



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

OR-160 - MANEJO AXILAR EN EL CARCINOMA DUCTAL *IN SITU* DE MAMA

Palomares, Sara; Buch, Elvira; Adrianzén, Marcos; López, Vicente; Muñoz, Ernesto; García, Francisco; Ortega, Joaquín

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Objetivos: Tras la realización de un estudio retrospectivo, descriptivo y multicéntrico de pacientes intervenidas por carcinoma ductal *in situ* (CDIS) de mama entre los años 2008 y 2018, se decidió realizar la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) únicamente en aquellas pacientes que fueran a ser intervenidas mediante mastectomía, ya que esta técnica altera la anatomía tras la intervención imposibilita la realización de la BSGC en caso de necesidad. El objetivo de este trabajo es valorar el nuevo protocolo de realización de la BSGC en las pacientes diagnosticadas con CDIS.

Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo, unicéntrico de pacientes intervenidas con diagnóstico histológico de CDIS desde enero de 2018 hasta diciembre de 2021.

Resultados: 143 pacientes fueron diagnosticadas e intervenidas por CDIS entre enero de 2018 y diciembre de 2021. El 30,6% de los casos fueron diagnosticadas mediante biopsia asistida por vacío (BAV) siendo las microcalcificaciones la lesión más frecuentemente encontrada (93%). El 69,3% de las mismas provenían del programa de cribado de cáncer de mama. Solo en el 21% de las mismas se solicitó la resonancia magnética (RM) como prueba complementaria al diagnóstico. En el 75,5% de los casos (n = 108) se realizó cirugía conservadora. El 24,5% restante (n = 35) fue intervenido mediante mastectomía, y en el 60% de ellas se llevó a cabo una reconstrucción inmediata. En el 75% de las pacientes se realizó una mastectomía ahorradora de piel y complejo areola pezón. La BSGC para el estadiaje axilar se realizó únicamente en el 33,9% de las pacientes (n = 41), coincidiendo en el 85% (n = 35) con la realización de mastectomía. Del total de ganglios analizados, únicamente el 9,3% resultó ser positivo (n = 4), ocurriendo en 3 pacientes con mastectomía. La afectación axilar fue de macrometástasis en dos casos donde no se pudo llevar a cabo la reconstrucción inmediata. El 60,6% de las pacientes pudieron ser dadas de alta dentro del programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA). El 16% de las pacientes necesitaron una segunda intervención: 10 pacientes por márgenes quirúrgicos afectados de CDIS y 9 pacientes para la realización de la BSGC por diagnóstico de carcinoma infiltrante tras el estudio histopatológico definitivo y 4 pacientes precisaron reintervención por ambos motivos.

Conclusiones: La técnica de BSGC no está exenta de complicaciones y por tanto no ha de realizarse de forma generalizada. Está indicada en pacientes intervenidas mediante mastectomía². En nuestro estudio, no fue necesario realizar la BSGC en el 66% de pacientes sin afectar al pronóstico de su

enfermedad y evitando la comorbilidad asociada. La tasa de reintervención por márgenes afectos podría ser inferior con la implantación de la RM al diagnóstico, ya que aportaría mayor precisión sobre las características del tumor.