Cartas al director

Más sobre el ganglio centinela de la mama y su metodología de estudio

Sr. Director:

He leído con mucho agrado la réplica a mi carta al director[1] que con tanta amabilidad me dedican Armas et al[2] aunque no incida precisamente en el fondo de cierto problema existente en la metodología de análisis del ganglio centinela. El fondo del problema no está en si yo soy un experto en senología o lo dejo de ser. En efecto, mi interés preferencial está centrado en otro tipo de enfermedad quirúrgica, pero se equivocan, y mucho, al suponer que no conocía las definiciones que autores del prestigio de Veronesi y otros dieron en su día sobre el ganglio centinela de la mama y los falsos positivos de éste, y, aun agradeciéndoles su conmiseración hacia mí, creo no ser el único que piensa que estas definiciones son de pura conveniencia y, por ello, erróneas, al menos desde el estricto punto de vista estadístico o epidemiológico, por más afamado y reconocido que fuera el que las formuló, y por más que sean seguidas desde su pedestal por otros autores tan competentes como prestigiosos.

Aparte de que, desde una óptica puramente científica, el definir por decreto que en una prueba diagnóstica determinada no haya falsos positivos, no pase de ser un simple dogma de fe (y los dogmas simplemente se creen o no se creen), el problema está en que tal afirmación da carpetazo en la práctica a seguir avanzando, con cierta metodología de estudio, sobre algunas posibilidades de aplicación de esta prueba que pudieran estar pendientes de conocer. Me explico, y les pregunto a mis apreciados "contrincantes" esperando que mi ignorancia no les resulte molesta: ¿cuál piensan que es la finalidad última de la biopsia del ganglio centinela? Si se trata de una forma rápida de estatificar la axila, entonces sirve el dogma de Veronesi y otros, pues está claro que con un solo ganglio positivo la axila ya es positiva. Si se cree que ante un solo ganglio positivo la linfadenectomía axilar completa será siempre obligatoria por los siglos de los siglos, también es válida tal idea. Pero si se trata de lograr evitar algún día el máximo posible de linfadenectomías axilares innecesarias, entonces ese dogma es absolutamente inválido, aunque escuelas como la italiana lo sigan a pies puntillas. Si además se pretende acotar el terreno de aplicación de esta prueba con el máximo de seguridad para el paciente, entonces esa clase de dogma también puede inducir a error.

En efecto, la negación por principio de falsos positivos para el resto de la axila impide que se pueda investigar de una forma estadísticamente segura y sacar conclusiones válidas acerca del subgrupo de pacientes que sólo tienen afectado el ganglio centinela y no precisarían disección axilar completa, que puede que no sean pocos ahora y con el desarrollo del diagnóstico temprano cada vez sean más, y, por otro lado, altera no sólo el cálculo de la especificidad de la prueba, sino también el de la sensibilidad, ya que no son conceptos absolutamente separados, sino mutuamente dependientes, y esto sí que puede alterar de hecho la percepción general de seguridad de la propia prueba diagnóstica. Pero, sobre todo, e insisto, lo más preocupante es que conceptualmente impide descubrir qué pacientes con ganglio centinela positivo no necesitarían tampoco una linfadenectomía axilar. Personalmente, a mí me preocupa esta cuestión en el cáncer gástrico, que es a lo que más me dedico, donde las implicaciones de la linfadenectomía pueden ser mayores incluso que en la mama, pero por lo que he podido observar en la bibliografía reciente, también en la mama hay conciencia de este problema y se intenta resolver[3]. Por lo tanto, mi crítica no se basaba en el puntual desconocimiento bibliográfico de los que no nos dedicamos específicamente a la mama acerca del concepto de ganglio centinela, sino en un problema de investigación real que no sólo afecta al cáncer de mama, y que mucho me temo sea el caballo de batalla en los próximos años en asuntos de ganglio centinela, junto con el tema de las micrometástasis.

En resumen, lo que puse en duda en su día no era la competencia científica de Armas et al, mucho menos la de Veronesi y otros, sino la validez de cierto dogma de investigación, que como cualquier dogma, en última instancia, puede acabar resultando en un impedimento para el desarrollo de los conocimientos científicos. Así que me reafirmo punto por punto sobre lo que escribí en su momento[1]: no discuto si el ganglio centinela está o no en la axila, sino las extralimitaciones de esta idea a la hora de un análisis estadístico correcto de la sensibilidad y la especificidad de la prueba, aunque provengan de quien provengan. El sesgo de incorporación puede existir no sólo en la comparación de 2 pruebas diagnósticas, como afirman, sino en la validación inicial de una sola prueba, ya que ésta ha de compararse necesariamente con otra preexistente.

Javier Escrig Sos

Servicio de Cirugía. Hospital General de Castellón.
Castellón. España.

Bibliografía

1. Escrig J. Sobre un análisis incorrecto de la utilidad del ganglio centinela de la mama. Cir Esp. 2006;79:320-1.
2. Armas F, Hernández MJ, Vega V, Jiménez C, Paucovich M, Báez B, et al. Sobre un análisis incorrecto del concepto de ganglio centinela. Cir Esp. 2006;79:321-2.
3. Viale G, Maiorano E, Pruneri G, Mastroparma MG, Valentini S, Galimberti V, et al. Predicting the risk for additional axillary metastases in patients with breast carcinoma and positive sentinel lymph node biopsy. Ann Surg. 2005;241:319-25.