



P-503 - SISTEMATIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PEROPERATORIA PRACTICADA POR CIRUJANOS EN LA CIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA

Quevedo Cruz, David; Aguilar Jiménez, José; Nieto Sánchez, Marta; Guerrero Antolín, Pablo; Castro Andrés, Beatriz; Martínez Chicote, Cristina; Ripoll Orts, Francisco

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Se ha propuesto utilizar la ecografía intraoperatoria (en realidad *peroperatoria*: antes, durante y después de la resección) para poder ajustar el volumen resecado al volumen tumoral en la cirugía conservadora del cáncer de mama (CC), sin embargo no existen en la literatura descripciones de un método sistematizado de la misma que permitan su práctica homogénea y reproducible.

Objetivos: Proponer una sistematización de la ecografía peroperatoria para guiar la exéresis en la cirugía conservadora del cáncer de mama.

Métodos: En el contexto de un estudio de cohorte prospectivo no aleatorizado con brazo control de cohorte oportunista para la evaluación de la utilidad de la ecografía peroperatoria en CC hemos sistematizado esta mediante un protocolo construido a partir del estudio de la literatura revisada y de aportaciones del equipo investigador que consta de: ecografía preoperatoria: (a) en la "consulta de evaluación preoperatoria" se realiza por el cirujano tomando como referencia las imágenes del estudio radiológico; se realiza la identificación de la lesión, localización, se miden distancia a piel y pectoral, diámetros (3) y se calcula el volumen de resección mediante una fórmula al efecto y (b) en inmediato preoperatorio: con la paciente en posición quirúrgica, se señala en piel el punto perpendicular a la lesión y el patrón de resección. No se sistematiza la ecografía intraoperatoria. Ecografía de la pieza quirúrgica: inmediatamente tras la exéresis, se referencia la pieza quirúrgica en los extremos craneal, caudal, medial y lateral mediante suturas, lo que permite fijar y orientar la pieza en una batea rellena con suero fisiológico (para evitar la compresión directa de los márgenes por la sonda, lo que podría alterar su medida). Se realiza la medición de la distancia de la lesión a los márgenes superior, inferior, medial, lateral, posterior y anterior y se toman las medidas longitudinal, transversal y AP de la pieza quirúrgica. Finalmente, tras extraer la pieza de la batea se sumerge en un matraz para medir el volumen de la misma y se pesa en una balanza, registrando estos datos en el protocolo.

Resultados: Hemos sistematizado una forma sencilla, rápida y reproducible esta práctica con el objetivo de poder estimar (y, eventualmente, comparar entre grupos distintos) el valor añadido de la ecografía para (1) orientar adecuadamente la resección independientemente del acceso escogido (2) estimar el volumen a resecar en función del volumen tumoral y comparar con el finalmente resecado

(3) estimar la adecuación de los márgenes tras la exéresis tumoral.

Conclusiones: Aunque existen múltiples trabajos que sugieren la mejora en los resultados de la cirugía conservadora del cáncer de mama con la ecografía intraoperatoria, no se ha sugerido una sistemática para la práctica de la misma en este contexto. Considerando que la práctica de la ecografía es “operador-dependiente” (y aún más si es practicada por clínicos no radiólogos) este protocolo permite sistematizar su aplicación de forma reproducible por cualquier cirujano.