



La Influencia del Margen Libre en las Resecciones Locales del Carcinoma Ductal *in situ* en la Glándula Mamaria

MELVIN J. SILVERSTEIN, MD., MICHAEL D. LAGIOS, MD., SUSAN GROSHEN, PH.D., JAMES R. WAISMAN, MD., BERNARD S. LEWINSKY, MD., SILVANA MARTINO, D.O., PARVIS GAMAGAMI, MD., WILLIAM J. COLBURN, MD. DEPARTMENT SURGERY UNIVERSITY SOUTH CALIFORNIA AND THE BREAST CANCER VAN NUYS CALIFORNIA. N ENGL J MED 1999; 340 (19): 1455-60.

El uso de la radiación posoperatoria en pacientes con carcinoma ductal *in situ* de la glándula mamaria es controversial; si bien es cierto que el protocolo B17 de NSABP recomendó la irradiación posoperatoria del seno en todas las pacientes que han recibido tratamiento conservador para el carcinoma ductal *in situ* de la glándula mamaria, esta recomendación posteriormente ha sido cuestionada ya que faltó el análisis de subgrupos en los que algunos de ellos podrían no necesitar tal irradiación.

Un algoritmo cuantitativo basado en tres factores: tamaño del tumor, márgenes de resección libres, y clasificación histológica, fue desarrollado por los autores para definir los índices de pronóstico y la decisión del tratamiento del carcinoma ductal *in situ*. El margen de resección libre fue determinado midiéndolo directamente y por micrometría ocular, fue estandarizada la evaluación de cada tumor para definir su grado de diferenciación nuclear, se evaluó la comedonecrosis y el tamaño del tumor en 469 pacientes de carcinoma ductal *in situ* a las que se les había practicado resección local del tumor con o sin radioterapia posoperatoria.

Resultados: La media (\pm SE) estimada de posibilidad de recurrencia a 8 años fue de 0.04 ± 0.02 entre las 133 pacientes a las que se les había practicado resección local pero que tenían 10 mm o más de márgenes de resección libres; estas pacientes no se beneficiaron con radioterapia posoperatoria; en cambio, ésta mostró beneficios muy significativos estadísticamente, en las pacientes que tenían menos de un milímetro de margen de resección libre.

La conclusión definitiva de los autores es que la radiación posoperatoria no está indicada en los carcinomas ductales *in situ* de glándula mamaria que han sido tratados con resección local pero con margen libre de invasión de 10 mm o más.

Cáncer del Páncreas. Informe del Tratamiento y Supervivencia de 100.313 Pacientes Diagnosticados de 1985 A 1995, Usando la Base de Datos de la Comisión de Cáncer del ACS (NCDB)

STEPHEN F. SENER, MD. FACS, AMY FREMGEN, PHD, HERMAN R. MENCK, MBA, DAVID P. WINCHESTER, MD. FACS - CHICAGO, II. J Am Coll Surg 1999 JUL; 189.

La base de Datos del NCDB en su registro electrónico, patrocinado por la comisión de cáncer del *American College of Surgeons* y de la Sociedad Americana de Cáncer, analizó los datos de las pacientes diagnosticadas y tratadas por carcinoma del páncreas (1985-1995) con la siguiente distribución anatómica: cabeza 78%, cuerpo 11%, cola 11%.

De todos los pacientes, 83% no recibieron tratamiento quirúrgico y 53% no recibieron ningún tratamiento anticanceroso. La resección fue efectuada en 9.044 pacientes (9%); en 1.989 de ellos fue clasificada como Estado I de la enfermedad; se obtuvo 5 años de supervivencia en el 23% de los pacientes a los que se les practicó pancreatomectomía, y sólo el 5% de aquellos a quienes no se les practicó ningún tratamiento.

*Sección a cargo de los doctores **Hernando Abaúnza** y **Jaime Escallón**, ex presidentes de la Sociedad Colombiana de Cirugía.

La conclusión de los autores es que en las últimas 2 décadas no ha cambiado la cifra de sobrevida para los pacientes con carcinoma de páncreas; para una pequeña minoría de ellos que se presenta con tumores limitados, la cirugía de resección sigue siendo el mejor tratamiento; en carcinomas avanzados (Estado II o III) las cifras de sobrevidas a los 5 años siguen siendo muy pobres.

Lavado Pleural Intraoperatorio en Carcinoma del Esófago

SHOJI NATSUGOE, MARIO SHIMADA, SABURO NAKASHINA, KOKI TOKUDA, ET AL. FIRST DEPARTMENT OF SURGERY, KAGOSHIMA UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, JAPAN. ANN SURG ONCOL 1999 MAY; 6: 305-7.

Introducción. La citología pleural o peritoneal intraoperatoria es útil para predecir el estado y comportamiento biológico de varios tumores. Este estudio se desarrolla con el objetivo de evaluar esta técnica de análisis histopatológico y su valor predictivo en cuanto al estado tumoral y la sobrevida.

Métodos. La citología pleural fue realizada antes y después de la esofagectomía y su producto fue examinado mediante técnica de Papanicolaou y Giemsa en 78 pacientes con carcinoma del esófago.

Resultados. El 5.2% de los pacientes presentaron citología positiva para cáncer en el fluido posterior a la esofagectomía. Tres de estos pacientes tenían tumores T4. Todos tenían metástasis ganglionares y su sobrevida no fue mayor a 5 meses después de la cirugía con intento curativo.

Conclusiones. La citología pleural positiva para cáncer de esófago, es un factor pronóstico adverso que se asocia con tumores localmente avanzados, metástasis ganglionares y pobre sobrevida a pesar de realizar la cirugía con intento curativo.

Invasión Linfática Carcinomatosa en Cáncer Gástrico Temprano

SUMIYA ISHIGAMI, SHOJI NATSUGOE, SHUICHI HOKITA, MASAHIRO TOKUSHIGE, ET AL. FIRST DEPARTMENT OF SURGERY, KAGOSHIMA UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, JAPAN. ANN SURG ONCOL 1999 MAY; 6 (3): 286-9.

Introducción. La invasión capilar linfática (IL) es un factor predictivo para la presencia de ganglios linfáticos metastásicos en pacientes con cáncer gástrico temprano. Este es el primer estudio en el mundo que analiza este fenómeno.

Métodos. Se realizó una revisión retrospectiva en 170 pacientes con cáncer gástrico temprano que invadía la submucosa.

Resultados. La invasión linfática se encontró en 76 pacientes. La IL correlacionó significativamente con la presencia de ganglios linfáticos metastásicos e invasión vascular ($P<0.05$) y con grado de infiltración submucosa por el tumor ($P<0.05$). La presencia de ganglios linfáticos metastásicos también correlacionó con el grado de invasión de la submucosa y el grado de IL. La sobrevida a 5 años fue pobre para los pacientes con tumores que tenían IL ($P<0.05$). Todos los pacientes con severa invasión linfática tenían invasión de la submucosa (SM3) por cáncer y metástasis ganglionares.

Conclusiones. En los pacientes con cáncer gástrico temprano que invade la submucosa, la presencia de invasión capilar linfática es un factor pronóstico que se correlaciona con la presencia de metástasis linfáticas ganglionares y con pobre sobrevida.