los medicamentos. Hoy el médico tiene una fe ciega en la química, y no tiene ninguna fe en la palabra, y está desperdiciando un instrumento analgésico y terapéutico de primera calidad, que es la escucha y la palabra.

Por lo tanto yo, a esta escalera, con todo respeto, me permito ponerle una barandilla, donde está el apoyo a la familia, el soporte emocional, la comunicación, para que la gente aprenda también simbólicamente,

pedagógicamente, que hay que subir esa escalera, que hay que aumentar la potencia de los analgésicos pero ayudándose de este pasamanos, de esta barandilla donde están las medidas no farmacológicas que ayudarán muchísimo a aliviar el dolor de muchos enfermos, es más: a transformar la escalera del dolor, en la auténtica escalera del alivio del sufrimiento de nuestros enfermos.

Les voy a contar una anécdota que escribí en su autobiografía Archie Cochrane, (la anécdota es hermosísima, pero esta más, viniendo de Archie Cochrane), que fue el que describió e inventó la Medicina basada en la Evidencia. Que hay que ver la traducción que han hecho del asunto, en la que todo hay que medirlo, todo hay que evaluarlo, todo tiene que ser reproducible.

Este señor cuenta que, estando un día en un campo de concentración, en la enfermería del campo de concentración había un muchacho, un soldadito, con una tuberculosis terminal, chillando y chillando y chillando de dolor y ya no sabía que hacer con este pobre muchacho, ya le había dado las aspirinas, que es lo único que tenía en el botiquín, y el muchacho no dejaba de chillar y de chillar y de chillar. Y en un momento determinado" se me ocurrió abrazarlo, mi sorpresa fue mayúscula cuando ví que ese muchacho dejó de chillar, se adormeció y esa madrugada murió tranquilo. Archie Cochrane, que escribió esto, lo redactó según él dice con un cierto sonrojo y con una cierta vergüenza por lo que estaba diciendo..., por todo lo que se había organizado en torno a esta experiencia que había tenido con el muchacho, y dijo haber descubierto, ni más ni menos, el tremendo valor y poder analgésico que tienen el consuelo humano y las relaciones humanas.

Muchas veces las dificultades para el alivio del dolor tienen que ver con alguna educación que hemos sufrido durante mucho tiempo, pues en esta cultura de la Semana Santa, con los cristos azotados y vírgenes traspasadas, de alguna manera se nos hacía pensar que el dolor era bueno.

Fíjense lo que yo he leído en un libro: "y por eso nadie debe ser admitido en el cielo si no es por la puerta de la tribulación, no rehúse los padecimientos presentes y momentáneos pues es condición indispensable para ser glorificado, el haber padecido".

Este tipo de mensajes que nos llegaron en otros tiempos de manera tan persistente ha hecho que muchas personas sufran un dolor innecesariamente, porque esto yo, y de verdad no se dónde lo han leído, no se dónde lo han visto, lo primero que hay que saber y recordar que Jesús de Nazareth fue torturado y asesinado y en ningún sitio de su biografía dice que tengamos que sufrir como él para poder ir al cielo: al contrario, ustedes miren su biografía, el nuevo testamento, y se van a cansar de ver a Jesús de Nazareth aliviando el dolor y sufrimiento de todo aquél que se lo pedía.

Al final, para ir acabando, les diré que hay que cuidar a nuestros compañeros, que hay que cuidar al equipo, siempre se tiene la pistola preparada para cuando un compañero se equivoca inmediatamente echárselo en cara y cuando hace algo bien, que es casi siempre, no tenemos una flor lista para regalársela y felicitarle y darle el enhorabuena porque ha hecho algo especialmente bien; eso es lo que más protege del quemamiento, mucho más que el reconocimiento de un gerente, o del director o del jefe de servicio, es el de nuestros propios compañeros. Así que cuiden a sus compañeros y cúidense también a ustedes mismos.

Quizás yo no sea el más indicado para decirlo, pero realmente, si no nos cuidamos a nosotros, mal vamos a poder cuidar a los demás.

¿Ustedes saben lo que dicen las azafatas cuando se montan en un avión? Primero dicen esas son las dos puertas, tal y tal, luego dicen que todo va muy bien pero que por si a caso tienen un paracaídas abajo del asiento, que es algo que tranquiliza muchísimo, cuando ustedes suben al avión y la azafata les dice ahí tienen un salvavidas y un paracaídas ustedes se quedan mucho más tranquilos... y luego les dicen, si se produjese una despresurización caerán unas mascarilla de oxígeno, ustedes tiren de ellas enérgicamente, pónganselas delante de la boca y la nariz y respiren tranquilamente y si les acompaña un niño o un minusválido pónganse ustedes primero la máscara y luego se la ponen al niño, porque si no se cuidan ustedes, no podrán cuidar al niño.

Yo creo que los profesionales que nos ocupamos de esto somos afortunados, porque si hacemos un acompañamiento honrado, sincero y cercano a nuestros enfermos, es mucho lo que podemos aprender del proceso de morir antes de ser nosotros los que estemos atravesando ese sitio.

Antes de que esas alas negras nos rocen a nosotros. Pintos, en su libro *Moribundos*, dijo que los muertos descontentos no pueden regresar para lamentarse del descuido con el que han sido tratados. Frases como ésta es responsabilidad de todos nosotros que no se vuelvan a escribir nunca más.

Al final, probablemente a lo que tengamos que aspirar es que cuando nos llegue nuestro momento y también que nuestros enfermos puedan hacer suyas estas palabras de El Viajero de Rabindranath Tagore cuando dice: "Tengo que partir, decidme adiós hermanos, os saludo a todos y me marcho; devuelvo las llaves de mi puerta y renuncio a todos los derechos sobre mi casa. Sólo les pido unas últimas palabras cariñosas;

fuiamos vecinos durante mucho tiempo, pero yo recibí más de lo que pude dar. Ahora apunta el día y la lámpara que ilumina mi oscuro rincón se apaga, ha llegado la llamada y estoy dispuesto para el viaje." Muchas gracias, hasta luego.

Cierre a cargo de la Dra. Silvia Jovtis †

Hace 14 años que nos conocemos con el doctor y hemos hablado de esto muchas veces. Nunca escuché a tanta gente aplaudir tanto la muerte.

La Sociedad Argentina de Cancerología les agradece profundamente, como siempre te agradecemos, a nuestros amigos y sobre todo a la UAI.

Nuestra sociedad ha creado un capítulo, yo no la veo en este momento a Marina, ella está al frente del Capítulo de Psicooncología, cuidados paliativos, y creemos firmemente; nuestra sociedad cree firmemente, en esto de acompañar, en esto de cuidar y que tal vez el médico muchas veces por temor, por no quererse ver en ese espejo y no querer estar ocupando ese lugar, se desentiende.

Sí es real. Del tema de la muerte, es más fácil dar la dosis de las recetas, que ir subiendo gradualmente las dosis terapéuticas que sirven para que el paciente muera mejor.

Yo creo que este es un puntapié inicial para nuestra sociedad; gracias a la colaboración de todos ustedes y al trabajo de la doctora Bramajo. A mí no me queda más que decirles muchas gracias a todos, nuevamente te esperamos la próxima vez para que nos deleites con estas cosas que siempre has sabido hacer y que lo haces cada vez mejor. Gracias a todos.

Diagnóstico y tratamiento de las lesiones mamarias clínicamente ocultas (LMCO) a cargo de un equipo multidisciplinario de un hospital público

S. M. Espora*, S. C. Demayo*, M. A. Tissieres*, E. M. Castelli*, I. M. Volpaccio**, M. Monzón**, M. I. Viaggio***, C. Romero***, C. Parisi***, R. Bistoletti**

*División Ginecología. **División Diagnóstico por Imágenes. ***División Anatomía Patológica. Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich".

Agradecimientos: Los autores del presente trabajo agradecen muy especialmente la colaboración de la técnica radióloga Sra. Myriam Diestra y de la Lic. en Estadística Sra. Andrea Fornaciari.

Introducción

Durante décadas se realizó el diagnóstico del cáncer de mama sólo frente a la aparición manifiesta de un tumor ya palpable y, generalmente, detectado por la propia paciente. En la actualidad, la clínica necesita por lo menos aproximadamente un centímetro para reconocer una lesión mamaria.² Sin embargo, desde hace algunos años, la vertiginosa evolución tecnológica de la aparatología diagnóstica (mamografía de alta resolución, magnificación, mamografía digital, RNM) proporciona imágenes mamarias que, maneándose en el orden de los milímetros,² se adelantan varios meses a la manifestación clínica de la enfermedad tumoral maligna, permitiendo revelar, a veces, la patología en sus expresiones iniciales, es decir, cuando es posible curar la enfermedad. Teniendo en cuenta este concepto, debe comprenderse la gran significación que tiene poder diagnosticar las lesiones antes de que ellas tengan expresión clínica, aunque el manejo quirúrgico de las LMCO sigue siendo tema de controversia.⁵

Sumado a los avances en el diagnóstico por imágenes, el uso incrementado del *screening* mamográfico,⁶ ha favorecido la detección de lesiones no palpables o subclínicas de la mama.

En nuestro país, las estadísticas de mortalidad de la provincia de Buenos Aires establecen que el cáncer de la mama constituye la primera causa de muerte en mujeres de entre 40 y 50 años,¹ la edad más productiva de un individuo.

Pero la fría estadística no tiene en cuenta los largos padecimientos previos a la muerte, el deterioro físico y psicológico del paciente, la vida sin calidad y los costos del sistema de salud cuando la enfermedad no se cura.

Frente a la imposibilidad de realizar prevención primaria en el primer cáncer de mama, la única forma de mejorar los resultados terapéuticos, en la actualidad, se basa en una verdadera detección precoz de la enfermedad.

Se mejora así, necesariamente, el pronóstico de la enfermedad y se disminuyen los costos en salud devenidos de los onerosos y largos tratamientos oncológicos, que no siempre llegan al éxito terapéutico.

La mamografía constituye el verdadero pilar del diagnóstico de las Imco. Este avance diagnóstico, en las LMCO, mejora el pronóstico de la enfermedad sin interferir en su incidencia, incidencia que cada vez se incrementa mundialmente.⁷

Se desarrolló una metodología de marcación (colorantes, arpones,¹⁰ alambre fino,^{4,8-10} radiocoloides, grillas, ecotomografía, etc.) para individualizar lesiones en el espesor del parénquima mamario, no visibles ni palpables.

Los avances tecnológicos de los que somos testigos y protagonistas nos estimulan a trabajar cotidianamente en equipo, única posibilidad, en el presente, de sumar esfuerzos que redunden en beneficio de la salud de la población.

Se calculan entre 15.000 a 18.000 nuevos cánceres de mama en la Argentina por año, lo cual evidencia la magnitud del tema abordado.

Los autores del presente trabajo se desempeñan en un hospital público desde hace varios años. Trabajan en forma multidisciplinaria y desean mostrar su experiencia lograda a través del esfuerzo cotidiano con objetivos comunes.

No se ocasionan grandes costos al sistema sanitario y, en cambio, sí, se modifica la evolución del cáncer de mama que se logra detectar en etapas incipientes brindando mejor pronóstico y calidad de vida a las mujeres portadoras de una enfermedad que continúa incrementando su incidencia.

No escapará a nadie las connotaciones psicológicas y físicas de la mama en la mujer.

La posibilidad de detectar y tratar lesiones sin expresión clínica permite muchas veces que los tratamientos ablativos sean menos agresivos locorregionalmente empleando cirugías conservadoras con buenos resultados cosméticos.

Objetivo y diseño

Objetivo: mostrar la metodología operativa y la experiencia de un equipo multidisciplinario, que trabaja en el Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich", para detectar, extirpar y diagnosticar cáncer de mama en LMCO.

Diseño: estudio retrospectivo.

Material y método

Material

En el período comprendido entre el 1/7/02 y el 30/7/05 (37 meses), del total de pacientes que concurrieron a consultar por problemas mamarios o para su control anual, se diagnosticaron 135 pacientes con lesiones mamográficas no palpables que ameritaron exploración quirúrgica. El rango etario de las pacientes a las que se les efectuó biopsia osciló entre 36 y 79 años, con un promedio de $55,8 \pm 11,2$.

Método - algoritmo diagnóstico

- Consulta.
- Radiología mamaria (par radiológico).
- Diagnóstico radiológico de LMCO (Fotos 1, 2 y 3).
- Marcación de la/s lesión/ones (Fotos 4 y 5).
- Extirpación de la/s lesión/ones previamente marcadas: biopsia radioquirúrgica (BRQ).
- Estudio histopatológico (técnica de H-E + inmunohistoquímica [IHC]) (Fotos 7-24).
- Tratamiento definitivo (discutido entre los profesionales y consensado con la paciente).

Sobre la consulta

Puede ser por demanda espontánea o por derivación.

Se solicita el estudio radiológico (mamografía), luego de la anamnesis y la semiología mamarias, cuando es consulta de primera vez como método de *screening*, o por solicitud de la paciente, o cuando existen antecedentes personales y/o familiares de cáncer de mama, o cuando es necesario repetir placas en tiempo prudencial, etc. El estudio radiológico, en general se solicita a los 40 años o más. Para solicitarlo por debajo de los 40 años debe existir una causa justificada como la existencia de cáncer familiar en mujer joven, por ejemplo.

Sobre la radiología y el diagnóstico radiológico

La mamografía es el pilar fundamental sobre el que se sustenta el diagnóstico presuntivo del cáncer de mama. Constituye el mejor método, hasta la fecha, para detectar lesiones microcálcicas (Fotos 1 y 2), distorsiones de parénquimas y nódulos pequeños (Foto 3). Para el presente trabajo, la mamografía, junto con recursos técnicos auxiliares, como la magnificación de imágenes (Foto 2), fueron los métodos utilizados para el diagnóstico de las LMCO. En algunas ocasiones se utilizó la ecografía como complemento diagnóstico.

Una clasificación para el ordenamiento de las imágenes mamográficas es el sistema BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System del American College of Radiology), sintetizado en la Tabla 1.

Tabla 1. Sistema BI-RADS de clasificación de imágenes.

BI-RADS	Descripción	Probabilidad de malignidad
0	Estudio Insuficiente: Requiere nuevos.	
I	Imágenes correspondientes a la mama normal.	
II	Imágenes compatibles con lesiones de tipo benignas.	
III	Imágenes compatibles con lesiones probablemente benignas. <ul style="list-style-type: none"> • Calcificaciones redondas u ovales. • Nódulos de contornos regulares. • Asimetrías con bordes cóncavos. • Otras. 	2%
IV (Subdivisión de la categoría en A, B y C)	Imágenes de sospecha de malignidad baja a intermedia. <ul style="list-style-type: none"> • Microcalcificaciones granulares, amorfas. • Nódulos de contornos imprecisos en más del 25%. 	10% a 40%
V	Imágenes de alta sospecha de malignidad. <ul style="list-style-type: none"> • Microcalcificaciones heterogéneas, pleomórficas, lineales, moldes. • Nódulos de bordes irregulares, espiculados. 	70%
VI	Lesión maligna confirmada	

En la serie presentada no siempre se recurrió a la clasificación BI-RADS; en algunas ocasiones se utilizó la categorización siguiente, más simple, que significó la descripción morfológica de las lesiones:

- Microcalcificaciones "anárquicas"
- Opacidades nodulares
- Opacidades nodulares más microcalcificaciones
- Distorsiones de la arquitectura (del parénquima mamario)

Sobre la marcación

Se realizaron procedimientos de punción y marcación radioguiados. En uno de los casos se realizó el procedimiento bajo guía ecográfica.

Para el procedimiento de radiomarcado se utilizó un compresor fenestrado. Se efectuaron dos incidencias radiológicas frente y perfil y por medio de coordenadas se identificó con gran precisión el área a marcar. Se realizó la punción buscando ubicar la aguja sobre la lesión con el recorrido más corto posible.

Se realizó una placa radiográfica de control para verificar la correcta relación de la aguja con el área en cuestión.

A continuación se cambió la posición de la mama a la otra incidencia para verificar nuevamente la ubicación de la aguja y eventualmente rectificarla.

Se inyectaron entre 1 a 3 ml. De carbón activado al 4% con 0,5 ml de sustancia radioopaca no tóxica (Optiray 320 - Lab. Mallinckrodt); esta última permitió corroborar el sitio de la inyección del carbón que se enviaron al equipo quirúrgico.

Se marcó el sitio probable de proyección de la punta de la aguja en la

piel y se señaló el orificio de entrada con lápiz dermatográfico, para guiar el acto quirúrgico del equipo que realizaría la identificación quirúrgica de la lesión marcada.

La marcación se realizó en todos los casos entre 24 a 72 horas previas al procedimiento quirúrgico. Se agrega habitualmente tratamiento anti-biótico profiláctico.

Extirpación de las lesiones. Delimitación del área quirúrgica. Biopsia radioquirúrgica

El cirujano analiza las placas realizadas durante el procedimiento radioquirúrgico para la correcta delimitación del área a extirpar.

Debe considerarse que el procedimiento de marcado se realiza con la paciente en posición de pie, por ello el cirujano necesita convertir, por extrapolación, al cambio de decúbito que obliga la cirugía mamaria. La mama péndula en la bipedestación cambia francamente su distribución sobre el tórax en el decúbito dorsal.

Los diversos y variados abordajes cutáneos, por localización y longitud, dependerán de múltiples factores como el tamaño de la mama, la ubicación de la o las lesiones y la preferencia del cirujano. Sin embargo, no debe olvidarse que lo fundamental es poder extirpar la lesión para determinar su naturaleza histopatológica.

Extraída la pieza marcada, se procede a referirla con hilos para su orientación espacial y se le realiza la placa radiográfica para verificar la exéresis completa de las lesiones que motivaron el propio procedimiento radioquirúrgico.

Si por algún motivo la radiografía de la pieza operatoria no muestra la lesión, cabe la posibilidad de realizar un nuevo intento de resección del área con nueva verificación radiológica.

En la serie presentada, la extirpación del área marcada se logró en el 100% de los casos y en el primer intento de la exéresis.

Evaluación anatomopatológica de las piezas radioquirúrgicas

Examen macroscópico

Las piezas quirúrgicas son recibidas en fresco o fijadas en buffer de formal al 10%.

Se toman las medidas de las piezas describiendo la superficie externa y mencionando los puntos de referencia (superior, externo, etc).

Se identifican los márgenes quirúrgicos pintándolos con tinta china.

Se realiza el corte seriado de las piezas quirúrgicas describiendo las características del tejido en la superficie de corte (colores y consistencias), identificando el sitio de marcación con carbono si resulta visible. Las piezas se incluyen en su totalidad para estudio histológico y son procesadas según técnicas de rutina (inclusión en parafina y coloración con hematoxilina-eosina) y se procede, a posteriori, al estudio microscópico.

Inmunohistoquímica (IHQ)

En los últimos 12 años, la IHQ ha hecho su aporte a la patología mamaria permitiendo un diagnóstico más acertado. También evalúa factores implicados en el pronóstico y tratamiento de las lesiones malignas. La

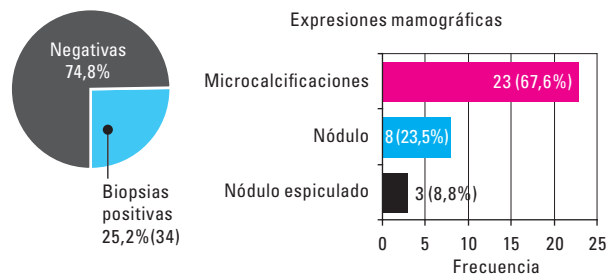


Gráfico 1. Resultados de las biopsias positivas y su expresión mamográfica.

marcación con alfa actina y proteína 63 permite evidenciar las células mioepiteliales periductales (Foto 13); estas últimas acompañan siempre a la patología benigna de la mama que puede llegar a confundirse con neoplasias malignas (adenosis, adenosis esclerosante, adenosis tumoral, cicatriz radiada).

El mismo cocktail de anticuerpos distingue entre el carcinoma ductal *in situ* (Foto 13) y el invasor (Foto 14), ya que éste último carece de células mioepiteliales.

El diagnóstico diferencial entre papiloma intraductal benigno y carcinoma papilar intraductal se logra mediante la marcación con ciclina d1, que resulta negativa en el primero.

En el caso de carcinoma invasor, ductal (Foto 14) o lobulillar (Fotos 16 y 17), tienen valor pronóstico y terapéutico las inmunomarcaciones para receptores de estrógenos (α y β) (Foto 23), receptor de progesterona (Foto 24), receptor de andrógeno, her-2 (c-erbb-2) (Fotos 18, 19 y 20) y factor de crecimiento epidérmico (her-1, c-erbb-1). Como factores pronósticos interesan el índice de proliferación celular, evaluado mediante el anticuerpo ki 67 (Foto 21) y la ciclooxigenasa 2 (Cox-2), ésta última asociada con el estímulo de la aromatasa endógena, la neoangiogénesis y el desarrollo de metástasis.

Resultados

El promedio de edad de las pacientes con biopsias positivas fue de 55 \pm 11,2, con un rango de 36-79 años.

Análisis de las 135 biopsias realizadas en la presente serie

Se diagnosticaron:

- 101 biopsias negativas (74,8%) (Gráfico 1).
- 34 biopsias positivas (25,2%) (Gráfico 1).

De las 135 biopsias radioquirúrgicas examinadas, 101 fueron negativas (74,8%) (Tabla 2) correspondiendo 55 a enfermedad fibroquística, que presentaban además de la fibrosis y quistes, metaplasia apocrina, cambios fibroadenomatosos, adenosis esclerosante, microcalcificaciones e hiperplasia epitelial ductal y/o lobular de grado leve. Dichas lesiones no presentan riesgo incrementado de desarrollar un carcinoma invasor.

En 20 casos se observó hiperplasia epitelial ductal típica, moderada a florida y en 1 caso hiperplasia ductal atípica, la cual presentaba algu-

Tabla 2. Distribución de las 101 biopsias negativas (74.8 %).

Enfermedad fibroquística: 55
Hiperplasia epitelial ductal moderada a florida: 20
Hiperplasia atípica: 1
Fibroadenoma: 15
Papiloma intraductal: 3
Galactoforitis crónica: 7

no, aunque no todos, los rasgos histológicos del carcinoma intraductal, con riesgo incrementado 5 veces para desarrollar un carcinoma invasor en relación al resto de la población femenina.

No se detectaron lesiones ductales esclerosantes como cicatriz radiada, adenosis esclerosante con pseudoinvasión del estroma que, usualmente son vistas en el contexto de la enfermedad fibroquística y que, debido a la proliferación fibroelástica y a la distorsión epitelial que presentan, pueden simular carcinomas infiltrantes tanto al examen clínico, como en la radiología y el estudio anatomopatológico.

Los casos restantes correspondieron a 15 fibroadenomas, 3 papilomas intraductales y 7 galactoforitis crónicas.

Las biopsias positivas fueron 34 (25,2%) y correspondieron a 2 hiperplasias atípicas, 15 carcinomas *in situ* y 17 carcinomas infiltrantes (Gráfico 2).

De los carcinomas *in situ*, 13 fueron de origen ductal, 5 de bajo grado tipos sólido, cribiforme y papilar y 8 de alto grado tipo comedocarcinoma.

Estas lesiones presentan un riesgo aumentado, entre 8 a 10 veces, de desarrollar carcinomas infiltrantes.

Se diagnosticaron 2 casos de carcinoma lobulillar *in situ*. Esta última variedad presenta multicentricidad en el 70% de los casos y bilateralidad en el 20 a 40% de los casos, con riesgo incrementado en 5 veces de desarrollar el carcinoma invasor, con lo cual, el 20 al 30% de las pacientes desarrollará un carcinoma invasor en el futuro.

Los carcinomas infiltrantes correspondieron a 14 ductales (Foto 9) y 3 lobulillares (Fotos 7 y 8).

Los tipos histológicos de los carcinomas ductales infiltrantes fueron: tipo "NOS" (no específico), cribiforme y metaplásico.

Sobre el tratamiento

El tratamiento del carcinoma lobulillar *in situ* es la extirpación local amplia;³ el seguimiento consiste en el examen clínico semestral y la mamografía anual.

La elección del tratamiento, en el carcinoma ductal *in situ*, como un dilema mayor,¹¹ se basa en la combinación de criterios clínicos, patológicos y mamográficos.

Criterios clínicos: tamaño tumoral, presencia o no de derrame por pezón y relación volumen tumoral / volumen mamario.

Criterios mamográficos: extensión de microcalcificaciones.

Criterios patológicos: grado nuclear, necrosis, tamaño tumoral y márgenes, entre otros.

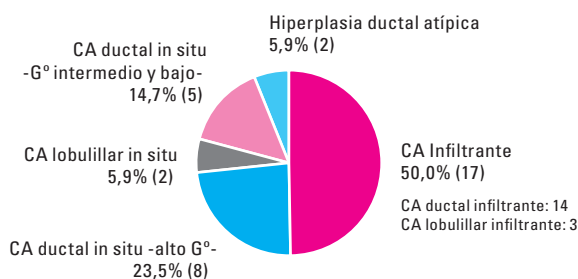


Gráfico 2. Anatomopatología de las biopsias positivas.

Se utiliza, en varias oportunidades, la clasificación patológica de Van Nuys,³ que desarrolla un índice pronóstico con factores predictivos de recurrencia local como el tamaño tumoral y los márgenes histológicos de la pieza de resección.

Tratamiento de los casos con carcinomas ductales infiltrantes (14 casos)

Las pacientes recibieron tratamientos posteriores a la realización de la marcación y la biopsia, que consistieron en:

- 10 cuadrantectomía + vaciamiento axilar (resultaron negativos los vaciamientos) + radioterapia (hormonoterapia según RH).
- 2 mastectomías con sendos vaciamientos axilares (uno negativo y el otro positivo). Se complementó con quimioterapia el caso con axila positiva.
- 2 linfadenectomía axilar (1 resultó positiva) + radioterapia + quimioterapia, el otro caso realizó radioterapia + hormonoterapia. Se confirma la importancia central de 5 años de tratamiento con tamoxifeno como terapia adyuvante.¹¹

Tratamiento de los carcinomas lobulillares infiltrantes (3 casos)

- 3 mastectomías con vaciamientos axilares (uno positivo y el otro negativo).

Se consideró el tamaño tumoral en todas las IMCO con la idea de evaluar si todas las Imco o no palpables son iniciales, y su estudio resultó como se determina en el Gráfico 3.

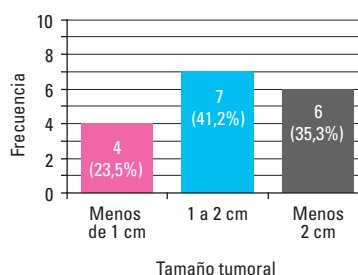


Gráfico 3. Tamaño tumoral de 17 carcinomas infiltrantes.

Todas las biopsias positivas para tumor maligno se remitieron para estudio por IHG a fin de completar su estudio y determinar la presencia o no de receptores hormonales para estrógenos y progesterona y de la sobreexpresión o no del oncogén *c-erb-2*, o del método necesario según el criterio del patólogo.

Conclusiones

En la mayoría de los casos de la serie, las microcalcificaciones constituyeron la alteración radiológica que, diagnosticada, motivó la intervención quirúrgica en pacientes asintomáticas es decir con LMCO.

Se utilizan, para su categorización, los criterios universales (número, agrupamiento, morfología y heterogeneidad, BI-RADS).

El criterio médico y los antecedentes de la paciente, sumados a la radiología, constituyeron los factores decisivos para la formulación de la indicación quirúrgica es decir de la biopsia radioquirúrgica.

Las biopsias radioquirúrgicas positivas representaron el 25,2% de la serie, en coincidencia aproximada con la literatura mundial.

La tecnología diagnóstica disponible sumada a la correcta interpretación de las imágenes, permiten realizar la detección de las lesiones tumorales mamarias en sus inicios. Así es posible el diagnóstico en etapa subclínica de la enfermedad aunque no siempre en etapa evolutivamente incipiente de la misma ya que se diagnosticaron 17 tumores infiltrantes en la serie sobre 34 biopsias positivas (50%).

La técnica de marcado con carbón resulta ser una técnica de sencilla implementación y de riesgos insignificantes para la paciente, no así el procedimiento quirúrgico, que conlleva riesgos sobre todo de morbilidad (infecciones, supuraciones).

Asumen los autores que en un 75% de los casos las biopsias son negativas, por lo que se consideraría el procedimiento innecesario; sin embargo, sólo se arriba al diagnóstico de biopsia negativa después de su realización y estudio histopatológico.

Todavía es lícito reconocer que no ha podido acotarse la verdadera y acertada indicación quirúrgica de las LMCO y radiológicamente detectadas para reducir los procedimientos innecesarios. Estamos en el camino de precisar el diagnóstico.

Detrás de una LMCO o no palpable puede subyacer un carcinoma *in situ* o un carcinoma invasor, de ahí la necesidad del diagnóstico exacto.

La detección del cáncer de mama incipiente es patrimonio de la imagen, la mamografía, pero ésta tiene que ser muy bien realizada e interpretada por profesionales competentes con capacidad de marcar las lesiones y trabajar en forma interdisciplinaria con los cirujanos mastólogos y los patólogos.

Entre un 2 a 5 % de la totalidad de las mamografías solicitadas presentan imágenes que requieren ser biopsiadas.

El diagnóstico temprano del cáncer de la mama en sus diferentes formas de presentación, aumenta la supervivencia sin impactar sobre la incidencia. La mamografía y el procedimiento de radiomarcado prebiopsico

posibilitan el diagnóstico de cáncer de la mama en la etapa subclínica pero no siempre inicial de la enfermedad.

Establecer a futuro el diagnóstico cada vez más preciso de cáncer en las LMCO, que sólo se detectan por mamografía, es el desafío que tendrá parte del equipo de salud para reducir la mortalidad por esta enfermedad con incidencia en aumento.

Del total de casos analizados (n = 135), hubieron 34 biopsias positivas. En el 4,4% de los casos se hallaron lesiones infiltrantes mayores a 2 cm de diámetro, todas ellas no palpables y manifestadas sólo por microcalcificaciones.

Al proponer a la paciente una BRQ sería acertado decir que las probabilidades globales de un resultado negativo rondan el 75%, pero sería incorrecto plantear que de ser el resultado positivo se hallaría sólo un tumor pequeño. No siempre surgiría del estudio radiológico el tamaño del tumor, que sería patrimonio exclusivo del estudio patológico.

No todos los cánceres de mama no palpables u ocultos son tempranos o mínimos y no siempre conllevarían un buen pronóstico.

El equipo que trabaja en un hospital público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se desempeña sin ocasionar grandes gastos y contribuye a reducir el impacto de mortalidad que produce en la población femenina el cáncer de la mama.

Bibliografía

1. Parodi C, Alcañiz S y Lanfranchi M, *Biopsia radioquirúrgica de lesiones mamarias subclínicas. Rev. Arg. Radiol*, 1990, 54:149.
2. Margossian J, *Biopsia radioquirúrgica diferida en el diagnóstico preclínico del cáncer de mama. Relato. Rev. Arg. Cirug.*, 1983, 44:17.
3. *Guías de Procedimientos Diagnósticos en Patología Mamaria, Instituto Ángel H. Roffo*, 2000.
4. Pérez Pérez JA, Uherek P, Poblete Segu MT y col. *Biopsia radioquirúrgica mamaria. Rev. chil. Cir*, 1999, 51(1):60-65.
5. De Cicco C, Pizzamiglio M, Trifiro G y col. *Radioguided occult lesion localization (ROLL) and surgical biopsy in breast cancer. Technical aspects. Q J Nucl Med*, 2002 Jun; 46(2):145-151.
6. Luini A, Zurrada S Paganelli G y col. *Comparison of radioguided excision with wire localization of occult breast lesions. Br J Surg*. 1999 Apr; 86(4):522-525.
7. Aguirre B, Gutierrez L, Ortega D y col. *Radiosurgical labelling of non-palpable mammary lesions. Rev Med Chil.*, 1997 Sep; 125(9):1032-1035.
8. Gallegos-Hernández JF, Tanis PJ, Nieweg OE y col. *Radioguided surgery for therapeutic excision of nonpalpable breast cancer. Cir Cir*, 2003 Nov-Dec; 71 (6):421-426.
9. Allen MJ, Thompson WD, Stuart RC y col. *Management of non-palpable breast lesions detected mammographically. Br J Surg* 1994;81:543-545.
10. Luini A, Sacchini V, Galimberti V, Veronesi U y col. *Preoperative localization and surgical approach in 344 cases of non-palpable breast lesions. Eur J Surg Oncol*. 1991 Oct; 17 (5):480-484.
11. *Primary Therapy of Early Breast Cancer- 10th International Conference St. Gallen, Switzerland. March 14-17, 2007.*

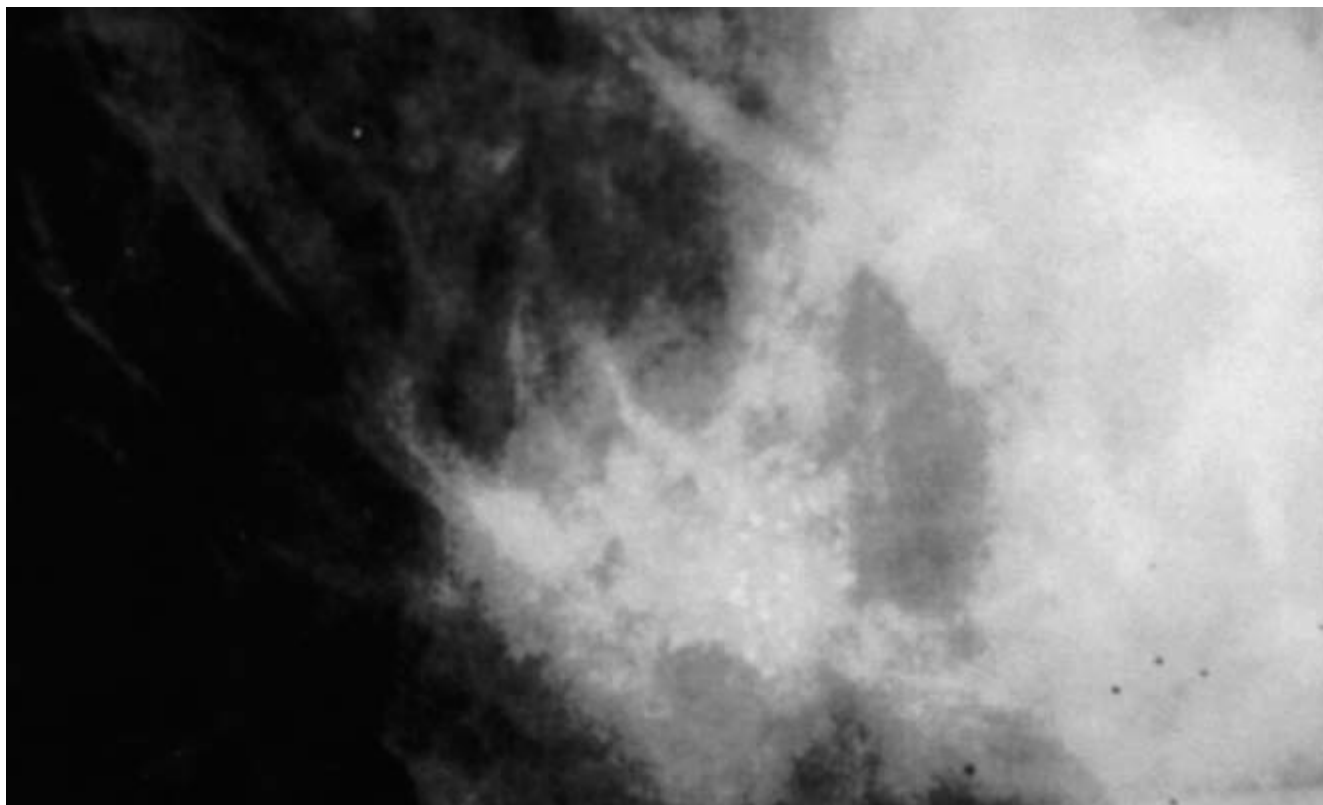


Foto 1. Mamografía. Imagen de microcalcificaciones irregulares y agrupadas.

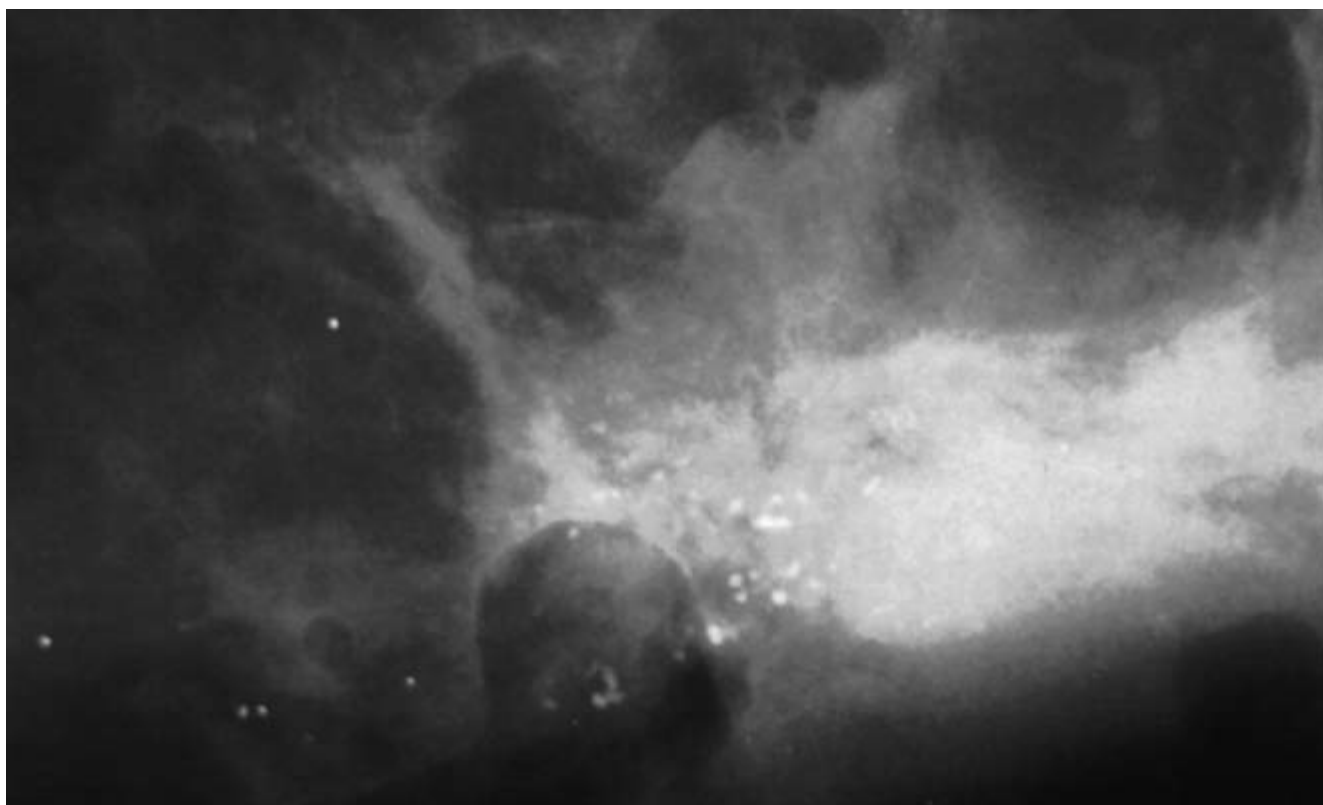


Foto 2. Magnificación del sector de la Foto 1 con microcalcificaciones.

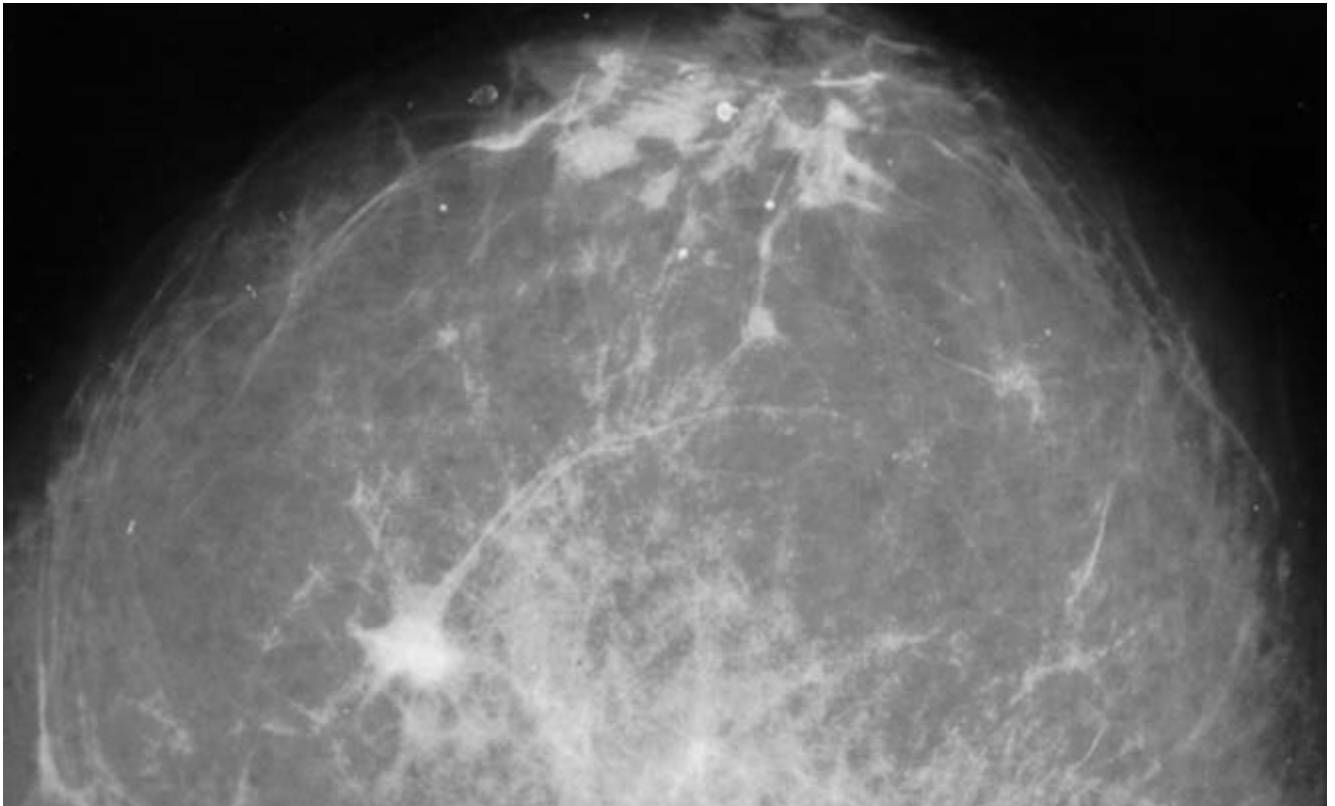


Foto 3. Mamografía. Imagen de nódulo espiculado.

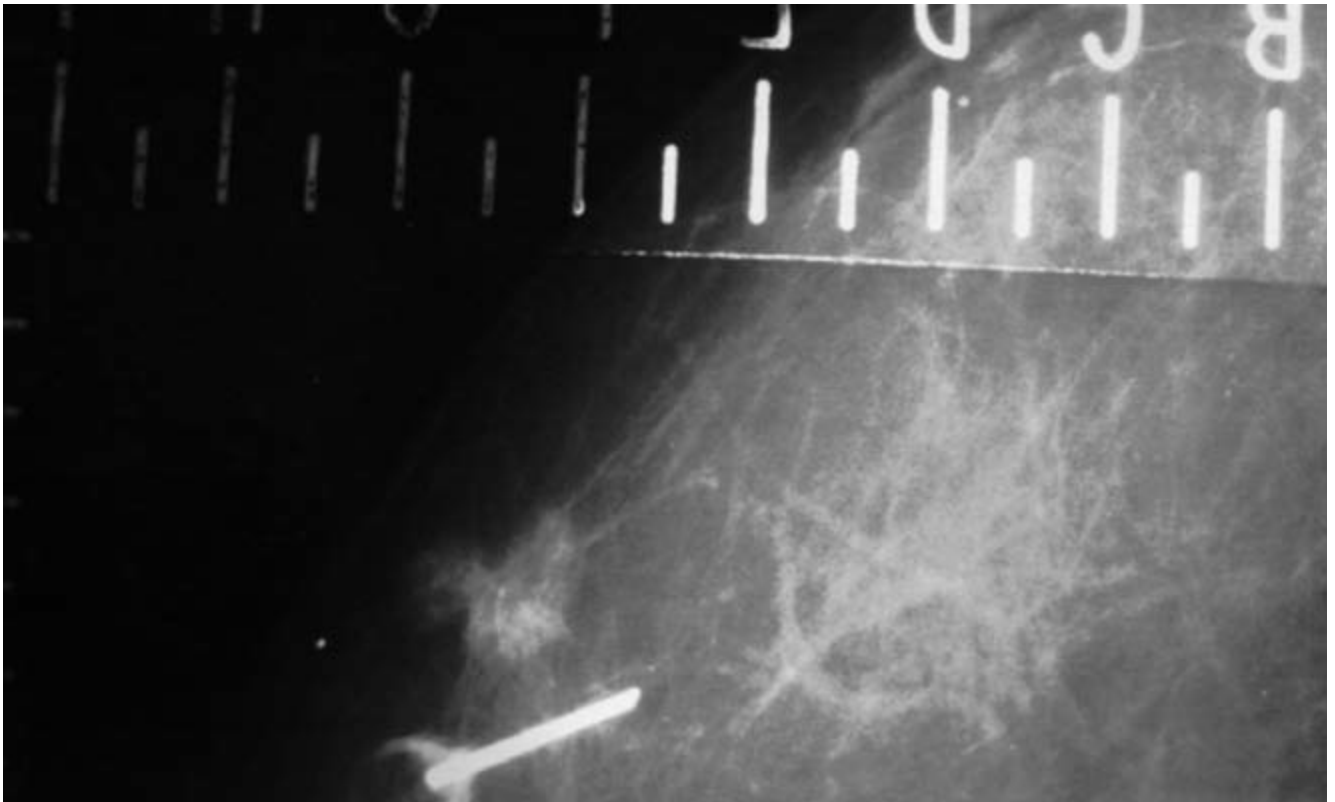


Foto 4. Radiología. Compresor fenestrado sobre imagen estelar y aguja para la marcación.



Foto 5. Otra incidencia del caso anterior (Foto 4) para identificar el área.

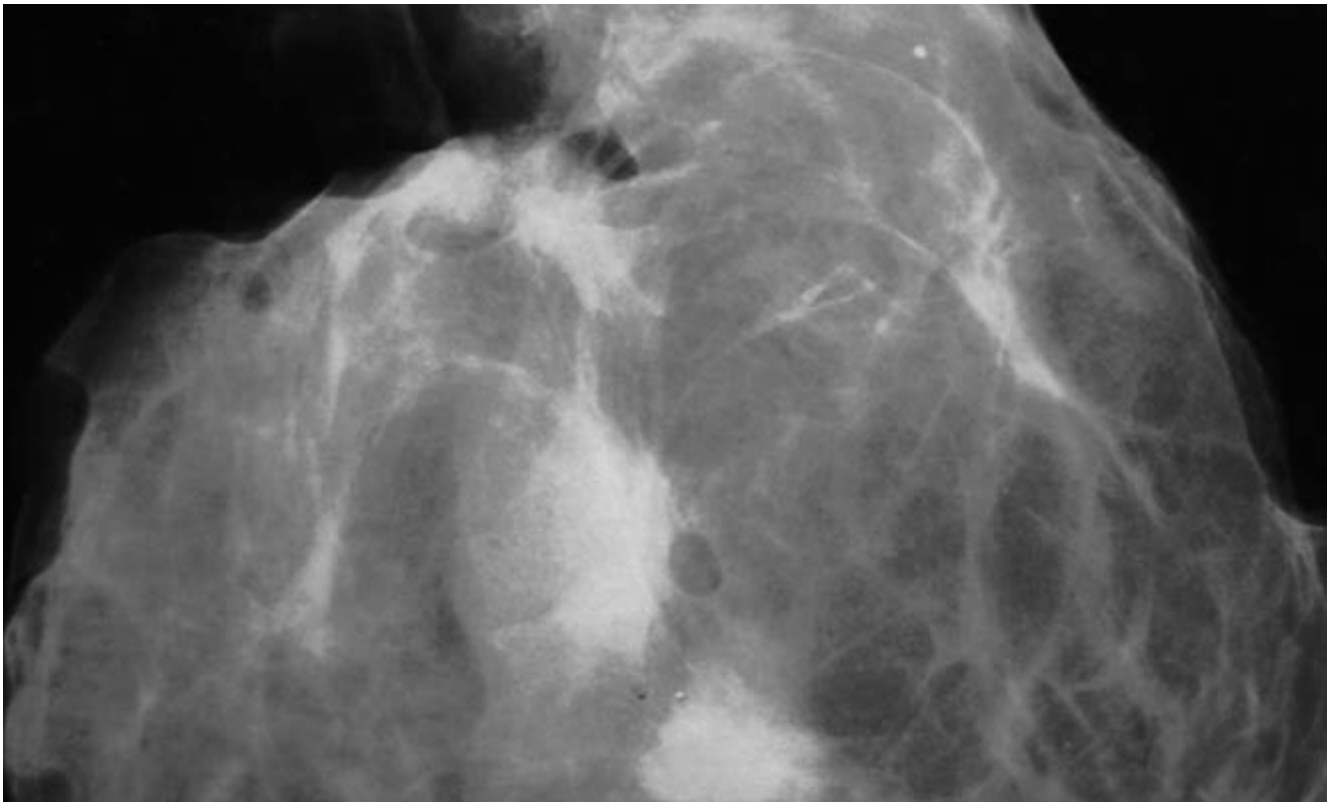


Foto 6. Radiografía de la pieza operatoria (BRQ), donde se identifica el área previamente marcada.

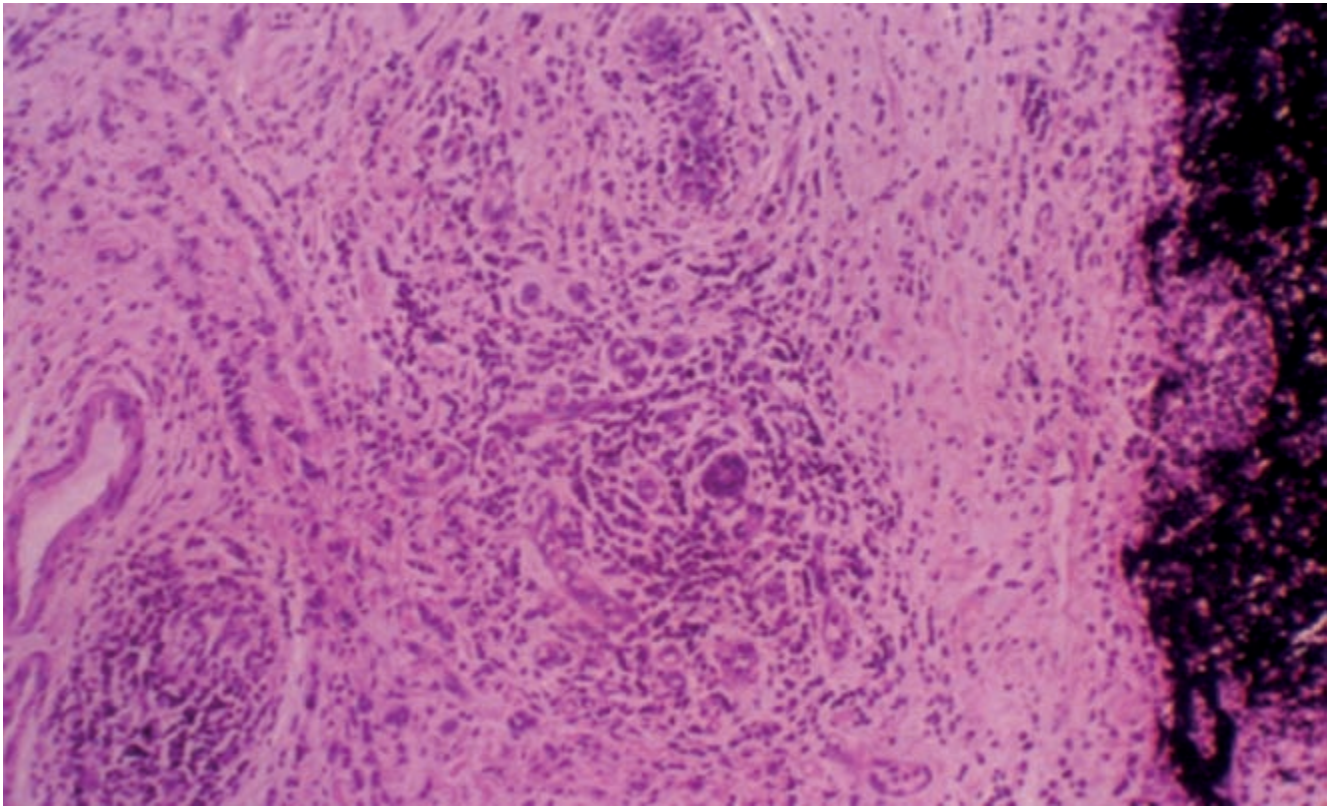


Foto 7. Carcinoma lobulillar infiltrante tipo clásico, adyacente a marcación con carbón (H-E).

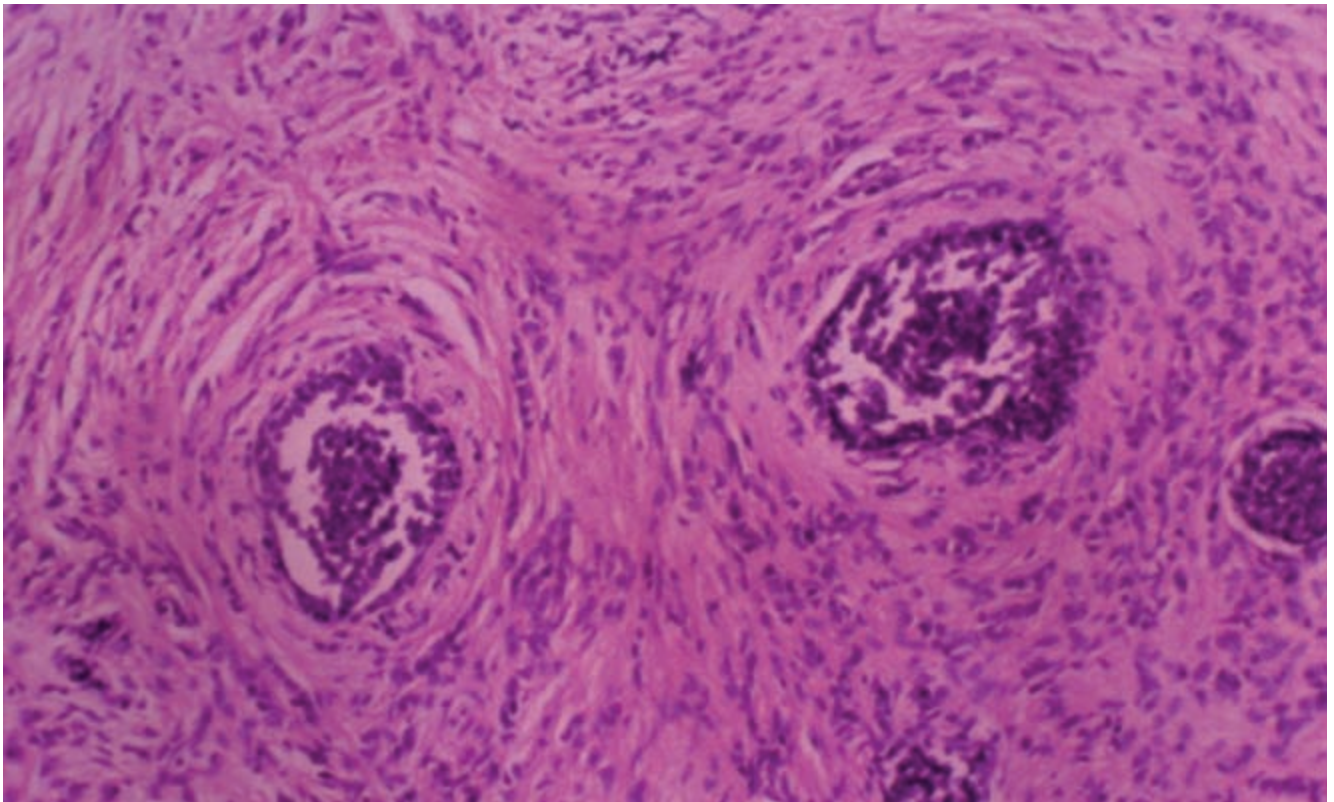


Foto 8. Carcinoma lobulillar infiltrante (H-E).

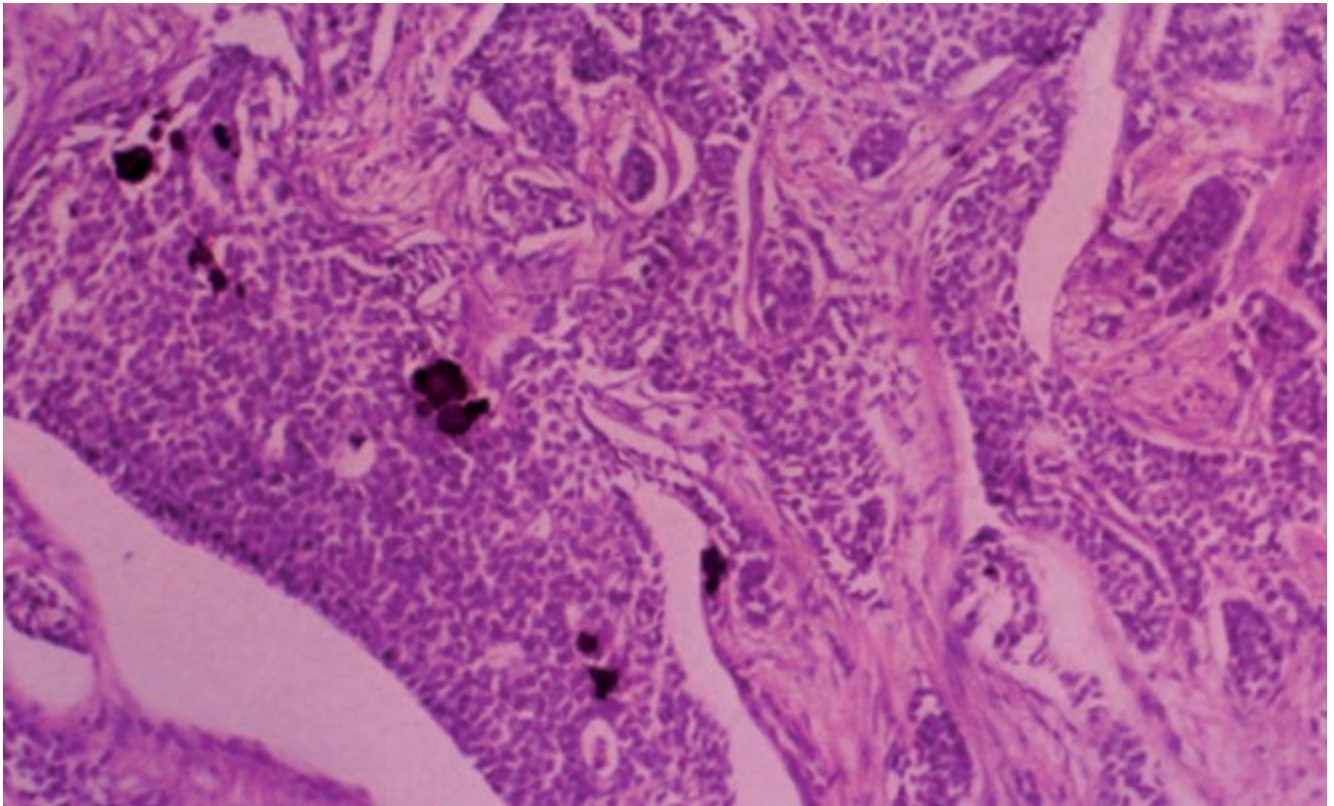


Foto 9. Carcinoma ductal infiltrante tipo cribiforme con microcalcificaciones (H-E).

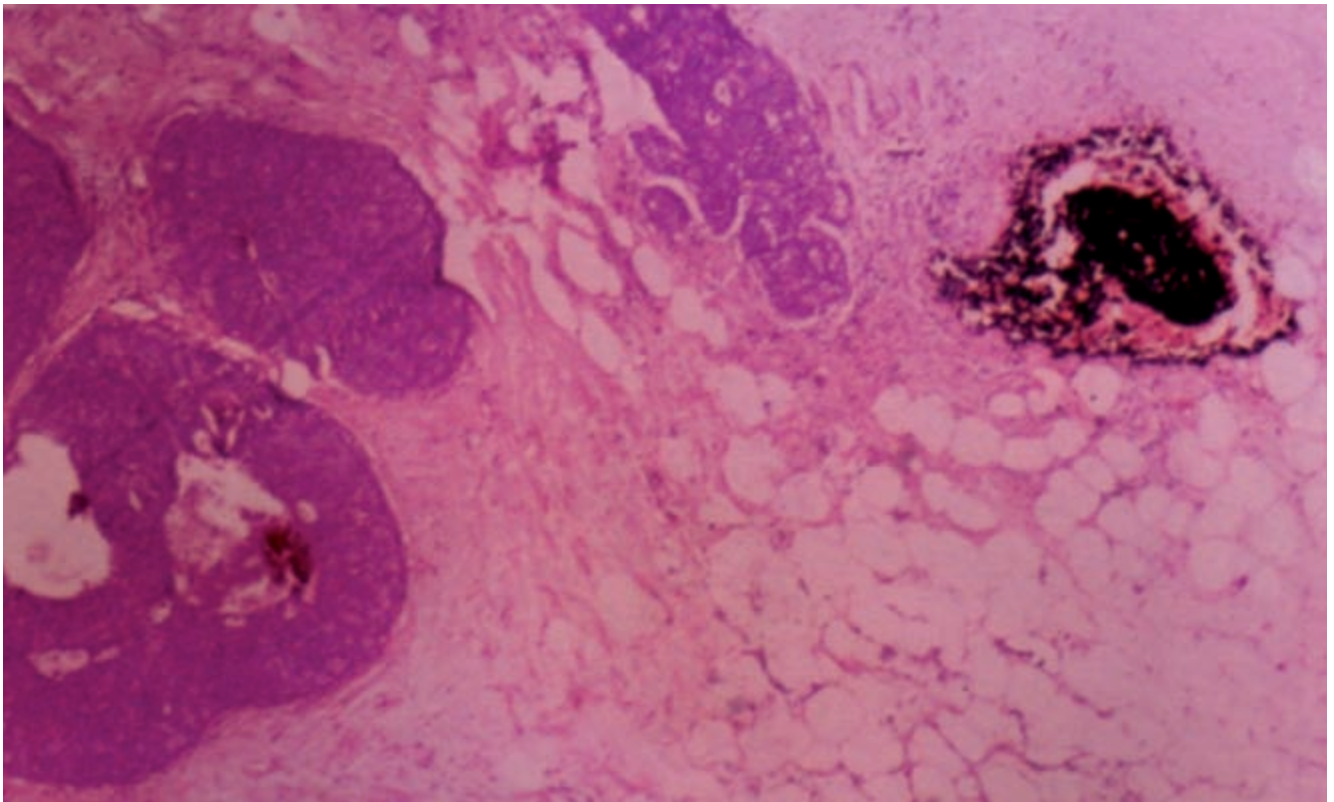


Foto 10. Carcinoma ductal in situ de tipo comedocarcinoma. Marcación con carbón (H-E).

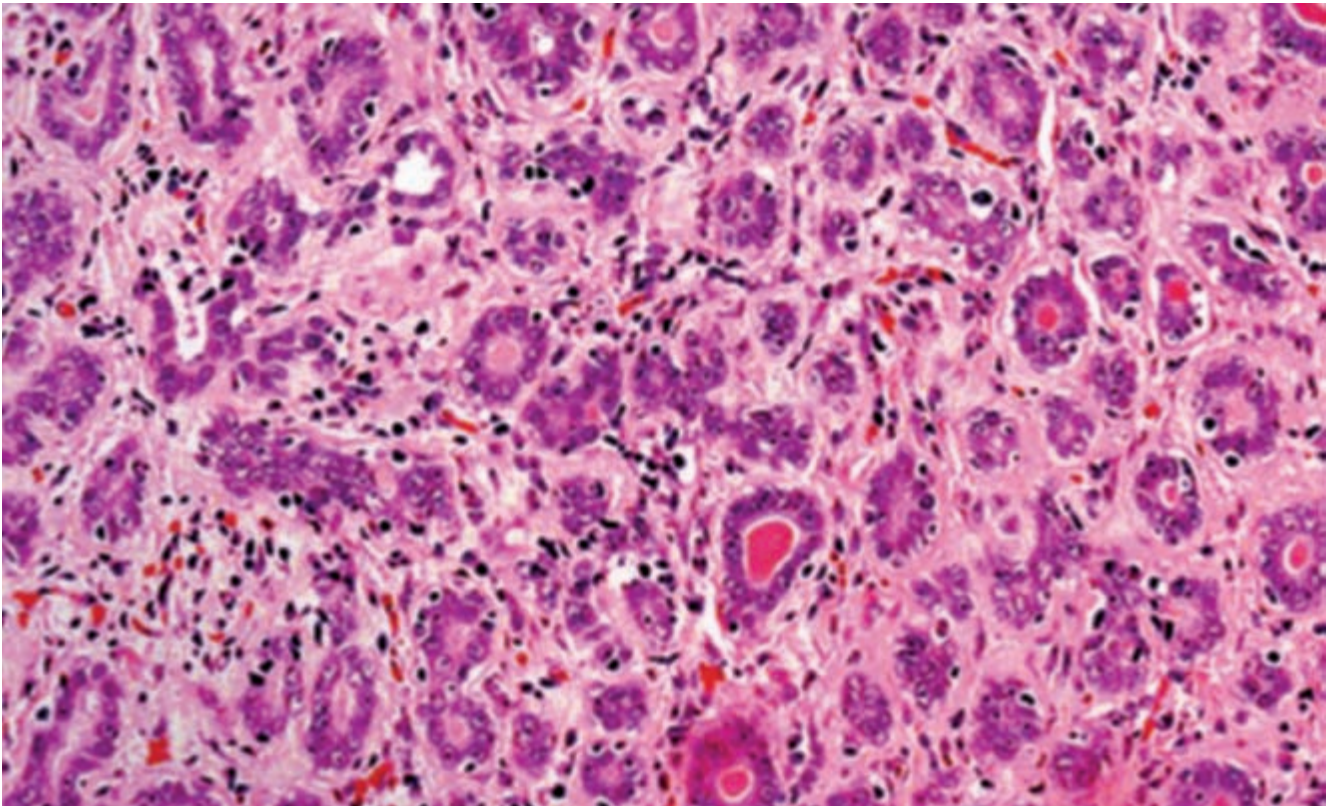


Foto 11. Adenosis tumoral.

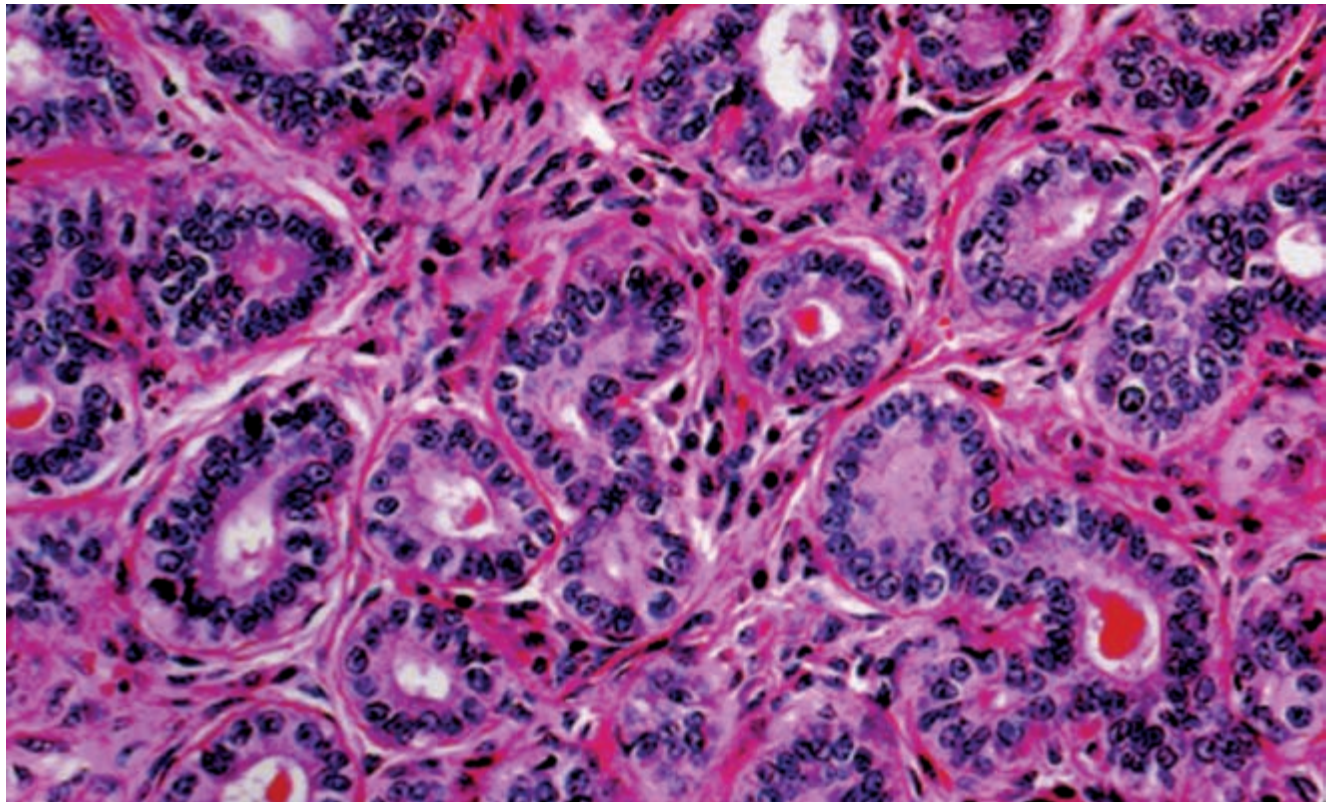


Foto 12. Adenosis tumoral (a mayor aumento).

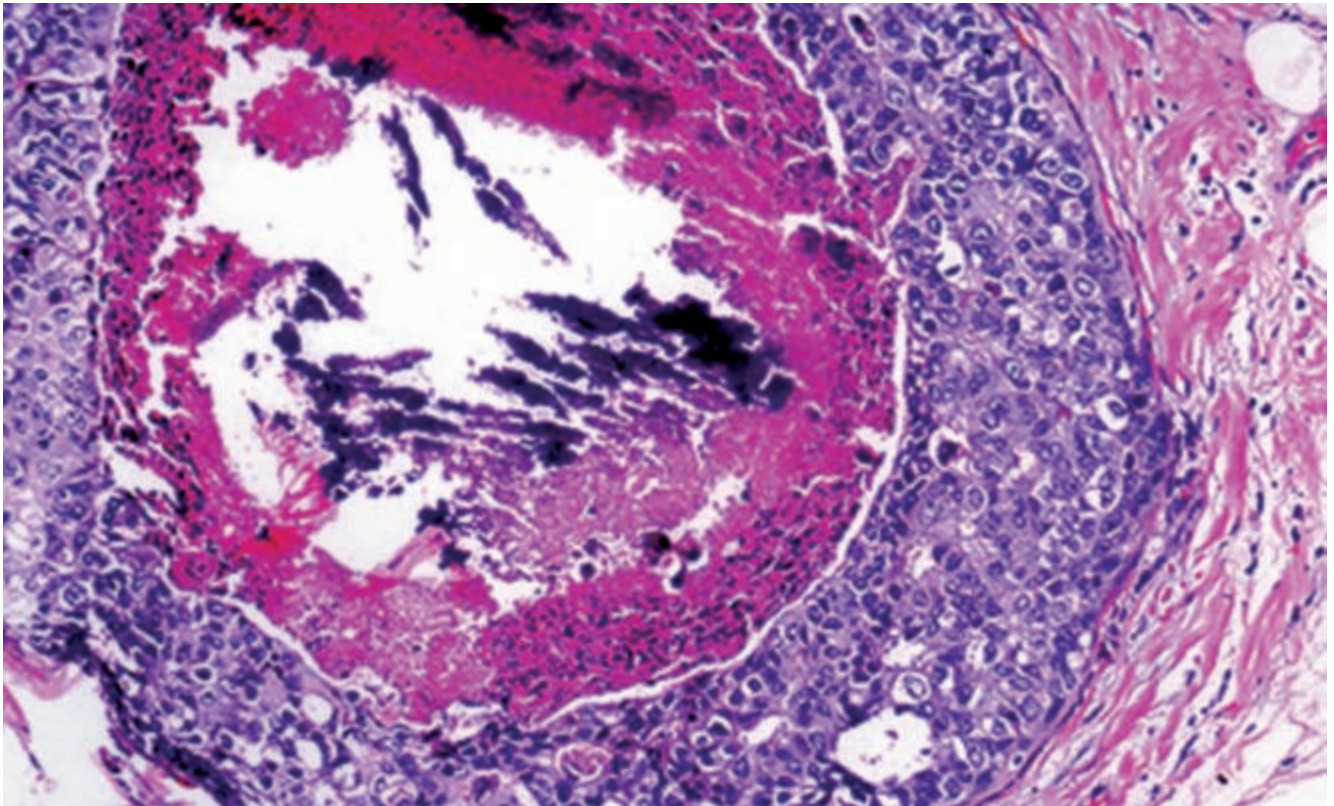


Foto 13. Carcinoma ductal in situ.

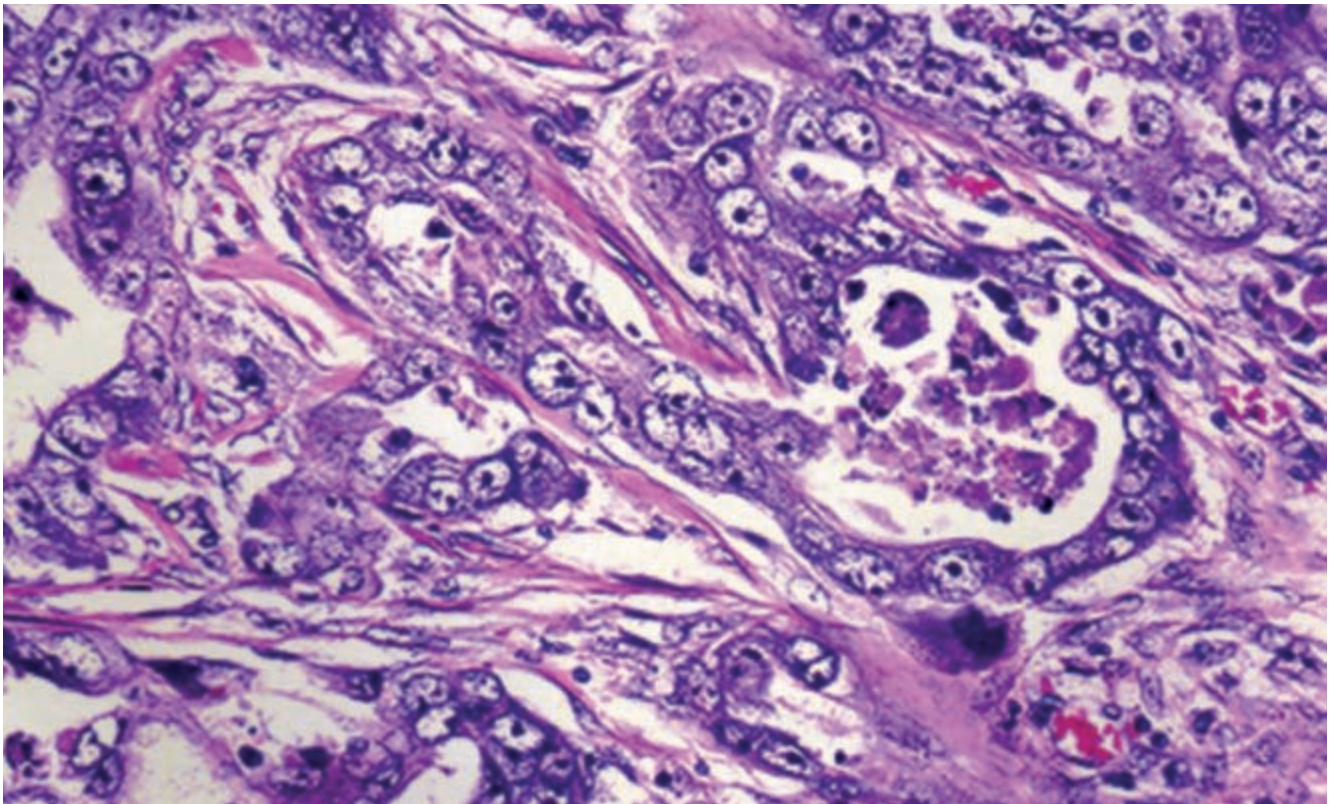


Foto 14. Carcinoma ductal infiltrante.

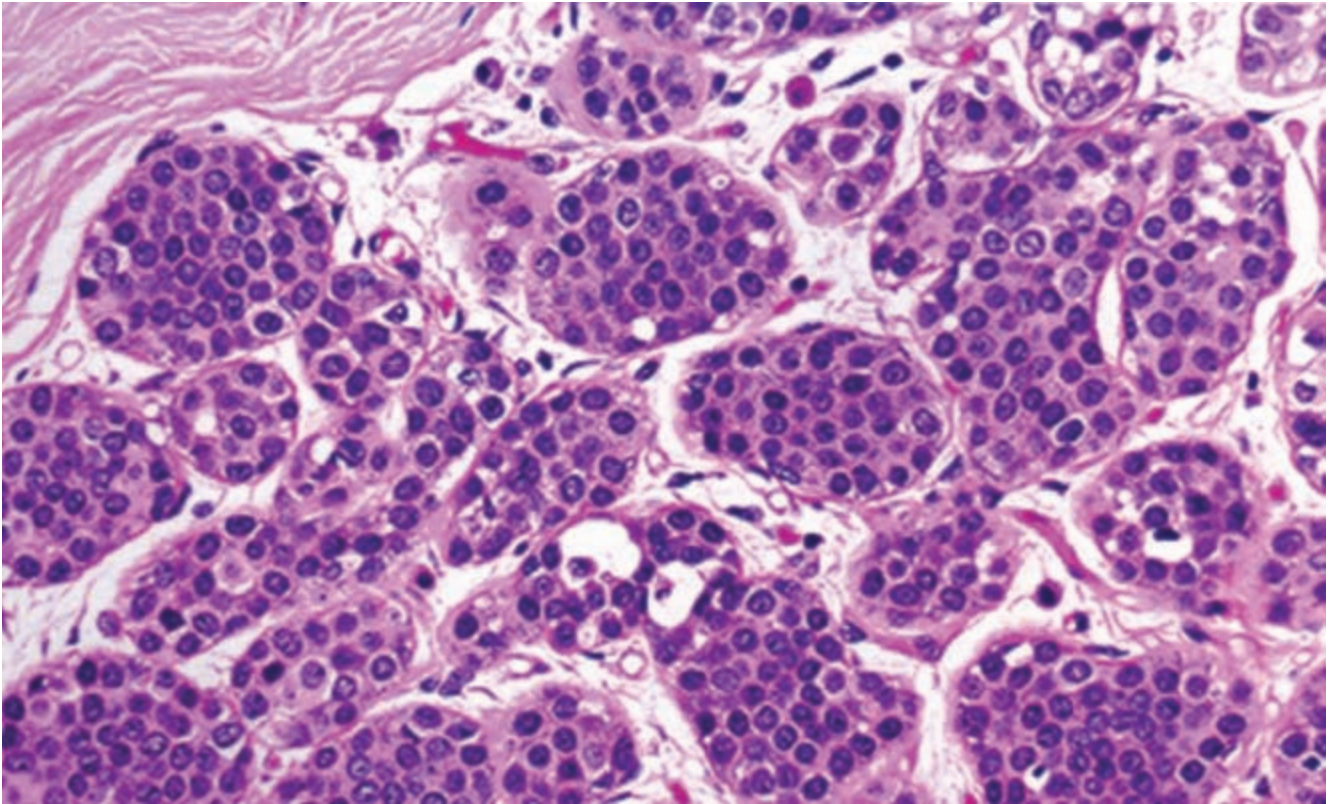


Foto 15. Carcinoma lobulillar *in situ*.

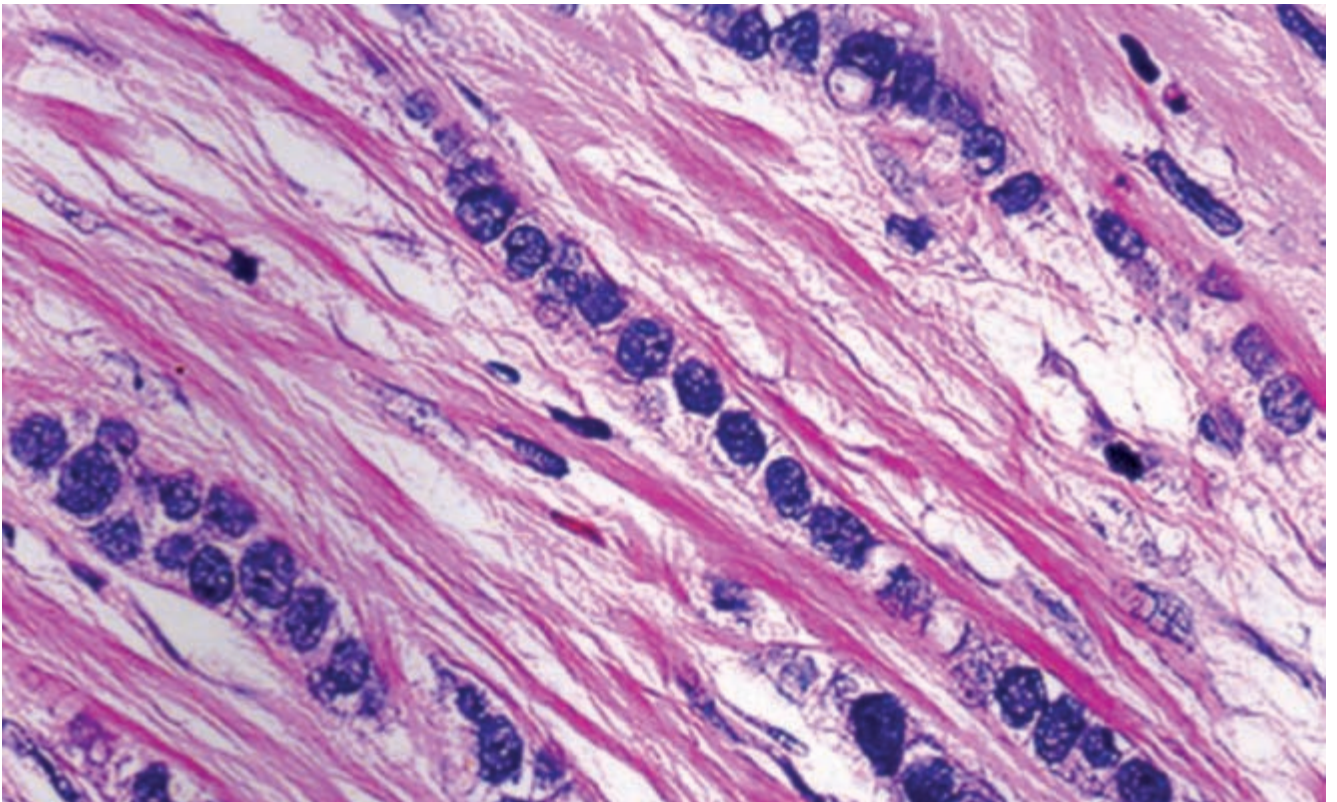


Foto 16. Carcinoma lobular infiltrante (mayor aumento de la Foto 17).

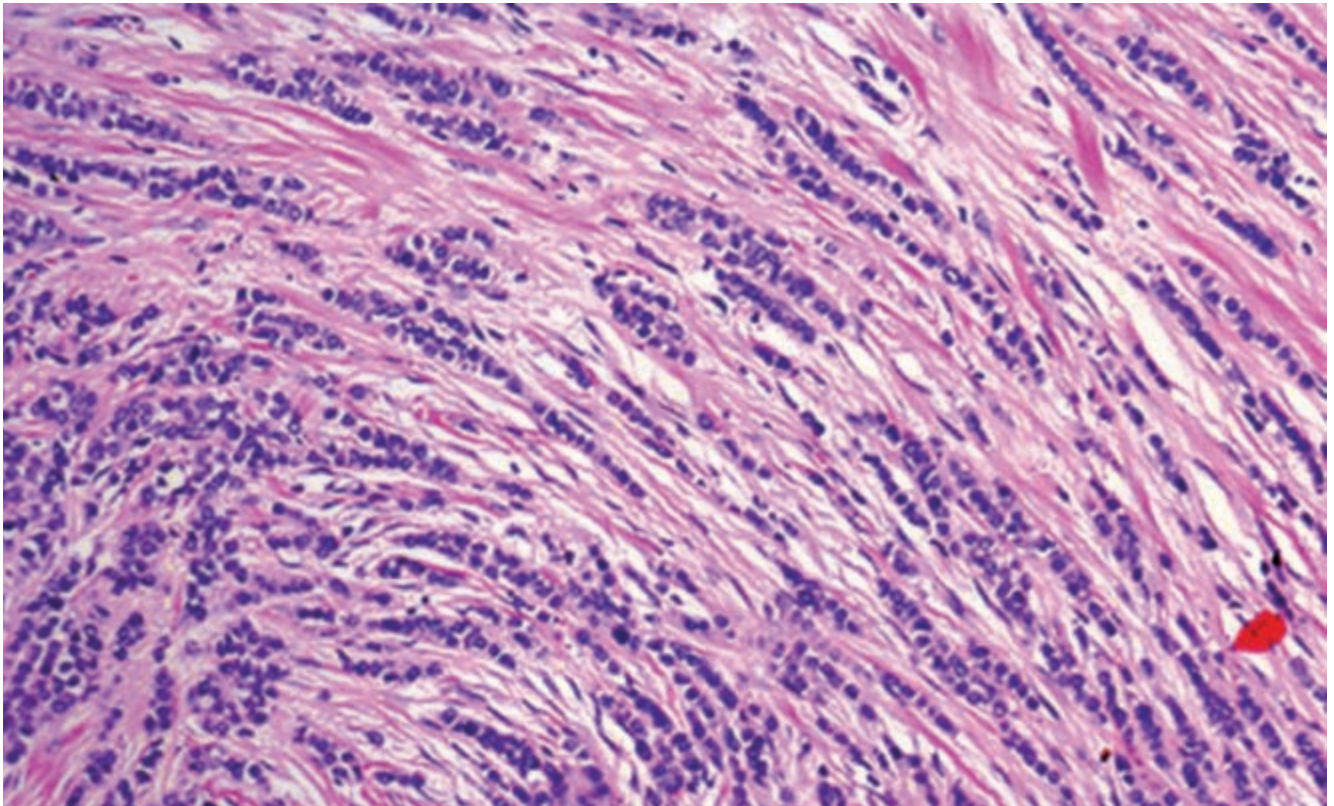


Foto 17. Carcinoma lobular infiltrante.

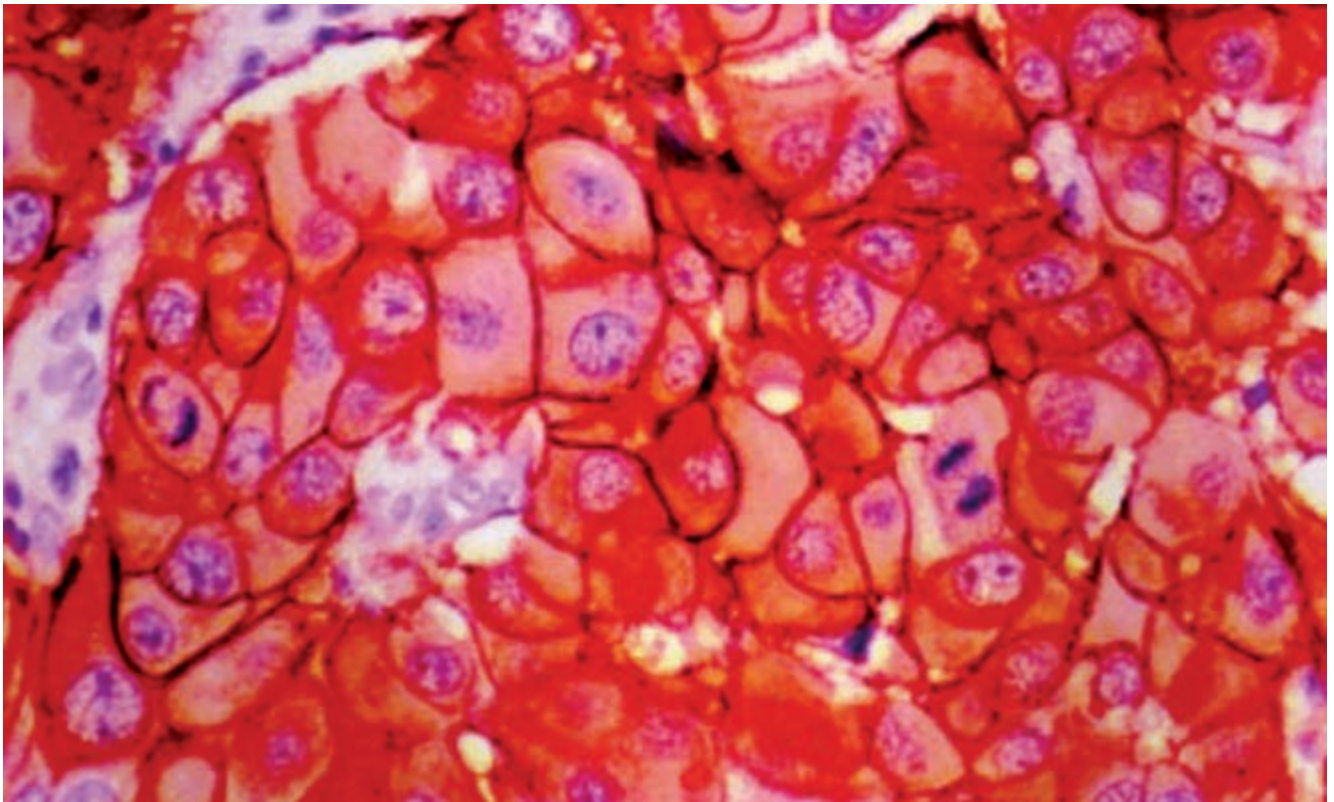


Foto 18. Inmunohistoquímica: Her 2.

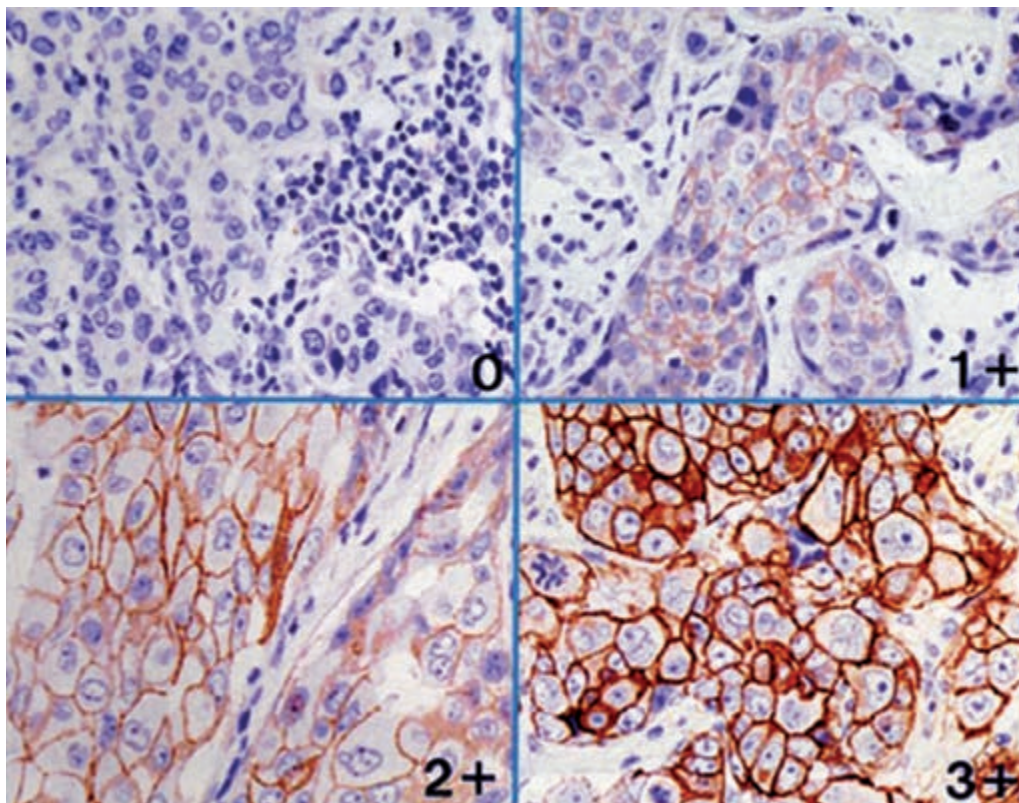


Foto 19. Inmunomarcación para Her 2. Determinación con cruces de la sobreexpresión del oncogén.

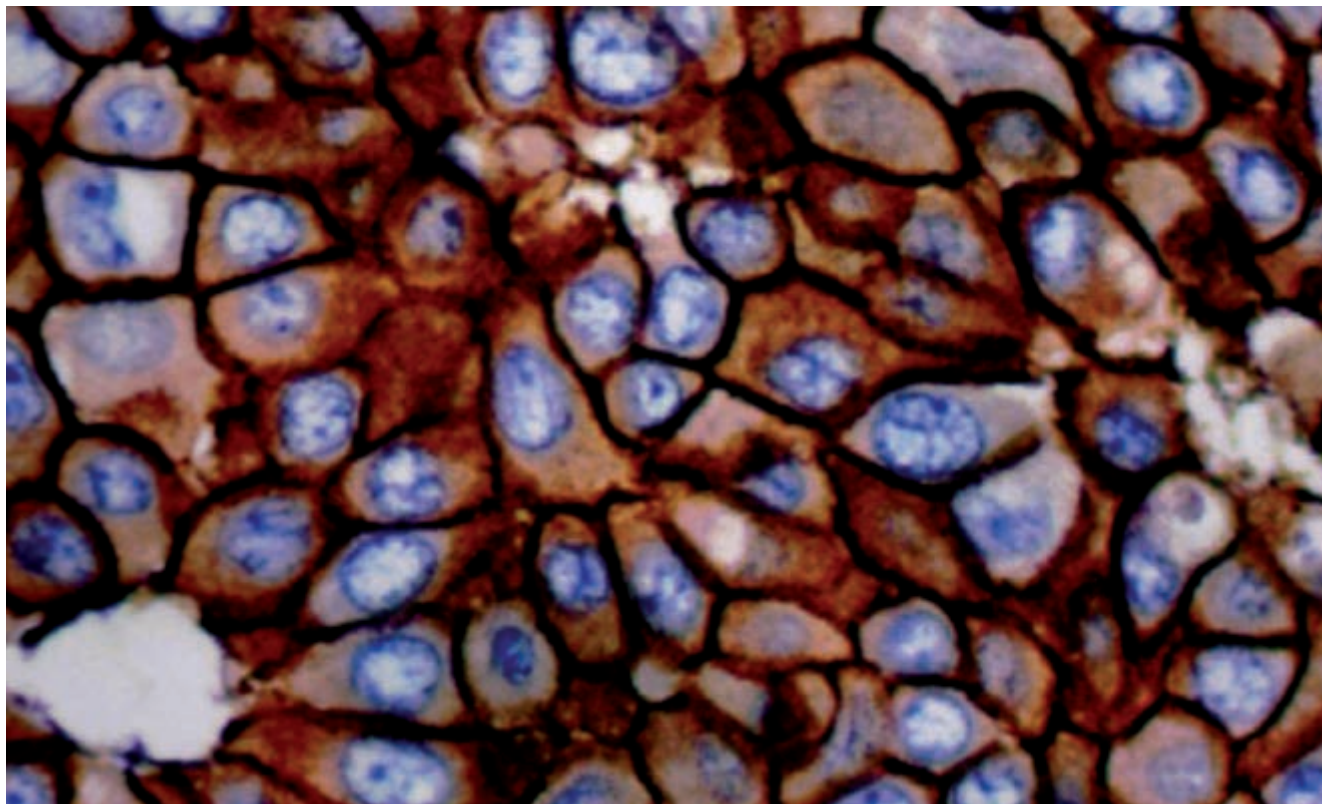


Foto 20. IHC, Her 2 mejorado.

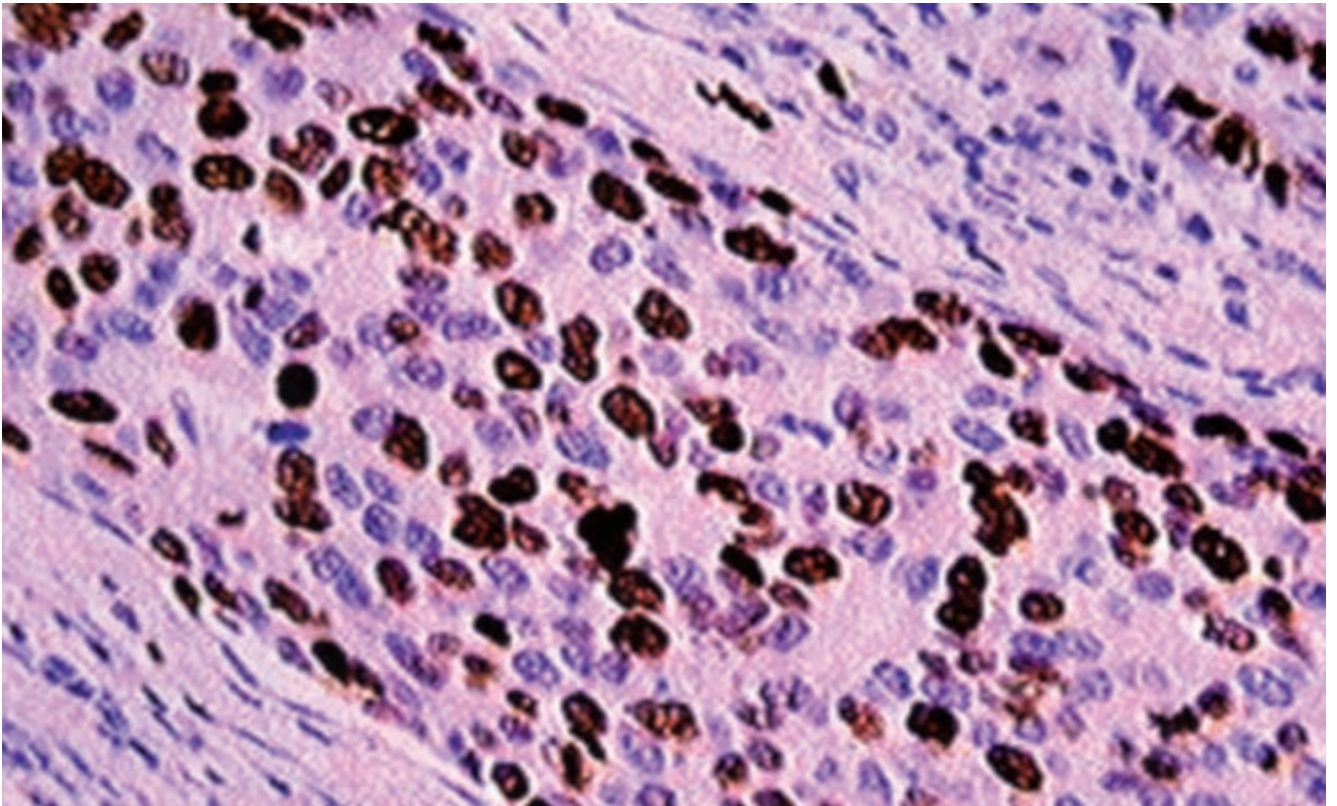


Foto 21. IHC, anticuerpo Ki 67 que determina el índice de proliferación celular.

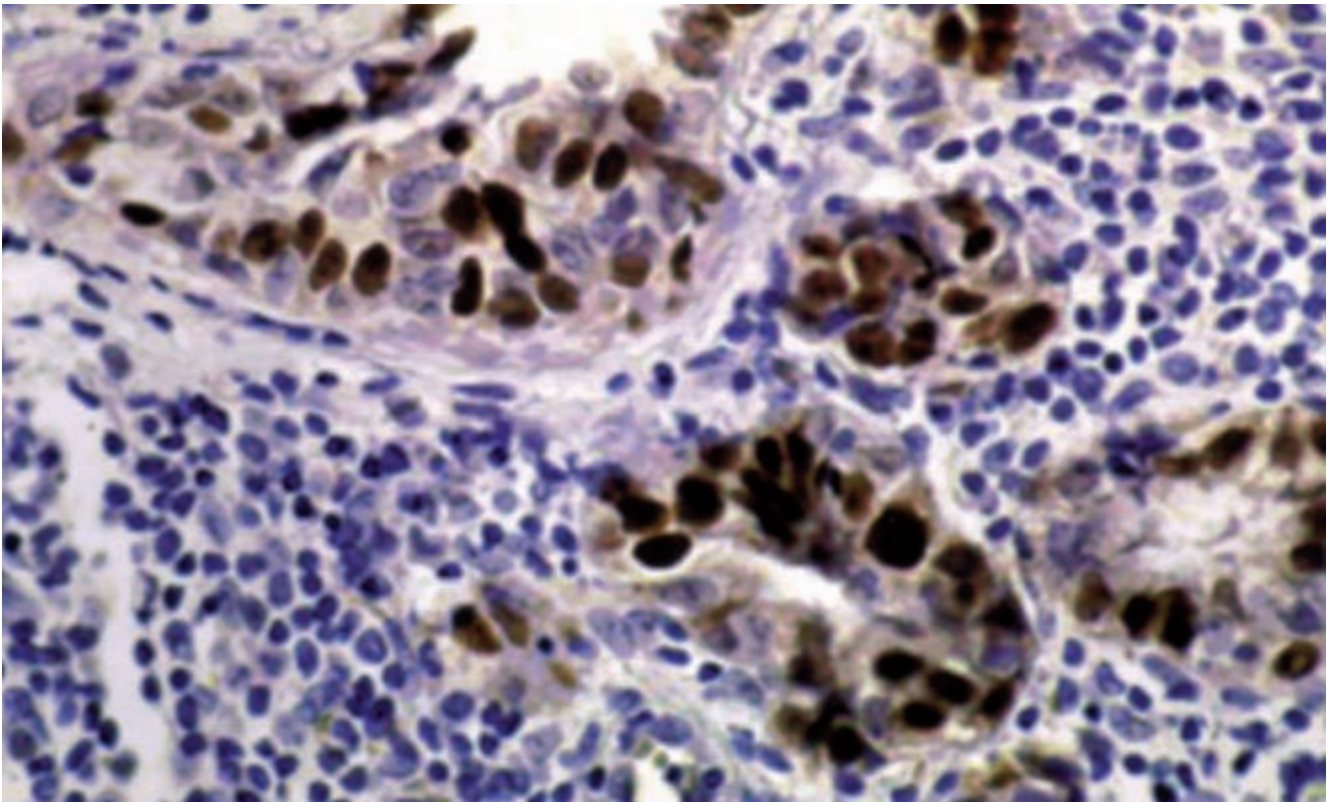


Foto 22. IHC, determinación de la p53.

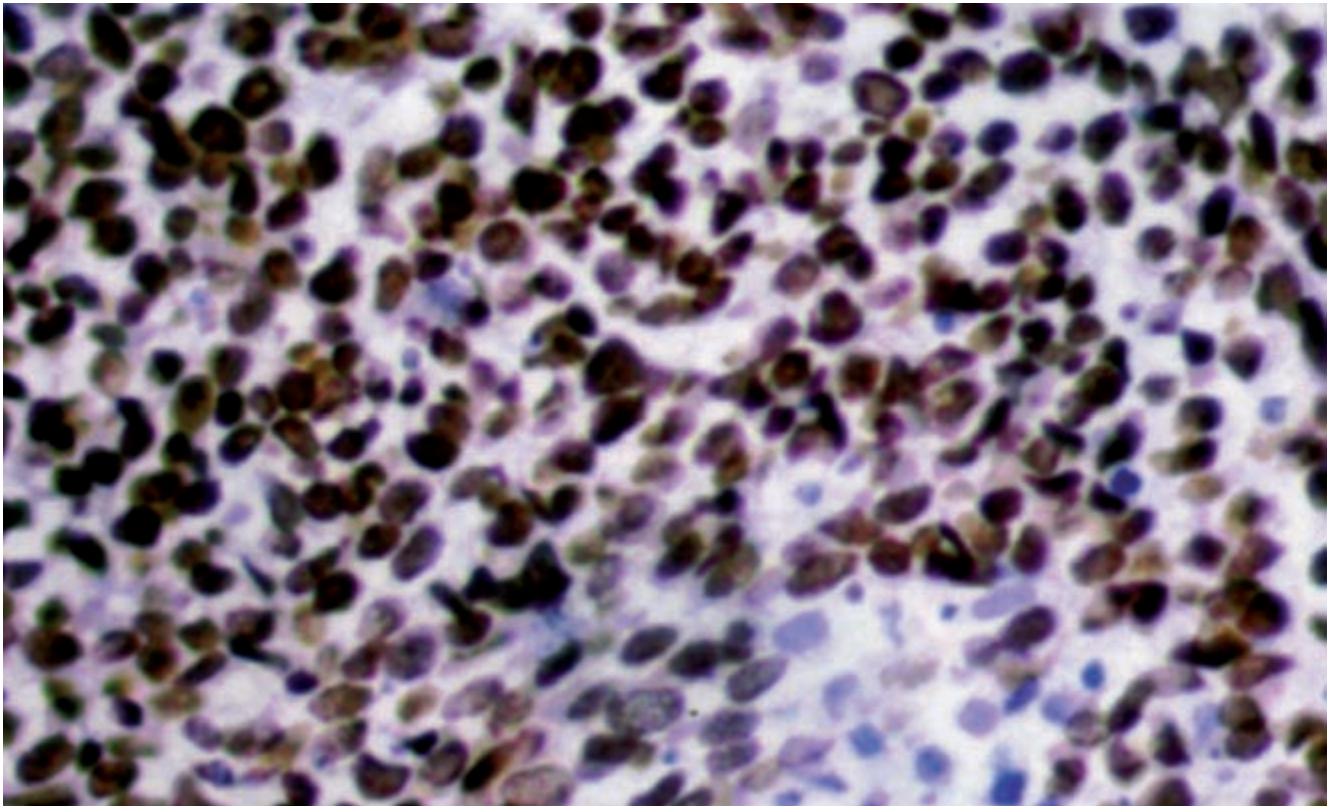


Foto 23. *Inmunomarcación para receptor de estrógeno.*

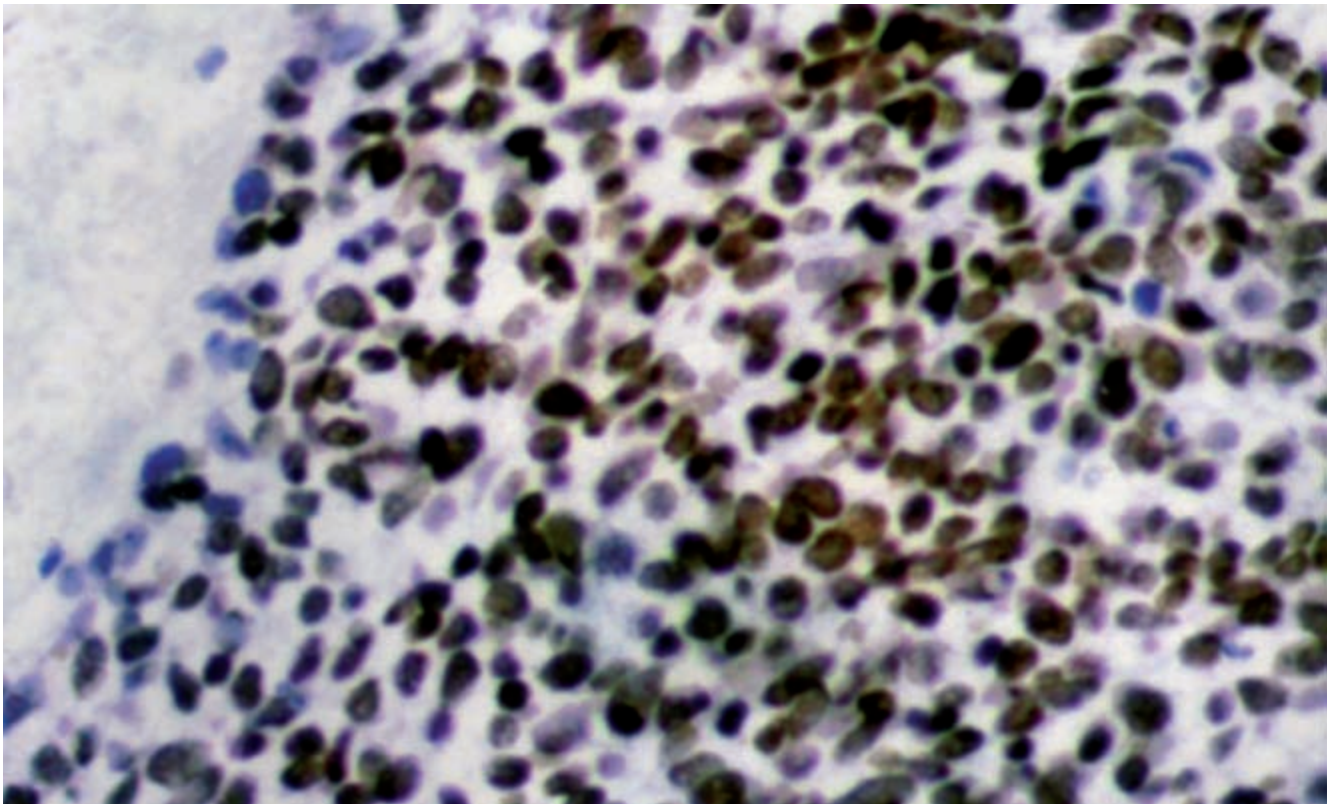


Foto 24. *Inmunomarcación para receptor de progesterona.*

Cánceres múltiples en adultos (CMA)

Informe de una Institución

Flavio Tognelli, Diego Oscar Juárez, Bernardo Rolnik
Instituto Oncológico Henry Moore, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Los cánceres múltiples en el adulto han llamado la atención en la práctica oncológica desde hace varios años. La mayoría de las series publicadas han sido estudios caso-control o de bajo número de pacientes. Recientemente se han incrementado los informes de segundos tumores primarios.

Las causas pueden ser múltiples: exposición a noxas comunes (tabaco); factores genéticos; diagnósticos de tumores primarios en grupos etarios más jóvenes a raíz de los programas de *screening*; diagnósticos de segundos tumores asintomáticos por mejoras en los métodos imagenológicos (incidentalomas), o bien como resultado de las mejoras en la sobrevida por los tratamientos oncológicos.

Objetivo

El propósito de esta revisión retrospectiva es estimar tanto la incidencia como los hallazgos clínicos de los pacientes con CMA tratados en nuestra Institución.

Pacientes y métodos

Analizamos en nuestra base de datos los casos correspondientes a los últimos diez años (1997-2006). Aquellos pacientes con al menos dos cánceres fueron incluidos para su análisis. Se describen dos categorías: sincrónicos (cuando el segundo diagnóstico se realiza antes de los seis meses del primero) y metacrónicos (todos los restantes). Los pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular de la piel fueron excluidos en la presente serie.

Resultados

Doscientos pacientes (M: 80; F: 120) de un total de 9.100 pacientes oncológicos (2,20%) presentaban al menos dos cánceres primarios.

Las edades medias fueron de 58,6, 59 y 66,6 años al momento del primero, segundo y tercer diagnóstico, respectivamente.

En 140 pacientes (70%), el diagnóstico del segundo cáncer fue sospechado por hallazgos clínicos, mientras que en 47 pacientes (23,5%) fue descubierto en forma asintomática a raíz de los estudios de seguimiento (en los 13 casos restantes [6,5%], este dato no estaba especificado). La combinación más frecuente fue mama-mama (n = 22), seguida de mama-colon (n = 14). Setenta y siete pacientes (38,5%) tenían familiares directos portadores de enfermedades oncológicas.

Los tipos sincrónicos (n = 28) y metacrónicos (n = 172) representan el 14 y el 86%, respectivamente. Diecisiete (8,5%) y 2 (1%) pacientes han presentado tres y cuatro cánceres primarios, respectivamente.

Con una mediana de seguimiento de 19,12 meses a posteriori del segundo diagnóstico oncológico, sobreviven 139 pacientes (69,5%).

Tabla 1. Segundo y tercer diagnóstico de cáncer (referido a los primarios más frecuentes).

Primer cáncer (n / %)	Segundo cáncer (n)	Tercer cáncer (n)
Mama (66 / 33)	Mama (22) Ovario (9) Colon (7) Melanoma (6); Útero (4) Pulmón; Cuello; Estómago (3)	Mama (4) Colon; Mieloma (1)
Próstata (26 / 13)	Pulmón (7) Colon (3) Melanoma; Mieloma; Vejiga; Partes blandas (2)	Parótida (1)
Colon (24 / 12)	Mama (7) Linfoma; Próstata (3) Estómago; Colon (2)	Mama (1)
Pulmón (15 / 7,5)	Próstata (4) Mama; Riñón (2)	Estómago (1)

Conclusión

En los últimos diez años, 200 (2,11%) pacientes han desarrollado al menos más de un cáncer, siendo mama, próstata, colon y pulmón los sitios primarios más frecuentemente comprometidos (tanto para el primero como para el segundo diagnóstico oncológico).

La combinación mama-mama resultó la combinación más frecuente. El así denominado "efecto-tamizaje" ha tenido poco impacto en nuestra población.

Bibliografía

1. *Epidemiological analysis of site relationships of synchronous and metachronous multiple primary cancers in the National Cancer Center, Japan, 1962-1996.* Kaneko S and Yamaguchi N. *Jpn J Clin Oncol.* 1999;29(2):96-105.
2. *Multiple primary neoplasms at a single institution: Differences between synchronous and metachronous neoplasms.* Aydiner A; Karadeniz A; Uygun K et al. *Am J Clin Oncol* 2000;23(4):364-370.
3. *Incidence of second primary cancers in three Italian population-based cancer registries.* Buiatti E; Crocetti E; Acciai L et al. *Eur J Cancer* 1997;33(11):1829-1834.
4. *Multiple primary neoplasms.* Harris CC and Suemasu K. *Cancer Research* 1983;43:5629-5630.
5. *Behaviour of multiple primary neoplasms.* *British Medical Journal* 1977.
6. *Medical decision making under uncertainty in adult patients (pts) with multiple primary cancer (MPC)* Gil Deza E et al. 2006 ASCO Annual Meeting.

Tumores germinales de testículo (TGT)

Informe de una Institución

H. Daniel Santillán, Carlos García Gerardi, Silvina Musini

Instituto Oncológico Henry Moore, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El cáncer de testículo corresponde sólo al 1% de todos los diagnósticos oncológicos en varones, pero presenta una particularidad importante: es el tumor sólido más frecuente en los adolescentes y adultos jóvenes (rango etario de 15 a 35 años de edad).

El Instituto Oncológico Henry Moore es un centro de tratamiento ambulatorio en donde concurren los pacientes para ser tratados, una vez que el diagnóstico oncológico ha sido efectuado en otro Centro. Como parte de nuestro sistema de control de calidad, y siempre que el material sea provisto, todos los diagnósticos oncológicos son confirmados por nuestro cuerpo de asesores en Anatomía Patológica.

Objetivo

Presentar y analizar la serie de pacientes con diagnóstico confirmado de tumores germinales de testículo (TGT) atendidos en nuestro Instituto.

Pacientes y métodos

Consultamos la base de datos de nuestro Instituto en los últimos diez años, y seleccionamos aquellos pacientes con diagnóstico de TGT y revisión central de la histología por nuestro cuerpo de médicos patólogos asesores. En todos los casos los pacientes presentaban este diagnóstico como primer diagnóstico oncológico (excepto carcinoma basocelular de la piel). Los pacientes portadores de cánceres de testículo de otras histologías (carcinomas, sarcomas, linfomas, etcétera) fueron excluidos de la presente serie. Fueron categorizados en dos entidades: seminomatoso (histologías sin otro componente, excepto sincitiotrofolasto en cantidad mínima), y no-seminomatosos (todos los restantes casos).

La definición y clasificación en grupos de riesgo se realizó, siguiendo el Consenso Internacional del Grupo Colaborativo, en bajo / intermedio / alto, basado en dos variables: el nivel de los marcadores en sangre y el sitio de la metástasis.

El tratamiento siguió los lineamientos de la National Comprehensive Cancer Network (www.nccn.org).

Tabla 1. Características de los 147 pacientes incluidos en el estudio.

	Histología	Seminomatosos (n=63)	No-Seminomatosos (n=84)
Edad (en años)	Media	36,43	33,02
	Mediana	35	31
	Rango	22 – 60	19 – 72
Lateralidad	derecho	24 (39%)	56 (69%)
	izquierdo	35	24
	bilateral	2	1
	no especificado	2	3
Focalidad	Unifocales	52 (83%)	77 (92 %)
	Multifocales	11	7
Grupos de riesgo	Bajo	47 (94 %)	69 (86 %)
	Intermedio	3	7
	Alto	0	4
	No especificado	13	4
Quimioterapia	1ª línea	15	56
	2ª línea	5	10
	3ª línea	2	3
Quimioterapia de 1ª línea	EP	5	19
	BEP	7	35
	Otros	3	2
Quimioterapia de 2ª línea	VIP	3	9
	VEIP	1	1
	Otros	1	0
Radioterapia		43 (68%)	3 (4%)
Seguimiento (mediana, en meses)		20,3	28,6
	Vivo	58 (94%)	80 (95% %)
Status	Muerto	4	4
	Perdido en seguimiento	1	0
	Con enfermedad demostrable	5	8
Status al momento de la última visita	Sin enfermedad demostrable	53	70
	Sin datos	5	6

Resultados

El total de pacientes evaluables es de 147. Las principales características de la población se detallan en la Tabla 1.

Conclusión

Los TGT constituyen las neoplasias más curables dentro de los tumores sólidos. En nuestra serie de casos que abarca un período de diez años hemos logrado comprobar que el objetivo primario de la terapéutica, la curación, se ha alcanzado y es comparable con los resultados comunicados por la literatura internacional en los mejores centros. Esto se observa mayormente en los grupos considerados de bajo riesgo, con tasas de supervivencia que superan el 90%. En los otros dos grupos, el de riesgo intermedio y en el de riesgo alto, el desafío futuro sigue siendo encontrar nuevas terapéuticas que contribuyan a mejorar los resultados en una enfermedad que, si bien es poco frecuente, adquiere real jerarquía por el grupo etario en el que predomina, y por ser modelo de tumor curable.

Bibliografía

1. The National Cancer Data Base Report on Patterns of Care for Testicular Carcinoma, 1985-1996. Steele GS et al. *Cancer* 1999;86:2171-2183.
2. Controversies in the Management of Clinical Stage I Testis Cancer. Wit R et al. *Journal of Clinical Oncology* 2006;24:5482-5492.
3. Chemotherapy for Advanced Germ Cell Tumors. Kondagunta GV et al. *Journal of Clinical Oncology* 2006;24:5493-5502.
4. International Consensus Prognostic Classification for Metastatic Germ Cell Tumors Treated with Platinum-based Chemotherapy: Final Report of the International Germ Cell Cancer Collaborative Group (IGCCCG). Mead GM. *Abstract Proceedings American Society of Clinical Oncology* 1995;14:235.

Actualizador Bibliográfico

Metaanálisis de quimioterapia para cáncer pancreático localmente avanzado o metastásico

Asma Sultana, Catrin Tudur Smith, David Cunningham, Naureen Starling, John P. Neoptolemos, Paula Ghaneh

Journal of Clinical Oncology
Volumen 25:2607-2615. Junio 20,2007.

Palabras clave: quimioterapia, cáncer pancreático localmente avanzado, cáncer pancreático metastásico.

El cáncer de páncreas es una enfermedad devastadora, cuya sobrevida a 5 años es menor del 6%.

La mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad metastásica o localmente avanzada. La expectativa de vida es de 3 a 6 meses para el cáncer metastásico, y de 6 a 10 meses para el no metastásico.

El propósito del metaanálisis fue examinar los diferentes enfoques terapéuticos:

- quimioterapia *versus* el mejor cuidado de soporte;
- 5-fluoruracilo solo *versus* 5-fluoruracilo combinado;
- gemcitabine *versus* 5-fluoruracilo;
- gemcitabine solo *versus* gemcitabine combinada;
- gemcitabine *versus* nuevas drogas;
- gemcitabine solo *versus* gemcitabine+ nuevas drogas.

Los estudios fueron identificados por Medline, OLDMEDLINE, Cáncer Lit, EMBASE y ISI Web of Science.

Los criterios de inclusión fueron estudios controlados aleatorizados que incluyen pacientes con adenocarcinoma pancreático localmente avanzado o metastásico, tratados con el mejor cuidado de soporte, quimioterapia y/o nuevos agentes.

Los criterios de exclusión fueron estudios no aleatorizados, resecciones quirúrgicas.

El objetivo principal fue evaluar la sobrevida global, definida como el tiempo transcurrido desde el momento en que fueron aleatorizados hasta su fallecimiento.

Resultados

La sobrevida global fue mayor en pacientes tratados con quimioterapia comparado con solo sostén clínico, con un riesgo de muerte reducido en un 36% en los pacientes que recibieron quimioterapia (6 estudios, 385 pacientes); hazard ratio [HR] = 0,64; intervalo de confianza 95% [IC95%]).

El HR para 5-fluoruracilo combinado *versus* 5-fluoruracilo solo fue < 1, lo que indica una ventaja para 5-fluoruracilo combinado (5 estudios, 700 pacientes). La sobrevida global no fue significativamente diferente entre los 2 grupos.

El HR para gemcitabine comparado con 5-fluoruracilo fue < 1, con ventaja en sobrevida para gemcitabine.

El HR para gemcitabine combinada *versus* gemcitabine sola (14 estudios, 4060 pacientes) fue < 1, lo que indica ventaja en la sobrevida, con una reducción del 9% en el riesgo de muerte para el tratamiento combinado.

Conclusión

Existe un beneficio significativo en la sobrevida para la quimioterapia sobre el mejor cuidado de soporte y para la combinación de gemcitabine sobre gemcitabine sola.

Capecitabine y trastuzumab en pacientes con cáncer de mama metastásico pretratadas

Rupert Bartsch, Catharina Wenzel, Gabriela Altorjai, Ursula Pluschnig, Robert M. Mader et al.

Departamento de Medicina, División Clínica Oncológica, Departamento de Patología, Departamento de Cirugía de la Universidad de Viena.

Journal Of Clinical Oncology,
Volumen 25, Septiembre 1 2007.

Palabras clave: *trastuzumab, capecitabine, cáncer de mama metastático.*

El cáncer de mama avanzado con HER-2 + está asociado con alto grado de recurrencia y pobres resultados.

El uso temprano de trastuzumab en primera línea en cáncer de mama metastásico es recomendado. Diferentes grupos comunicaron potencial actividad del trastuzumab en combinación con quimioterapia luego de la progresión, con grados de respuestas de entre 11,8 a 25,9%.

Este es un análisis prospectivo sobre la experiencia con trastuzumab + capecitabine como terapia de salvataje en pacientes pretratadas con trastuzumab.

El principal parámetro de evaluación fue el TTP (tiempo libre de progresión) y los parámetros secundarios fueron la supervivencia global y el grado de beneficio clínico.

Resultados

Cuarenta pacientes fueron incluidas, edad media 58,5 rango 29 a 73 años. El TTP fue de 8 meses y la supervivencia global fue de 24 meses. No se

encontraron diferencias significativas como segunda línea o más líneas de tratamiento.

Capecitabine fue administrada como segunda línea en 21 pacientes (52,5%), tercera línea en 11 (27,5%), cuarta línea en 4 (10%) y quinta línea en 4 (10%).

No se presentaron casos de insuficiencia cardíaca o disminución de la fracción de eyección ventricular.

La principal toxicidad fue síndrome mano-pie (15%) y diarrea (5%).

Conclusión

La combinación de capecitabine y trastuzumab parece ser una opción efectiva en pacientes con cáncer de mama metastásico y con exposición previa a trastuzumab.

Aún está pendiente la comparación de estudios aleatorizados del tratamiento combinado y de la monoterapia con capecitabine.

Calendario Oncológico 2007 - 2008

Noviembre 2007

8-10: 4th International Congress on Myeloproliferative Disease and Myelodysplastic Syndromes. New York, EE.UU. www.asco.org

15-17: EORTC-NCI-ASCO Annual Meeting on "Molecular Markers Cáncer". Bruselas, Bélgica. www.asco.org

Diciembre 2007

13-16: 30th Annual San Antonio Breast Cancer Symposium. San Antonio (Texas) EE.UU.

Enero 2008

25-27: Gastrointestinal Cancers Symposium. Orlando, EE.UU. www.asco.org

Febrero 2008

13-17: 12th International Congress on Hematologic Malignancies on leucemias, Lymphomas and Myelomas. Canadá. www.asco.org

22-23: Sixth International Symposium on Supportive Care Cancer Management in the Era of Targeted Agents. New York, EE.UU. www.asco.org

Marzo 2008

7-8: Fifth International Symposium on Melanoma and other Cutaneous Malignancies. New York, EE.UU. www.asco.org

28-29: Fifth International Symposium on Ovarian Cancer and Gynecologic Malignancies. New York, EE.UU. www.asco.org

Mayo 2008

30/5-3/6: ASCO Annual Meeting. Chicago, EE.UU. www.asco.org

Junio 2008

4-7: 10th International Conference on Malignant Lymphomas. Lugano, Suiza. www.asco.org

Agosto 2008

27-31: International Union Against Cancer (UICC) World Cancer Congress. Ginebra, Suiza. www.asco.org

Reglamento y normas para la presentación de artículos para la publicación en la Revista Argentina de Cancerología

La Revista Argentina de Cancerología es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Cancerología. El pedido de publicación deberá dirigirse a:
Sociedad Argentina de Cancerología
Comité Editorial
Av. Santa Fe 1171 | Buenos Aires | Argentina

Con el propósito de que la *Revista Argentina de Cancerología*, publicación oficial de la Sociedad Argentina de Cancerología, pueda ser indexada a nivel nacional (CONICET), su contenido editorial se adecuará a las normas del CAICYT.

La Revista contará con varias secciones: Editoriales, Trabajos Originales, Trabajos de Revisión, Controversias, Artículos de Opinión, Cartas al Editor, Actividades Societarias, Actualizador Bibliográfico y Calendario Oncológico.

Editoriales. Cualquier miembro de la Sociedad Argentina de Cancerología (SAC), cualquier miembro de la Comisión Directiva o cualquier persona destacada, por invitación, podrá escribir un Editorial para la Revista. Los temas podrán ser variados: sobre comentarios de los artículos que se publican en el cuerpo de la revista, sobre temas de actualidad, sobre un novedoso hallazgo científico, sobre una fecha clave, etc. Su contenido no implica que la revista comparta las expresiones vertidas. Deberá estar firmado por el autor (o autores), así como su grado académico.

Todo artículo deberá ser acompañado por la siguiente declaración escrita, firmada por los autores o por el autor principal, haciendo constar su dirección postal y teléfono: "El/Los autor/es transfieren todos los derechos de autor del manuscrito titulado "-----" a la Revista Argentina de Cancerología en el caso de que el trabajo sea publicado. El/Los abajo firmante/s declaran que el artículo es original, que no infringe ningún derecho de propiedad intelectual u otros derechos de terceros, que no se encuentra bajo consideración de otra revista y que no ha sido previamente publicado. El/Los autor/es confirman que han revisado y aprobado la versión final del artículo así como certifican que no hay un interés económico directo en el sujeto de estudio ni en el material discutido en el manuscrito".

Los artículos enviados para su publicación deben ser originales e inéditos, si bien pueden haber sido comunicados en sociedades científicas, en cuyo caso corresponderá mencionarlo. El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos, así como de proponer modificaciones cuando lo estime necesario. El artículo enviado a la Revista Argentina de Cancerología para su publicación será sometido a la evaluación del Comité Editorial el que se expedi-

rá en un plazo menor de 45 días y la Secretaría de Redacción informará su dictamen de forma anónima a los autores del artículo, así como de su aceptación o rechazo. La publicación de un artículo no implica que la Revista comparta las expresiones vertidas en él.

La Revista Argentina de Cancerología considerará para la publicación de los artículos, los requerimientos establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas que elaboraron los "Requisitos Uniformes para Preparar los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas" (Ann Intern Med 1997; 126: 36-47) y su actualización de mayo 2000. El idioma de publicación es el castellano.

Los artículos deben ser impresos con el siguiente formato: papel blanco, tamaño carta o A 4 con márgenes superior e inferior de 30 mm y laterales de 25 mm, a simple faz, doble espacio en todas las hojas, incluidas la correspondiente al título, agradecimientos, referencias, etc. Cada sección comenzará en una página nueva. Las páginas serán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho de cada página. Se acompañará en lo posible otra copia en disquete de 3'5 HD, la que debe tener el texto y gráficos completos. Se trata de poder disponer del texto puro para una mejor y más rápida edición. El autor deberá contar con copia de todo lo que remita para su evaluación. Un autor será responsable del trabajo y consignará su dirección, número telefónico y e-mail para recibir la correspondencia vinculada a la publicación.

Estructura del trabajo: Cada parte del manuscrito empezará en página aparte, secuencia: I) Título y autores con grado académico en primera página; II) Resumen y palabras clave; III) Texto del artículo; IV) Agradecimientos; V) Bibliografía; VI) Ilustraciones (tablas, gráficos y fotografías).

I) Título y autores: Primera página, debe incluir: el título (conciso e informativo, también traducido al inglés); el nombre completo de los autores, su grado académico u hospitalario, el jefe de servicio; el nombre y dirección de la institución donde se ha realizado el trabajo; el nombre, dirección, número telefónico, fax y e-mail del autor responsable de la correspondencia sobre el manuscrito; el/las fuente(s) de apoyo si las hubiere.

II) Resumen y palabras clave: En español e inglés. El máximo de pa-

labras permitidas será de 150. El resumen debe contener:
Los antecedentes: son una puesta al día del estado actual del problema o sea, cuál es el problema que lleva al estudio.

El objetivo explica qué se quería hacer, con quiénes y para qué.

El diseño es el tipo de estudio realizado.

Los métodos detallan la forma en que se realizó el estudio.

Los resultados deben incluir los hallazgos más importantes.

Las conclusiones constituyen la respuesta directa a los objetivos planteados y deben estar avaladas por los resultados. Al pie de cada resumen deberán figurar una lista de 2 ó 3 palabras clave (key words) (preferentemente deberán utilizar los términos incluidos en la lista de encabezamientos de materias médicas [Medical Subject Headings] (MeSH) que se encuentra en la base de datos Medline que es realizada por la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU y es de acceso gratuito a través de internet con la interfase pubmed.

III) Tipos de trabajos: Artículos Originales, Comunicaciones, Artículos de Actualización, Artículos de Revisión, Cartas al Editor, Actividades Societarias, Actualizador Bibliográfico, Calendario Oncológico.

Artículos Originales: Deben describir totalmente, pero lo más brevemente posible los resultados de una investigación clínica o de laboratorio que cumpla con los criterios de una metodología científica. Se considera aceptable una extensión máxima de 10 páginas. En los artículos largos se pueden agregar subtítulos para mayor claridad. El artículo deberá estar organizado de la siguiente manera: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Comentarios. a) Introducción: Se indicará el campo genérico al cual se referirá el trabajo así como el propósito del mismo. Se resumirá la justificación del estudio y se deberán dar a conocer los objetivos de la investigación: (qué se quiere hacer, con quiénes y para qué). Se evitará aquí la inclusión de datos o conclusiones del trabajo. b) Material y Métodos: Se definirá la población, es decir los criterios de inclusión, exclusión y eliminación empleados para el ingreso de pacientes al estudio, así como también el lugar y fecha exacta de realización del estudio. En caso de haber empleado procesos de aleatorización, se consignará la técnica. Se debe dejar constancia en caso de ser necesario, de la solicitud del consentimiento informado a los pacientes y de la aprobación del Comité de Ética responsable de la Institución. Se definirán con precisión las variables estudiadas y las técnicas empleadas para medirlas. Se informarán las pruebas estadísticas, con suficiente detalle de modo que los datos puedan ser verificados por otros investigadores, fundamentando el empleo de cada una de ellas. Se proporcionará el nombre del programa estadístico empleado para el procesamiento de los datos y se identificarán con suficiente detalle los procedimientos, equipos (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) así como medicamentos y sustancias químicas empleadas, incluidos los nombres genéricos, las dosis y las vías de administración, para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. c) Resultados: Se presentarán en el texto, en las tablas o en los gráficos siguiendo una secuencia lógica. No se repetirán en el texto todos los datos que aparezcan en las tablas o en los gráficos; sólo se destacarán o resumirán las observaciones importantes.

d) Comentarios: Incluyen las Conclusiones (consistirán en afirmaciones breves y precisas que responderán al objetivo de la investigación fundamentadas por los resultados obtenidos) y la Discusión (donde se pueden plantear especulaciones y formular nuevas hipótesis, surgidas de la investigación).

Comunicaciones: Estarán constituidas por Introducción, Caso clínico y Discusión. Tendrán una extensión máxima de 6 hojas de texto, con 2 ilustraciones (tablas o gráficos) y un máximo de 4 fotografías. Los resúmenes (castellano e inglés) no deberán exceder las 150 palabras cada uno. La bibliografía no tendrá un número mayor de 15 citas.

Artículos de Actualización y de Revisión: La estructura de éstos tiene una organización libre con el desarrollo de los diferentes aspectos del tema y si el autor ha realizado un análisis crítico de la información, se incluirá un apartado de Discusión. Se pueden utilizar subtítulos para lograr una mejor presentación didáctica. Los autores que remitan este tipo de artículos deben incluir una sección en la que se describan los métodos utilizados para localizar, seleccionar, recoger y sintetizar los datos. El texto tendrá una extensión máxima de 10 páginas y la bibliografía deberá ser lo más completa según las necesidades de cada tema. No requiere Resumen, sí palabras claves.

IV) Agradecimientos: Cuando se lo considere necesario y en relación a personas o instituciones que no deben figurar como autores pero que han sido esenciales por su ayuda técnica, por apoyo financiero o por conflicto de intereses. Van en hoja aparte.

V) Bibliografía: Se indicará en hoja aparte mediante un número correlativo arábigo colocado entre paréntesis y se limitará a las realmente relacionadas con el tema. En el caso de soporte impreso se tendrá en cuenta lo siguiente: El nombre de la revista se abreviará según el estilo del Index Medicus. Para las revistas: Nombre de los autores (si son más de cuatro nombres, colocar los tres primeros y agregar: "y colaboradores" o "et al" según corresponda), título completo del trabajo, nombre de la revista, año, volumen, número de las páginas inicial y final, todo en el idioma original. Para los libros: autor/es del capítulo, título del capítulo, autor/es del libro, título del libro, editorial, lugar, año, páginas. Las referencias se colocarán en el texto como superíndice donde corresponda. Se solicita a los autores se aclare al pie de la bibliografía si hay A.R.B. (ampliación de referencias bibliográficas), las cuales podrán ser remitidas por el autor a pedido del lector. Se recomienda la revisión de la bibliografía nacional y su inclusión. En el caso de citas provenientes de textos electrónicos se considerará lo siguiente: Para las revistas: Nombre de los autores (si son más de cuatro nombres, los tres primeros, agregando: "y colaboradores" o "et al" según corresponda), título completo del trabajo, [tipo de soporte], nombre de la revista, fecha de publicación, <disponibilidad y acceso>, [fecha de consulta], número normalizado (ISSN o ISBN). Ejemplo. Myers M, Yang J, Stamppe P. Visualization and functional analysis of a maxi-k channel fused to green fluorescent protein (GFP). [en línea], Electronic Journal of Biotechnology, 15 de diciembre de 1999, vol.2, nro 3. <<http://www.ejb.org/content/vol2/issue3/full/index.html>>, [consulta: 28 de di-

ciembre del 2000], ISSN 0717-3458. Para los libros: autor/es del capítulo, título del capítulo, autor/es del libro, título del libro, [tipo de soporte], editorial, <disponibilidad y acceso>, [fecha de consulta], número normalizado (ISBN).

VI) Ilustraciones: Las Tablas y Gráficos se harán en papel blanco, con tinta negra y deben ser legibles y claros, realizados con impresora de chorro de tinta o superior. Deben estar presentadas en páginas separadas, una tabla o gráfico (barras o torta) por página. El orden será en números romanos. Se les colocará un epígrafe breve a cada ilustración y se aclararán todas las abreviaturas en forma de pie de página. No serán aceptadas fotografías de tablas ni reducciones. Las fotografías serán preferentemente en diapositivas o en papel color, de buena calidad. La orientación de la figura se hará en el dorso con lápiz con una flecha, indicando su extremo superior derecho, como así también orden, nombre del autor y título del trabajo. Los textos explicativos de las fotografías figurarán en hoja aparte o al pie de las mismas. Con las fotografías correspondientes a pacientes se tomarán las medidas necesarias a fin de que no puedan ser identificados. Se requiere autorización (consentimiento informado) para ser publicadas. Las de observaciones microscópicas llevarán el número de la ampliación efectuada. Si pertenecen a otros autores, publicados o no, deberá adjuntarse el permiso de reproducción correspondiente. Si se utiliza un cámara digital el requerimiento mínimo es 2,3 megapíxeles (equivalente a 300 dpi en gráfica) en lo posible con alta resolución.

Cartas al Editor: estarán referidas a los artículos publicados o cualquier otro tópico de interés, incluyendo sugerencias y críticas. Serán precedidas por el encabezado "Sr. Editor:" y se procurará que no tengan una extensión mayor de dos hojas tipeadas con procesador de texto a doble espacio. Si la carta es aceptada, en todos los casos el Consejo Editorial enviará copia de la carta al autor del artículo referido, dando oportunidad en el mismo número de edición de la carta, de contestar o comentar la consulta y/o opinión del autor de la carta, con las mismas limitaciones de extensión.

Actividades Societarias: la Comisión Directiva de la Sociedad Ar-

gentina de Cancerología podrá publicar en la Revista su publicación oficial, toda actividad societaria que sea de interés comunicar a los lectores. Podrán publicarse las reseñas y/o resúmenes de Jornadas, la participación en reuniones en el Ministerio de Salud de la Nación, las Reuniones Conjuntas con otras Sociedades, la creación de Filiales, las recertificaciones de la especialidad y cualquier otra actividad que sea considerada de interés para ser comunicada. Es una forma de mantener documentada la historia de la Sociedad Argentina de Cancerología.

Actualizador Bibliográfico: el Director de Publicaciones de la Revista o algún miembro de la Sociedad podrán publicar una síntesis en idioma castellano de artículos sobre temas oncológicos actualizados, que ya hayan sido publicados en revistas extranjeras, y que se estime que sean de gran interés y actualidad. Por ejemplo, el uso de nuevas drogas, resultados de ensayos clínicos, etc. No excederán de cuatro actualizaciones y se dispondrá de dos carillas en el interior de la Revista para su publicación.

Calendario Oncológico: es el propósito del Comité Editorial de la Revista difundir la actividad científica oncológica que se desarrolla tanto en el interior del país como en el exterior. Para ello se incorpora en la Revista un calendario con la mayoría de los eventos científicos nacionales e internacionales a los que se tiene acceso, los mismos se publicitan con varios meses de anticipación al respectivo evento. La actividad científica oncológica de otras sociedades y hospitales también se publica en esa Sección.

La abreviatura adoptada es Rev. Argent. Canc. La Dirección de Publicaciones se reserva el derecho de no publicar trabajos que no se ajusten estrictamente al reglamento señalado. En estos casos le serán devueltos al autor con las respectivas observaciones y recomendaciones. Asimismo, en los casos en que, por razones de diagramación o espacio, lo estime conveniente, podrán efectuarse correcciones de estilo que no afecten los conceptos o conclusiones del artículo, sin previa autorización de los autores.

La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores.