

EDITORIAL

EL USO ADECUADO DE LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

En los últimos años el empleo de la resonancia nuclear magnética (RNM) se ha incrementado en las mujeres con un mayor riesgo de cáncer de mama, pero también como estudio previo en la selección del tratamiento local de la enfermedad.

Con relación al primer punto varios estudios prospectivos han confirmado el valor de la RNM como *screening* entre las mujeres con la sospecha o la confirmación de una mutación del BRCA; y estas publicaciones han mostrado una mayor sensibilidad para el diagnóstico del cáncer que la mamografía, e inclusive de lesiones más pequeñas y sin compromiso axilar. El empleo de este recurso de diagnóstico tiene otras indicaciones que no están en discusión desde el punto de vista científico, de acuerdo con las evidencias disponibles.

- En las pacientes con tumores grandes que van a recibir quimioterapia primaria. Tanto para evaluar volumen de la enfermedad, como cambio en las curvas entre las pacientes que son respondedoras.
- En las pacientes con adenopatías axilares sin lesión primaria mamaria clínica y/o con otros recursos de diagnóstico negativos.
- En las pacientes con prótesis mamarias.
- En estas indicaciones, en general no existen controversias y son aceptadas por casi todas las guías.

El punto en controversia es el empleo de la RNM entre las pacientes con cáncer ya diagnosticado, con el objetivo de una mejor selección del tratamiento local.

Los objetivos clínicos inmediatos y mediatos que podrían ser modificados con el empleo de la RNM serían: la tasa de reescisiones, la conversión a mastectomía, la tasa de recaídas locales de la cirugía conservadora y la incidencia de cáncer de mama contralateral simultáneo.

La duda que uno tiene ante estas consideraciones es si la cura del cáncer de mama depende de la extensión local del tratamiento, la sensación que se tiene es que esta pregunta ya había sido respondida con los trabajos de B. Fisher y de U. Veronesi, hace mucho tiempo.

Es bien sabido que la RNM puede identificar focos adicionales de cáncer de mama, no detectados ni por examen físico, ni por mamografía, ni por ecografía. En un metaanálisis publicado en el año 2008 que incluyó 19 estudios con un total de 2.610 pacientes, la RNM identificó enfermedad adicional en un 16% (rango 11-24).

La tasa de recidivas locales entre las series históricas de pacientes seleccionadas para cirugía conservadora sin el empleo de RNM, en general son menores al 10% y menores al 3-7% con tratamiento adyuvante adecuado. Lo que en realidad pone de manifiesto el poco o ningún beneficio del hallazgo de focos adicionales de cáncer. Se han realizado dos estudios prospectivos *randomizados* (COMICE - MONET) con el objetivo de evaluar el impacto del empleo de la RNM en la tasa de reoperaciones, por márgenes comprometidos y mastectomías.

Los datos disponibles, tanto de los trabajos prospectivos como los retrospectivos, no han permitido sostener la idea que la RNM sea un recurso que tenga impacto en la selección adecuada para las pacientes candidatas a cirugía conservadora. Sí, en todos ellos lo que aumenta de manera significativa es el número de mastectomías. En una publicación de N. Houssami (enero del 2014; JCO) la tasa de mastectomías fue del 7% más alta entre el grupo de pacientes con RNM y no redujo la tasa de recaídas locales ni a distancia. Este trabajo que incluyó a 3.180 pacientes, lo que pone en juego es si la extensión de la cirugía tiene impacto en la supervivencia de las pacientes. Cuando revisamos la literatura publicada sobre cirugía conservadora *versus* mastectomía y la incidencia de recaídas locales, es necesario observar que en las series más recientes la tasa es mucho menor y esto está vinculado a una mayor eficacia de los tratamientos adyuvantes. Casi un 50% solamente con el empleo del tamoxifeno, y algo similar sucede con el empleo del trastuzumab en las pacientes HER2(+) independientemente del tipo de cirugía (Kiess AP. Cancer 2012; Lanning R. ASCO Breast).

Otro de los puntos en controversia es el empleo de la RNM y el diagnóstico del cáncer de mama sincrónico contralateral. En el año 2009 se publicó un metaanálisis (Houssami N, JCO) de 3.252 pacientes con cáncer de mama unilateral y 131 cánceres contralaterales detectados exclusivamente por RNM. Pero atención, de estos el 35,1% fueron CDIS. Cuando se leen los resultados de los metaanálisis hay que tener mucho cuidado, ya que los resultados pueden estar muy influenciados por los criterios de inclusión de los estudios. Puntualmente este estudio tuvo muchas críticas, ya que no se incluyeron pacientes de manera no consecutiva y los criterios de selección para la RNM y los tipos de tratamientos que podrían afectar la incidencia de cáncer de la mama opuesta o no estar bien definido. Hay algunos otros estudios prospectivos en los cuales se

han diagnosticado 3-4% de cánceres contralaterales cuando la RNM se ha hecho dentro de los 6 meses del tratamiento del cáncer inicial. Lo que llama la atención es el aumento en incidencia de cáncer de mama contralateral, cuando en los estudios de población han ido disminuyendo al 3% por año desde 1985 y en los estudios de RNM entre 2001-2005 es menor al 15% por año en todos los subgrupos, menos entre las pacientes muy jóvenes portadoras de mutaciones BRCA.

La cuestión de que muchos de los cánceres de mama contralaterales son CDIS, en parte puede explicar que ninguno llegue a ser invasivo, ya que una gran proporción de ellos recibe tratamiento sistémico adyuvante; esto ha sido muy bien documentado por las publicaciones sobre cáncer de mama contralateral del EBCTCG, con una reducción de más del 60% de eventos.

Con las evidencias disponibles podemos afirmar que el empleo de la RNM tiene su rol en ciertas situaciones, como las he explicado al comienzo de este editorial; llama la atención que en la era de la biología molecular, los ensayos genéticos y la proteómica, sigamos discutiendo la extensión del tratamiento quirúrgico local.

Dr. Daniel Allemand

Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Mastología