



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-064 - AMPLIACIÓN DE MÁRGENES TRAS CIRUGÍA CONSERVADORA ¿DEBEMOS ARRIESGARNOS A DEJAR TUMOR?

Vidal Herrador, Beatriz; Calvache González, Ana Isabel; González Vinagre, Salustiano; Abella Otero, Finta; Montenegro Romero, Ricardo; Medina López, Inma; Prada López, Borja; Fernández Fernández, Estefanía

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Objetivos: Conocer si la reintervención para ampliación de márgenes resulta beneficiosa para nuestras pacientes comparando las indicaciones previas con las recomendaciones actuales de la American Society of Breast Surgeons y NCCN y teniendo en cuenta nomogramas que definen factores de riesgo para márgenes positivos.

Métodos: Revisamos la historia clínica de las pacientes reintervenidas entre 2012 y 2016 (seguimiento mínimo 56 meses) tras una cirugía conservadora de cáncer de mama sin neoadyuvancia y seguida de radioterapia y tratamiento sistémico en el posoperatorio. Fueron 27 pacientes con márgenes próximos en la primera intervención (en la pieza principal o en las ampliaciones selectivas del borde de la cavidad). En ese momento el criterio para ampliación era tumor infiltrante en contacto con la tinta o intraductal a menos de 0,5 cm del borde. Comparamos los resultados con las recomendaciones actuales (solo ampliar los infiltrantes o su componente intraductal si están tocados por la tinta y en los intraductales puros si el margen es menor a 0,1 cm) y comprobamos su evolución a recidiva local o recaída metastásica. Recogimos también los marcadores radiológicos y biológicos que pueden favorecer la aparición de margen afecto.

Resultados: En la primera intervención se hizo análisis intraoperatorio de los márgenes y en 17 (63%) pacientes se realizó una ampliación selectiva de los bordes de la cavidad de resección del tumor. La reintervención se hizo en una media de 23,7 (12-50) días desde la operación inicial. De las 27 pacientes reintervenidas, se encontró algún foco tumoral en las ampliaciones de 18 (66,6%) pacientes y no quedaba tumor residual en 9 (33,3%). En 16 (59%) pacientes no realizaríamos la ampliación según el consenso actual: en 10 de ellas se detectó algún foco, que no se hubiera extirpado si hubiésemos seguido esas recomendaciones. En 4 de estos casos había focos de tumor infiltrante, en el resto solo intraductal; en las 6 pacientes restantes, en las que no se recomendaría ampliación actualmente, no se demostró foco residual. Hubo más de una reintervención en 9 (33%) pacientes porque los nuevos focos no tenían márgenes suficientes. Acabaron en mastectomía 12 (44%) pacientes. De las pacientes mastectomizadas, en 5 (41,7%) no se encontró tumor residual. Hasta el momento no se detectó ninguna recidiva local ni progresión metastásica.

Conclusiones: Seguir los criterios de la American Society of Breast Surgeons y NCCN supone admitir que puede quedar tumor residual en el 37% de las pacientes que antes ampliábamos aunque

el tratamiento de radioterapia y sistémico posoperatorio podría ser suficiente para no aumentar la probabilidad de recurrencia. No seguir esas recomendaciones puede suponer realizar una agresión quirúrgica innecesaria en un 22% adicional de nuestras pacientes que ni siquiera van a tener tumor residual en las ampliaciones. Factores como la biología del tumor, la multifocalidad, la densidad de la mama y la longitud del borde tumoral más próximo pueden ayudarnos a individualizar casos y justificar ampliaciones fuera de estos criterios de consenso.