

Cirugía conservadora y radical en estadíos tempranos del cáncer de mama

Conservative and radical surgery in early stages of breast cancer

Dra. Yunexis Nápoles Izquierdo^I; Dr. Wilfredo García Novoa^{II}; Dr. Heriberto Díaz Agüero^{III}; Dra. María Margarita Báez Pupo^{IV}

^I Especialista en I Grado en Ginecosbtetricia. Hospital Materno Provincial "Ana Betancourt de Mora". Camagüey, Cuba

^{II} Especialista en I Grado en Ginecosbtetricia. Profesor Instructor.

^{III} Especialista en I Grado en Ginecosbtetricia. Profesor Auxiliar.

^{IV} Especialista en I Grado en Ginecosbtetricia. Profesor Auxiliar.

RESUMEN

Fundamento: El cáncer de mama es un problema de salud a escala internacional la cual ha aumentado en los últimos años las tasas de morbilidad y mortalidad, se plantea que cada quince minutos fallece una mujer por esta causa. **Objetivo:** Valorar los resultados de la cirugía conservadora y radical en estadíos tempranos del cáncer de mama. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo de casos y controles, la muestra estuvo constituida por treinta pacientes, a las que se le aplicó cirugía conservadora e igual número con cirugía radical en un período de cinco años.

Resultados: La supervivencia para ambos grupos a los cinco años fue de un 100% y el intervalo libre de enfermedad se comportó de forma similar en la cirugía conservadora y en la radical con un 70,5% y un 79,35% respectivamente. La percepción de la imagen corporal así como las relaciones sexuales y de pareja, presentó mayor satisfacción en las conservadoras. La cirugía radical limita en mayor cuantía la actividad física y la esfera laboral que las que preservan la mama.

Conclusiones: Se concluyó que la cirugía conservadora es una opción quirúrgica favorable con similar intervalo libre de enfermedad y supervivencia global a los cinco años con respecto a la cirugía radical y una mejor calidad de vida.

Palabras clave: Mastectomía segmental/ utilización; neoplasmas de la mama

ABSTRACT

Background: Breast cancer is a health problem at international scale which has increased in the last years the morbidity and mortality rates, it is thinks about that every 15 minutes a woman dies for this cause. **Objectives:** To value the results of the conservative and radical surgery in early stages of breast cancer. **Method:** A retrospective of case and control study was carried out, the sample was constituted by 30 patients, to those were applied conservative surgery and the same number with radical surgery in a five year-old period. **Results:** The survival for both groups to the 5 years was of 100% and the interval free of the disease behaved in a similar way in the conservative surgery and in the radical with 70.5% and 79.35% respectively. The perception of the corporal image as well as the sexual intercourses and couple, it presented bigger satisfaction in the conservatives. The radical surgery limits in more quantity the physical activity and the labor sphere that those that preserve their breast. **Conclusions:** We concluded that the conservative surgery is a favorable surgical option with similar interval free of the disease and global survival to the 5 years regarding to the radical surgery and a better quality of life.

Key words: Mastectomy segmental/ utilization; breast neoplasm

INTRODUCCIÓN

La estética, categoría dentro del concepto de lo bello, que según Aristóteles descansa en la armonía, la proporción y la medida queda trunco en la mujer portadora de una mastectomía radical, afectando su esfera espiritual y psicológica, provocando una influencia contraproducente en sus relaciones sociales¹. El cáncer de mama es un problema de salud a escala internacional la cual ha aumentado en los últimos años las tasas de morbilidad y mortalidad, se plantea que cada 15 minutos fallece una mujer por esta causa. Los índices más elevados se registraron en países industrializados de Europa y Norteamérica en comparación con las regiones de bajo riesgo de Asia y África que varía hasta 5 veces. Las tasas más altas de incidencias han sido registradas en Hawai (93.9 X 100.000) y las más bajas en mujeres no hebreas de Israel (14.0 X 100 000).² Se conoce que una de cada 14 ó 16 mujeres podrá presentar cáncer de mama en algún momento de su vida. En Cuba es la afección que ocupa el primer eslabón en incidencia y mortalidad en el sexo femenino. Constituye la primera causa de muerte en el sexo femenino por neoplasia³, cada año se diagnostican alrededor de 1500 casos nuevos.

En el año 2006 la mortalidad se encontró en un 23.6 por 100 000 mujeres⁴, con un total de 1429 nuevos pacientes, razón por la cual se plantea que en Cuba cada 7 días fallecen 30 pacientes por cáncer de mama.⁵ En Camagüey en el año 2006 hubo 92 casos nuevos, se informa que esta

provincia es la de mayor tasa de incidencia del país. Hace 20 años la mayoría de las pacientes con cáncer de mama eran diagnosticadas cuando estos tenían más de 2 cm. En la actualidad el 40% de los casos se diagnostica con tumores más pequeños. Esta es una poderosa razón para el desarrollo de técnicas conservadoras en el tratamiento del cáncer de mama. Se pueden agregar otros argumentos: los conceptos clásicos de Halsted fueron sustituidos en 1955 por Engels; él demostró la diseminación venosa de las células malignas en tumores operables. Donegan en 1969 demostró que el músculo pectoral mayor se deja perforar por linfáticos, a través de los cuales pasan las células malignas, pero que tardíamente infiltran el músculo. Es evidente que la diseminación se produce no sólo a través de los linfáticos, sino también por las venas. Fischer demostró que las células tumorales atravesaban fácilmente los ganglios linfáticos pasando a los vasos sanguíneos.⁶

Además los nuevos conceptos en la biología del cáncer de mama dados por la biología del tumor, plantean que los ganglios linfáticos son barreras biológicas y no mecánicas; un tumor con 1cm puede hacer micrometástasis en un 25%; las primeras micrometástasis aparecen entre la 21 y 33 replicación del virus oncogénico, el cual se hace palpable en la replicación 31, también por la ya mencionada embolización linfática a salto y la invasión hematológica.

Otras razones son los fallos en los tratamientos radicales, demanda frecuente de las mujeres para conservar sus mamas y la consiguiente mejoría en la calidad de vida.⁷ La supervivencia de las enfermas de cáncer de mama a las que se practica tratamiento conservador, es similar a las que se someten a mastectomía en estadios tempranos. Autores cubanos revelan índices semejantes de supervivencia global a los 5 años, con intervalo libre de enfermedad hasta de un 98%.⁸ El tratamiento conservador tiene mejores resultados cosméticos, considerados como buenos o excelentes, hasta más del 82% de las pacientes a las cuales ha sido aplicado. La preservación de la mama es ya el mejor resultado cosmético y tiene un positivo efecto psicológico que incide en su calidad de vida y con un mejor pronóstico para la mujer.⁹ A pesar de los tratamientos actuales continúan elevadas las tasas de incidencia y mortalidad al respecto, de ahí la necesidad que el personal de salud conozca la afección y desempeñe un papel primordial en la identificación oportuna de los factores de riesgo; así como hacer un diagnóstico precoz para aplicar un tratamiento oportuno, encaminado a disminuir la cirugía mutilante que tanto afecta la esfera psicológica en las pacientes. Todo lo anterior ha motivado a realizar esta investigación, para valorar los resultados del tratamiento quirúrgico conservador y radical en estadios tempranos del cáncer de mama, para de esta forma contribuir y garantizar una mejor calidad de vida a las pacientes.

MÉTODO

Se realizó un estudio analítico retrospectivo de casos y controles pareados (1:1), con el objetivo fundamental de valorar los resultados de la cirugía conservadora en relación con la cirugía radical en estadios tempranos del cáncer de mama, en los Hospitales Docentes: Ginecobstétrico Provincial "Ana Betancourt de Mora" y el Oncológico "Maria Curie", de Camagüey, en el período comprendido de enero del 2001 a diciembre del 2005.

La muestra estuvo constituida por todas las pacientes que se le realizó cirugía conservadora (treinta pacientes), en el período de tiempo señalado en ambos hospitales e igual número de pacientes con cirugía radical y se confeccionó dos grupos:

Grupo estudio: toda paciente a la que se le aplicó técnica quirúrgica conservadora.

Grupo control: quedó conformado por una paciente que se le aplicó cirugía radical por cada cirugía conservadora, en estadios I y II que se encontrara en el mismo rango de edad del grupo estudio.

La fuente de obtención de los datos fue a través del Libro de Registro de los salones de operaciones de los dos hospitales. Luego se diseñó un formulario que se convirtió en el registro primario de esta investigación, el mismo permitió obtener los datos de las historias clínicas de las pacientes seleccionadas por medio de una encuesta diseñada al efecto y elaborada según la bibliografía revisada y a criterio del autor, tutor y asesor del trabajo, llenada por el autor. Además se le aplicó a la muestra una encuesta psicológica que aparece en los anexos, la cual tiene un total de 11 ítems, todos orientados a explorar la percepción de las pacientes con relación a los objetivos formulados.

La misma fue respondida de manera individual por cada paciente, siempre apelando a la sinceridad de las encuestadas. El estudio incluyó diferentes variables que se exponen a continuación.

Variable dependiente: Valorar la cirugía conservadora en relación con la cirugía radical.

Variables independientes: Supervivencia, Intervalo libre de enfermedad, Tipo de tratamiento adyuvante, Percepción de su imagen corporal, Percepción de la relación de pareja, Percepción de las relaciones sexuales, Esfera laboral, Percepción de la capacidad física.

Criterios de Inclusión:

- Toda paciente que se le realizó cirugía conservadora en los estadios I y II.
- Pacientes a la que se le aplicó cirugía radical, seguida de una paciente a la que se le aplicó (lo más próximo posible) una cirugía conservadora con el mismo rango de edad y con igual estadio clínico (I y II).

Criterios de exclusión:

- Pacientes en estadio III y IV.
- Pacientes con cirugía radical que no cumplan con el rango de edad o mismo estadio clínico (I y II).
- Si la paciente a parrear no cumple con las características señaladas siempre se tomó la siguiente.

El procesamiento y análisis de la información se realizó por computación, con una computadora IBM compatible. Se utilizó el paquete estadístico MICROSTAT y métodos de estadísticas descriptivas e inferencial determinándose por ciento, probabilidad según Chi-cuadrado con valor de significación del 0.5%. Para el cálculo de supervivencia e intervalo libre de enfermedad se aplicó el método de Kaplan-Meir, el Test de Wilconson y de Mantel-Haenzel. Las variables psicológicas se evaluaron de forma cualitativa a partir de la frecuencia de aparición de las respuestas de las pacientes. Los resultados se expresaron en tablas de frecuencia y contingencia, textos y gráficos según los objetivos trazados. Se tuvo en cuenta la ética profesional donde todas las pacientes afirmaron estar de acuerdo con proceder a la investigación con previo consentimiento informado.

RESULTADOS

Se muestra la distribución por edades de 2 grupos, constituidos por pacientes a quienes les fue aplicada la cirugía con carácter conservador y radical en estadíos I y II del cáncer de mama. La mayor incidencia de la enfermedad se refleja en el grupo comprendido entre 40 y 49 años, con un total de 28 pacientes, lo que representa el 46,6%, tanto en la radical como en la conservadora. Le sigue el grupo entre 30-39 años para un total de 17 pacientes, con un 28.3%, en ambos grupos. La incidencia en pacientes menores de 30 años es poco significativa ya que hubo una paciente para un 1.6%.

Se comparó la supervivencia global e intervalo libre de la enfermedad en los dos grupos, se tuvo en cuenta para el estudio un lustro (5 años). En este período de tiempo se encontró una supervivencia global de un 100% anual hasta los 5 años, tanto para las pacientes con cirugía conservadora como para las radicales ($p > 0.05$). Con un intervalo libre de enfermedad para 3 años de un 100% en las conservadoras y 95.24% para las radicales. A los 4 años un 84.62% y 79.37% y en 5 años un 70.51% y 79.35% respectivamente. Se comprobó que no existen diferencias estadísticas significativas a partir de los datos aportados, con la aplicación del test de Wilcoxon (resultado 0.42 y probabilidad de 0.5170) así como el test de Mantel-Haenzel (resultado 0.01 y probabilidad 0.9394).

El tratamiento adyuvante se comportó de la siguiente manera: el 100% de las pacientes que forma parte de la muestra está bajo tratamiento con tamoxifeno. La radioterapia se le aplicó al 100% de las conservadoras y a un 76.6% en la radicales. La quimioterapia se le administró al 26.6% en el primer grupo incluyendo en el tratamiento las pacientes que hicieron recidiva y de la misma manera el 23.3% en el segundo grupo.

El plano psicológico ha sido cuidadosamente atendido en esta investigación, por constituir un elemento imprescindible en la calidad de vida de la mujer. Se analizó la percepción de las pacientes con relación a su imagen corporal post-operatoria. El 80% de las operadas por cirugía conservadora estuvo conforme con su imagen corporal y no se comportó de igual manera en las de

cirugía radical, por la razón que un 23.3% muestran su conformidad y un 73.3% su inconformidad ($p:<0.05$). ([Gráfico # 1](#))

El análisis de cómo las pacientes perciben su relación de pareja, arrojó que el 60% con cirugía conservadora aprecian que sus relaciones de pareja son buenas y sólo el 43.3% de las de cirugía radical coinciden con este criterio. Es llamativo que el 20% de las operadas de mastectomía radical se mantienen sin pareja, no así en el grupo estudio ($p:<0.05$). ([Gráfico # 2](#))

Al interpretar lo referido por las pacientes con respecto a la afectación de sus relaciones sexuales, se pudo apreciar que en la cirugía radical el 16.7% no le ha afectado, a diferencia del 60% de las mismas que plantea algo de afectación y el 20% considera que las ha afectado mucho. Los resultados en las conservadoras se tornan diferentes, el 73.3% no se ha visto afectada, el 16.7% en algo ha afectado su relación y el 3.3% se han visto muy afectadas ($p:<0.05$). ([Gráfico # 3](#))

Fue explorado además la esfera laboral de las pacientes luego de aplicada la cirugía y se constató que el 63.3% de las conservadoras mantienen su puesto de trabajo y en la radical el 40%; se reflejó la necesidad de cambio de puesto de trabajo del 16.7% en la cirugía radical y un 3.3% en el grupo de la cirugía conservadora, hubo un aumento de un 23.3% de peritajes en las radicales y un 6.7% en las pacientes que conservan la mama ($p:<0.05$). ([Gráfico # 4](#))

Se valoró la percepción de las pacientes sobre el efecto de la disminución de su capacidad física. Los resultados muestran que el 60% de las radicales han visto limitada en algo su capacidad física, el 30% refieren que ha sido una seria limitante y el 10% reflejan que para ellas no ha sido una limitante. En las conservadoras el 70.7% no han visto la cirugía como una limitante para su desempeño, el 26.7% declara que la ha limitado en algo, y el 3.3% considera que ha sido una seria limitante ($p:<0.05$). ([Gráfico # 5](#))

DISCUSIÓN

Se conoce que el cáncer de mama afecta con mayor frecuencia a mujeres por encima de 40 años.³ La incidencia de esta patología aumenta con la edad, es infrecuente antes de los 25 años, una de cada 232 mujeres padecen de la enfermedad en el cuarto decenio de la vida y una de cada 29 en el séptimo decenio. La edad no debe constituir un factor determinante en la selección del tratamiento preservador del seno contra la mastectomía. Un informe indicó que el tratamiento conservador asociado a radiaciones en mujeres de 65 años y más produce tasas de supervivencia y ausencia de recurrencia similares a las menores de 65 años.¹⁰

En este trabajo se demostró que el intervalo libre de enfermedad y la supervivencia global en ambos grupo se comportó de manera similar. Esto queda ratificado por el Dr. Mora Díaz cuando plantea que es posible conseguir resultados equivalentes a la mastectomía radical mediante el empleo de técnicas mucho menos mutilante, como la cuadrantectomía con disección radical de los ganglios axilares.¹¹ Galenos cubanos han encontrado intervalo libre de enfermedad a los 5 años de un 83.9% para estadíos I y un 79.5% para estadíos II, con una supervivencia global en igual período de tiempo de 98%⁸. En un estudio en Ciudad de la Habana, se comportó con un 89.2% para estadíos I y un 71% para el II, y una supervivencia por encima del 90%.¹²

Según reportes del Instituto Nacional de Oncología, el intervalo libre de enfermedad se comporta con un 85% y un 71% para los estadíos I y II respectivamente.¹³ La supervivencia global en este estudio superó las expectativas con un 100% anual hasta los 5 años en ambas técnicas quirúrgicas, los resultados encontrados son comparables por centros prestigiosos a nivel mundial.

14

La cirugía conservadora, asociada a tratamientos complementarios (radiaciones, quimioterapia y la hormonoterapia) en estadíos tempranos, es una buena opción terapéutica, con resultados de supervivencia e intervalo libre de enfermedad aceptables y con una mejor calidad de vida.⁸ La presencia de ganglios metastásicos axilares, es un importante factor pronóstico; en un alto porcentaje de las pacientes es lo que decide el tratamiento posterior a la cirugía desde el punto de vista de quimioterapia. En este trabajo las pacientes que presentaron recidivas, tanto en las conservadoras como en las radicales, se les aplicó tratamiento con quimioterapia. La radioterapia debe ser un componente obligatorio en la cirugía conservadora. No se ha notificado ningún estudio en el cual la radioterapia no aporte beneficios.¹⁵ La administración del tamoxifeno luego del tratamiento quirúrgico ofrece ventajas, pues reduce la recurrencia y mortalidad y brinda una disminución hasta de un 50% en la incidencia del cáncer contralateral de la mama, su eficacia se confirma tanto en mujeres premenopáusicas como en las mayores de 50 años, también se asocia a menores niveles de lipoproteínas totales de baja densidad y una reducción de las afecciones cardíacas.¹⁶

El término conservación no significa extirpar de forma incompleta el tumor, este tratamiento es radical desde el punto de vista oncológico.⁸ La cirugía conservadora garantiza una mínima mutilación por lo que mantiene una estética adecuada con una mejor percepción de su imagen corporal. El cáncer mamario no es aceptado por la población femenina ya que durante mucho tiempo se consideró como mutilante en la estética y la belleza, hoy día su detección precoz admite nuevas técnicas quirúrgicas que preservan la glándula mamaria y no son un freno en la sociedad moderna.¹⁷ Esto resalta los resultados obtenidos con este trabajo: cuando se compara la imagen corporal muestran más conformidad desde el punto de vista estético las pacientes con cirugía conservadora.

La literatura revisada refleja la existencia de 4 factores que condicionan una respuesta anímica desfavorable a la acción quirúrgica: la depresión, el temor a la mastectomía, un clima pobre en las relaciones sexuales y la perspectiva de adaptación a nueva relación de pareja.¹⁷ Cuando la paciente atribuye un valor alto a los factores estéticos para la conservación de una relación, o el inicio de una nueva pareja, el post-operatorio en los casos de cirugía radicales se hace muy difícil en términos de adaptación.¹⁸ El sentimiento de estigmatización es especialmente fuerte cuando las pacientes creen que las consecuencias de la enfermedad o su tratamiento son visibles, puesto que incrementa el temor a las reacciones negativas de otras personas.¹⁹ Lo expresado anteriormente puede explicar cómo 6 pacientes con cirugía radical se encuentran sin pareja y en las conservadoras solo una.

Una mujer tratada de cáncer de mama y que conserva ambas mamas, tiene mejores resultados psicológicos.¹² Estudios comparativos de tratamiento radical y conservador demuestran que aquellos con tratamiento conservador tienen como ventaja una mejor imagen corporal y menores problemas sexuales, lo cual coincide con estos resultados.

La deficiencia funcional y el desfiguramiento por el cáncer es una grave amenaza a la sensación de integridad física del individuo, esto causa problemas en el desempeño de roles sociales, por ejemplo, el laboral, con un amplio efecto sobre el bienestar del individuo.²⁰ Lo antes planteado fundamenta el incremento de la necesidad de cambio de puesto de trabajo y mayor número de peritajes médicos en las pacientes con cirugía radical.

En un estudio de calidad de vida, el 60% de las pacientes sienten que la enfermedad ha tenido algún efecto sobre su capacidad de desenvolvimiento habitual. Hallazgo semejante se constata en las pacientes con cirugía radical en este estudio. Fuentes bibliográficas recogen el dato que las pacientes sometidas a cirugía conservadora experimentan mayor duda de su resultado final.⁹ Con una máxima información a estas pacientes y un seguimiento médico adecuado, garantiza en casos de recidiva local, cirugía de rescate con intención curativa.²¹

CONCLUSIONES

El intervalo libre de enfermedad en ambos grupos se comportó de manera semejante. No se reportaron fallecidas en el estudio.

Se logran resultados satisfactorios al combinar el tratamiento quirúrgico con tamoxifeno y radioterapia en estadíos tempranos.

La percepción de las pacientes con relación a su imagen corporal, sus relaciones sexuales y de pareja es mejor en las cirugías conservadoras con respecto a la radical.

La cirugía radical limita en mayor cuantía la actividad física y laboral de las pacientes al compararse con la cirugía conservadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006; p. 354-6.
2. Martínez CV. Comportamiento del cáncer de mama en el período climatérico. Rev. Cubana Obst. Ginecol. 2006; 32 (3): 23-6.
3. Álvarez SR, Díaz AG, Salas M I, Lemus LE, Batista M R. Temas de Medicina General Integral. T.II. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 786-8.
4. Rigol RO, Cutie LE, Santiesteban A S, Cabezas CE. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p.354.
5. Registro Estadístico Provincial de Cáncer de Mama. Provincia Camagüey; 2006.
6. Fisher B, Anderson S, Redwind CK. Reanalysis and results after 2 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. N Engl J Med 1995; 333 (22): 1456-61.
7. Martínez BC, Guerra I, Beristan E, Gorastiaga J. Chequeo de mutaciones en el gen BRCA1, en mujeres con cáncer de mama familiar y esporádico precoz. Gac Med Bilbao 2006; 103 (1): 9-12.
8. Moreno L, Pérez BI, Sánchez VI, Rodríguez DR. Cirugía Conservadora más radioterapia en el cáncer de mama. Rev Cubana de Oncol 1998; 14(3): 143-8.
9. Coperland B. La mama: Manejo de las enfermedades benignas y malignas. 3ra ed. Vol. II. Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 184-95.
10. Erazo V A. Tratamiento primario para el cáncer de mama temprano. Rev Esp Med Quir 2004; 9 (3): 21-8.
11. Mora DI, Sánchez Rt E. Estado actual de las pacientes con cáncer de mama en estadio I y II. Rev Cubana Obstet Ginecol 2004; 30 (1).
12. Benítez VJ. Tratamiento conservador del cáncer de mama. Trabajo de Terminación de Residencia. Ciudad de la Habana; 2000.
13. Barroso AC, Rodríguez BO, Alsina SS. Desarrollo de la oncología médica en el Instituto Nacional de Oncología. Ciudad de la Habana; 2003.
14. Over M B. Combination chemotherapy for metastatic breast cancer: reaching for the cure. Clin Oncol. 2003; 21 (4): 580-2.
15. Fisher B, Anderson S, Tan -Chiu E. Tamoxifen and chemotherapy for axillary node - negative, estrogen receptor- negative breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-23. J Clin Oncol 2002; 19 (4): 931-43.
16. Carballo MA, Urbani S. Experiencia de la unidad de psiconcología del servicio radioterapia y medicina nuclear. Rev Venez Oncol 2007; 19 (2): 162-5.

17. Carballo MA, Urbani S. Experiencia de la unidad de psiconcología del servicio radioterapia y medicina nuclear. Rev Venez Oncol 2007; 19 (2): 162-5.
18. Alfonso BP, Antequera R, Aires M. Percepción subjetiva del cáncer. Vol. I. Portugal: Editorial Climepsi; 2002. p. 605-37.
19. Suárez CI, Rueda LC. Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con mastectomía. Med UNAB 2007; 10(1): 24-7.
20. Lara TH, Vindarger VB, Bernal BM. Depresión y miedo a la muerte por cáncer de mama. Neurol Neurcir Psiquiat 2003; 36(2): 54-5.
21. Middelton J. Psiconcología en el siglo XXI. Rev. Actualidad Psicológica 2002; 57(2): 98-9.

Recibido: 21 de agosto de 2008

Aprobado: 28 de enero de 2009

Dra. Yunexis Nápoles Izquierdo