



Traslocación Bacteriana en Falla Orgánica Multisistémica: Causa o Epifenómeno aún sin Probar

LEMAIRE LC et al: Br J Sur 1997; 84: 1340-50.

El tema de la traslocación bacteriana (TrB) ha sido ampliamente discutido en la literatura reciente y aún no se ha probado la causa-efecto en la falla orgánica multisistémica (FOM). Este artículo hace una muy buena revisión del fenómeno de TrB, así como una extensa revisión de la bibliografía, y concluye lo siguiente: la TrB ocurre, no hay duda; no hay evidencia de su causa-efecto en la FOM pues no cumple los postulados de Koch. Es posible que sea un epifenómeno importante en aquellos pacientes severamente enfermos que sobreviven a un estado de *shock* prolongado y en los cuales existe un desequilibrio entre los mediadores tisulares, citoquinas proinflamatorias y antiinflamatorias, caso en el cual la TrB puede jugar un papel importante en perpetuar este desequilibrio (imbalance). Vale la pena revisar este artículo que además trae una lista de referencias con todos los trabajos relevantes publicados sobre el tema.

Cáncer Hereditario del Seno

HILL AD et al: Br J Surg 1997; 84: 1334-9.

La historia de cáncer del seno en un familiar en primer grado de consanguinidad, eleva en forma significativa el riesgo de esta patología. El Ca hereditario característicamente aparece en forma temprana, con frecuencia bilateral, asociado a otros tumores y su herencia es autosómica dominante. Se conoce mejor cada día la genética de los dos genes BRCA1 y BRCA2 que están asociados con el cáncer hereditario del seno; éste corresponde al 5-9% de todos los cánceres del seno diagnosticados.

Las pruebas genéticas se pueden hacer para identificar las mutaciones del BRCA1 y el p53. En el momento se consideran indicadas en personas con franca historia familiar de cáncer del seno o del ovario, antes de ser referidas; la mayoría de los centros exigen que se hayan identificado entre 3 y 4 parientes en primer grado afectados por el cáncer.

Existen problemas éticos y sociales complejos con la identificación de pacientes identificadas como portadoras. Sociológicamente puede crear problemas para la persona; es posible que le nieguen seguro de vida o de salud. ¿Quién va a financiar un tratamiento profiláctico y cuál debería ser éste: mastectomía profiláctica y ooforectomía? Surge también el interrogante del uso de tamoxifén como profilaxis o el referir a la paciente a un centro clínico de "alto riesgo" para un muy estricto seguimiento.

Se recomienda que si se identifica una mujer portadora, se debe realizar una mamografía cada 2 años entre los 25 y 35 años de edad, basado en la evidencia de que el 90% de los carcinomas diagnosticados en este grupo de pacientes eran visibles en la mamografía.

En el futuro deben ser absueltas preguntas tales como, ¿cuáles mutaciones tienen una penetración mayor?; ¿cómo se pueden diferenciar aquellas mujeres que desarrollan cáncer de las que no lo desarrollan? Está en curso un estudio multicéntrico cuyo objetivo es despejar estas dudas, y cuyos resultados serán de gran importancia para poder responder los interrogantes que existen en el momento.

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



Radioterapia Postoperatoria en mujeres Premenopáusicas de Alto Riesgo, con Cáncer del Seno, que Reciben Quimioterapia Adyuvante

M. OVERGAARD et al: Grupo Cooperativo Danés de Cáncer del Seno. *N Engl J Med* 1997; 337: 949-55.

Se estudiaron 1.708 mujeres con cáncer del seno Estados II y III que se dividieron en dos grupos: a un grupo se le dio quimioterapia CMF, nueve ciclos, y al otro grupo la misma quimioterapia más radioterapia a la pared torácica y a los ganglios linfáticos regionales.

Las pacientes fueron seguidas por un período de 9 años y medio. Al final se evaluó la sobrevida libre de enfermedad, metástasis a distancia y recurrencia local.

Los resultados se resumen así:

	CMF	CMF + Rxt.	
Recurrencia local	32	9	p<0.001
Sobrevida libre de enfermedad	34	48	p<0.001
Sobrevida global	45	54	p<0.001

La conclusión de los autores es que el agregar radioterapia después de mastectomía y quimioterapia mejora la sobrevida y reduce el riesgo de recurrencia en pacientes premenopáusicas de alto riesgo.

También concluye el artículo que estos hallazgos son independientes del tamaño del tumor, del número de ganglios positivos y del grado histológico.

Esta comunicación seguramente tendrá muchos comentarios en los próximos meses. Las cifras son muy concluyentes, pero una de las dudas es que los autores denominan "pacientes de alto riesgo". Si podemos realmente identificar las enfermas en las que el beneficio de la radioterapia adicional es máximo, lograríamos ser más selectivos en la escogencia de las pacientes para irradiar, a fin de evitar la irradiación a todas, en beneficio de un porcentaje de ellas, solamente.

Radioterapia y Quimioterapia Adyuvante en Mujeres Premenopáusicas con Cáncer del Seno y Ganglios Positivos

RAGAZ J et al: *N Engl J Med* 1997; 337: 956-62.

Fueron tratadas 318 pacientes premenopáusicas con cáncer del seno y ganglios positivos, y seguidas por un período de 15 años. Se distribuyeron de manera aleatoria en dos grupos, uno recibió quimioterapia adyuvante y el otro quimioterapia más radioterapia a la pared torácica y los ganglios locorregionales. La quimioterapia consistió en 4 ó 5 ciclos de CMF.

Los resultados se resumen así:

	CMF + Rxt.	
Recurrencias locales	33% de reducción	Riesgo relativo, 0.67 95% de Intervalo de confianza, 0.50-0.90
Mortalidad	29% de reducción	Riesgo relativo, 0.71 95% de Intervalo de confianza, 0.51-0.99

Este artículo al igual que otro sobre el mismo tema aparecido en esta misma revista, concluyen que el beneficio de la radioterapia en la reducción de la recurrencia y la mejora en la sobrevida, son evidentes.

Parece ser que esta evidencia obliga a reconsiderar la tendencia actual de no dar radioterapia después de mastectomía sino en casos seleccionados.

Sin embargo, se irradiaría un número relativamente grande de pacientes donde el beneficio puede no ser el mismo y todavía no tenemos la forma de seleccionar debidamente las pacientes en quienes el provecho de la radioterapia sea máximo.