



O-082 - APLICACIÓN DE SELLANTES DE FIBRINA PARA LA PREVENCIÓN DEL SEROMA TRAS LINFADENECTOMÍA AXILAR EN CIRUGÍA DE CÁNCER DE MAMA. ESTUDIO PROSPECTIVO Y ALEATORIZADO

Mayol Oltra, Araceli¹; Calvete Chornet, Julio²; Caballero Garate, Antonio²; Martín Arevalo, José²; Ledezma Peredo, Nancy²; Soria Estrems, Jetzabel²; Martínez Agulló, Ángel²

¹Hospital Provincial de Castellón, Castellón. ²Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Objetivos: El seroma es una complicación frecuente tras cirugía del cáncer de mama y en particular tras la linfadenectomía axilar de los niveles I y II de Berg, con una incidencia variable, entre un 3% a un 85%. Su causa es un ultrafiltrado de líquido extracelular procedente de los vasos linfáticos aferentes seccionados durante la cirugía y para su prevención se preconiza la aplicación de sellantes de fibrina. Los objetivos de nuestro estudio son 1. Analizar la posible utilidad de sellantes de fibrina para evitar la aparición de seromas axilares postoperatorios tras linfadenectomía axilar. 2. Estudiar factores relacionados con su aparición y comparar la incidencia de seromas tras linfadenectomía axilar en tres grupos de pacientes.

Métodos: Entre 2012-2014 se realizó estudio prospectivo aleatorizado con un tamaño muestral estimado de 111 pacientes, en tres grupos de 37 casos. Se incluyeron pacientes intervenidas quirúrgicamente por carcinoma de mama subsidiarias de linfadenectomía niveles I y II de Berg por adenopatías axilares metastásicas preoperatoriamente o macrometástasis tras biopsia de ganglio centinela. Se establecieron 3 grupos: grupo A: se aplicó 1 esponja de Tachosil® en el hueco axilar tras la linfadenectomía, grupo B: se administró 2 ml pulverizados de Tissucol® y grupo C o control sin sellantes. La linfadenectomía se realizó por incisión separada de la cirugía mamaria y se dejó en el hueco axilar un drenaje aspirativo cerrado tipo Blake durante 14 días. En cada grupo se valoraron la edad, peso, talla, el índice de masa corporal, T y N del tumor, tipo anatomopatológico e inmunohistoquímico de cáncer de mama, tipo de intervención (tumorectomía o mastectomía), número de ganglios axilares resecaos, número de adenopatías infiltradas, y la administración de quimioterapia preoperatoria. Tras la cirugía se valoró el débito diario y total del drenaje, la presencia seroma axilar tras retirada del mismo, aparición de complicaciones infecciosas y número de punciones evacuadoras de seromas, con seguimiento hasta 30 días postretirada del drenaje. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS (pruebas no paramétricas y anova para comparación intergrupos).

Resultados: En los grupos A, B y C el volumen total recogido fue de 1.182 ml, 856 y 1.018 ml y se detectaron 7, 9 y 5 seromas respectivamente (NS) que necesitaron un media de 3 punciones para su resolución. No se evidenciaron diferencias significativas intergrupos. El seroma axilar tampoco se

relacionó con el índice de masa corporal, tipo histológico o inmunohistoquímico, número de ganglios axilares resecaos, número de adenopatías infiltradas o quimioterapia preoperatoria. Como valores pronósticos para el desarrollo de seroma axilar, solo la edad (mayor de 56 años) y el débito al 6º día postquirúrgico (mayor de 70 ml) fueron factores significativos.

Comentarios: La aplicación de sellantes de fibrina tanto en esponja como en pulverización no presentan una ventaja significativa en la prevención del seroma tras linfadenectomía axilar por cáncer de mama. La edad > 56 años y el débito del drenaje > 70 ml al 6º día tras la cirugía fueron factores pronósticos para el desarrollo de seroma axilar postoperatorio.