

CARTA DE D. CARLOS MANUEL ORTIZ MENDOZA CON RELACIÓN A UN ARTÍCULO DE CÁNCER CERVICOUTERINO

Señor Editor:

Recientemente leí el trabajo de L. Rivero-Trejo y sus colaboradores titulado "Frecuencia de proctopatía postradiación en pacientes con cáncer cervicouterino (CaCu)", publicado en el número 3 (Rev Oncol 2003; 5(3):156-61) de la revista, del cual tengo algunas inquietudes.

Llama la atención que en un trabajo en el que se evalúan complicaciones inducidas por la radioterapia ninguno de los autores sea oncólogo radioterapeuta. La clasificación que sobre el CaCu se presenta en el texto es incorrecta.

En el apartado de cirugías previas a la aplicación de radioterapia (tabla 3): ¿a qué tipos de histerectomía y excenteraciones se refieren?, pues ¿es que en el caso de una excenteración total, en donde se extirpa el recto, puede existir proctopatía?

¿Qué tipo de aplicadores y sistema de prescripción de la braquiterapia se usó? y ¿cuántos tiempos de braquiterapia fueron aplicados a las 237 pacientes?

Si 237 pacientes recibieron braquiterapia y se calculó la radiación al punto A, no coincide con que 58 pacientes fueron previamente sometidas a histerectomía y dos a excenteración, pues el total de pacientes con útero intacto fueron 177. Pues ya extirpado el útero, y un tercio de la vagina en las pacientes sometidas a histerectomía radical, no es posible calcular estas dosis.

En el texto incluido en la página 159, columna izquierda, líneas 25 a 26, el punto A se denominó vaginal, y el B uterino, lo cual es erróneo.

¿La técnica de teleterapia utilizada fue de dos o cuatro campos?, ¿fue aplicada con acelerador lineal o bomba de cobalto? ¿A qué se refieren en el texto con dosis extra de radioterapia? y ¿en qué áreas fueron aplicadas?

En el texto se hizo hincapié en que la teleterapia es la causa de la proctopatía. Sin embargo, ¿es que acaso la braquiterapia con su cercanía de las fuentes de radiación al recto no tiene impacto en el daño a este órgano?

Es cierto que el tipo de diseño del estudio efectuado no permite descubrir las verdaderas causas que originan la proctopatía, pues el conjunto de pacientes es heterogéneo, y no hubo un grupo control para comparar. A lo antes señalado hay que indicar que se estudiaron conjuntamente pacientes en etapa clínica temprana (I-B, II-A) y localmente avanzada (II-B a IV-A), lo cual no es apropiado, ya que las dosis de radiación son distintas para ambos grupos.

Para finalizar, es sorprendente que investigadores del Instituto Nacional de Cancerología (InCan) no utilicen información proveniente de este centro oncológico.

co. Si hubiesen buscado con minuciosidad habrían encontrado que en la edición española de *Annals of Oncology* de 1998, volumen 7 suplemento 4, existe un conjunto de trabajos generados en el InCan exclusivamente sobre CaCu, en donde se estudian y analizan aspectos como la proctitis posterior a radioterapia, y en donde además se indica que el 60% de los casos de este cáncer son estadios localmente avanzados.

Carlos Manuel Ortiz Mendoza
Cirujano Oncólogo. Hospital General Tacuba, ISSSTE.
México.
E-mail: cortizmendoza@yahoo.com.mx

FRECUENCIA DE PROCTOPATÍA POSTRADIACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER CÉRVICO-UTERINO (RÉPLICA)

Estimado editor:

En respuesta a la Carta al Editor dirigida por el doctor Carlos Manuel Ortiz Mendoza sobre el artículo del doctor L. Rivero-Trejo et al, publicado en el Vol. 5 Número 3 de abril 2003, titulado "Frecuencia de proctopatía postradiación en pacientes con cáncer cervicouterino" hacemos los siguientes comentarios:

Estamos de acuerdo con que hubiera sido enriquecedor incluir a un radioterapeuta oncólogo en el estudio para el empleo de la terminología sobre la radiación; sin embargo, el objetivo principal de nuestro trabajo fue sólo describir la frecuencia y las características clínicas de las pacientes con proctitis postradiación (PPR) en pacientes con cáncer cérvico-uterino que fueron referidos al servicio de *Endoscopia* del Instituto Nacional de Cancerología. Por lo anterior, consideramos que no era necesario tampoco incluir a un cirujano, oncólogo médico y radioterapeuta.

Al tratarse de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo cuya fuente es el expediente clínico, el alcance de este estudio mediante el tipo de diseño metodológico empleado es sólo informar frecuencias y no asumimos causalidad, pronóstico, respuestas a tratamiento o diagnóstico.

En el expediente clínico se hace referencia literal de las dosis de radiación total, punto A, B, o radiación extra para fines descriptivos. En cuanto a la cirugía: 188 pacientes no fueron operadas y 69 operadas, de éstas a 9 se les realizó laparotomía sin resección, histerectomía en 58 y a 2 más excenteración que hacen el total de 257 pacientes. Por lo que es obvio que se incluyeron sólo pacientes que tenían conservado el recto con cirugía abdominal previa o sin ella. La importancia de la cirugía previa (histerectomía) descrita en la literatura, independientemente del tipo o variante, radica en su asociación a mayor gravedad de la PPR. En nuestro estudio no encontramos dicha relación y