



Cartas al Director

Ecografía intraoperatoria: ¿método de elección en la detección de lesiones de la mama?



Intraoperative ultrasound: Is it the method of choice for the detection of breast lesions?

Hemos leído con interés la publicación de Medina Fernández et al.¹ sobre los márgenes de resección en la cirugía conservadora del cáncer de mama. Realizan una sinopsis sobre el problema que plantea la cirugía conservadora de mama y la presencia de entre un 20 y un 40% de márgenes positivos en las piezas extirpadas, constatando que el objetivo debe ser conseguir márgenes de resección libres y ausencia de tumor residual. Se trata de una «exigente cirugía conservadora del cáncer de mama» según los autores con la que no podemos estar más de acuerdo.

Realizan un análisis de la literatura sobre factores predictivos de márgenes positivos en la pieza de resección. Comentan un trabajo experimental, resaltando el impacto de la formolización de la pieza quirúrgica que podría alterar la medición de los márgenes tumorales. Por último, analizan los diversos métodos de localización tumoral intraoperatoria. El arpón, la localización de lesiones ocultas radioguiadas (ROLL) y la ecografía intraoperatoria (EIO) son los 3 pilares básicos actualmente con amplios estudios contrastados. También mencionan otros métodos como la criosonda y las sondas manuales de detección de positrones, ambas impensables en nuestro centro por motivos económicos. Los resultados de la EIO y del ROLL y arpón son similares, aunque EIO y ROLL parecen superiores en cuanto a comodidad, tasa de márgenes positivos y reintervenciones¹.

En nuestro hospital hemos incorporado la EIO desde hace 18 meses por su disponibilidad, fácil manejo y fiabilidad a manos del cirujano dedicado a la mama, contando con la colaboración del radiólogo de la Unidad de Mama, además de que no es invasiva. El cirujano realiza también la ecografía de la pieza ex vivo antes de ser enviada para estudio eco- y mamográfico por el radiólogo. La técnica del arpón que utilizábamos antes ha quedado relegada a las lesiones no visibles por ecografía, así como a la presencia de microcalcificaciones por carcinoma ductal in situ no calcificado o carcinoma invasivo multifocal. La cirugía guiada por ecografía

puede reducir de forma significativa la proporción de márgenes afectos disminuyendo la necesidad de reescisión².

La técnica ROLL supone un desplazamiento de nuestras pacientes a un hospital con Medicina Nuclear el día antes o el mismo día de la intervención, con el consiguiente incremento de gastos e implicación de un mayor número de especialistas³.

Recientemente hemos publicado nuestros datos con EIO en lesiones no palpables y, aunque la serie es todavía pequeña, se ha obtenido un porcentaje de reintervenciones del 15,4% de lesiones malignas⁴.

La ecografía de mama comienza en la consulta de mama y acaba como EIO por el cirujano de mama. En hospitales pequeños como el nuestro, carente de la «última» tecnología, debemos seguir ofreciendo las opciones diagnóstico-terapéuticas avaladas por la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina Fernández FJ, Ayllón Terán MD, Lombardo MS, Rioja Torres P, Bascuñana Estudillo G, Rufián Peña S. Los márgenes de resección en la cirugía conservadora del cáncer de mama. *Cir Esp.* 2013;91:404-12.
2. Krekel NM, Haloua MH, Lopes Cardozo AM, de Wit RH, Bosch AM, de Widt-Levert LM, et al. Intraoperative ultrasound guidance for palpable breast cancer excision (COBALT trial): A multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2013;14:48-54.
3. Ripoll Orts F, Morera Ocon F, Olagüe de Ros R, Bernal Sprekelsen JC. Técnica del ganglio centinela en la cirugía del cáncer de mama en un hospital sin servicio de medicina nuclear. *Cir Esp.* 2007;82:312-3.
4. López García J, Escudero de Fez MD, González-Moncayo S, Bernal Sprekelsen JC. Ventajas de la ecografía intraoperatoria en el manejo quirúrgico de las lesiones no palpables de la mama. *Rev Senol Patol Mamar.* 2013;26:115-6.

Juan Carlos Bernal Sprekelsen^{a*}, José López García^b,
Marcos Agramunt Lerma^a y María Dolores Escudero de Fez^b

^aServicio de Cirugía General, Hospital General de Requena, Requena, Valencia, España

^bServicio de Radiología, Hospital General de Requena, Requena, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcbernal@comv.es (J.C. Bernal Sprekelsen).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.12.012>

Colecistectomía por incisión única. *Glove port* Single port cholecystectomy. *Glove port*



Leemos con interés el artículo del Dr. Noguera sobre la colecistectomía de única incisión¹. Coincidimos en algunas de sus apreciaciones pero discrepamos en lo relacionado con el *glove-port*.

Frente al supuesto beneficio, el cosmético (que a medio y largo plazo también comienza a ponerse en duda)²⁻⁵, los pocos estudios sistemáticos realizados sobre gran número de intervenciones y hospitales han demostrado que la colecistectomía por puerto único conlleva duplicar las lesiones de la vía biliar, el aumento de eventraciones⁶⁻⁸ y del gasto hospitalario. En el estudio americano sobre un total de 193.000 colecistectomías en 428 hospitales, el coste de las realizadas por puerto único resultó de 964 dólares por procedimiento superior a la colecistectomía laparoscópica convencional⁹. El *glove-port* surge con la idea de minimizar uno de dichos inconvenientes: su elevado coste añadido frente a la laparoscopia convencional.

A raíz de la estancia de un miembro de nuestro equipo en el Servicio de Cirugía del Dr. Mortensen del John Ratcliffe Hospital de Oxford, donde acumulan gran experiencia en la utilización de este dispositivo, hemos tenido ocasión de aprender su manejo y de probarlo en nuestra Unidad, comprobando que permite colocar todo tipo de trocares, utilizar instrumental recto o curvo, ópticas de cualquier diámetro y las mismas o mejores angulaciones y maniobrabilidad que los dispositivos promovidos por la industria. No compartimos sus afirmaciones de que su utilización suponga «una inadecuada selección de pacientes y una deficiente autocrítica», «mayor preocupación del caso individual que por el progreso de la técnica» o que se asocie al concepto del «todo vale», apreciaciones que nos parecen, cuando menos, gratuitas y faltas de rigor. Son ya numerosos los grupos, incluyendo el del propio Mortensen en Oxford, el de Asakuma en la Universidad de Osaka y otros¹⁰⁻¹⁶ que han publicado buenos resultados con la utilización del *glove-port* en diversos tipos de intervenciones, y nuestra experiencia inicial (que incluye colecistectomías, apendicectomías y una segmentectomía hepática II-III) apoya dichos resultados. Por todo ello, creemos que al menos debe considerarse una alternativa válida para ser evaluada en el futuro, especialmente en el momento actual, en el que cada vez vamos a tener que preocuparnos más de la eficiencia de nuestras intervenciones, en la cual, por supuesto, se incluye el coste. Tal vez el gran inconveniente del

glove-port sea ese: su escaso precio, lo que hace que ni las firmas que comercializan otros dispositivos mucho más caros ni los cirujanos que las asesoran, fuertemente patrocinados por ellas, se muestren interesados en su evaluación y difusión, pero creemos que ese tipo de críticas faltas de rigor deberían evitarse para no desacreditar la objetividad del que las emite, especialmente en los casos en los que puede existir un claro conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noguera JF. Colecistectomía de única incisión: ¿una innovación segura? *Cir Esp.* 2013;91:401-3.
2. Ma J, Cassera MA, Spaun GO, Hammill CW, Hansen PD, Aliabadi-Wahle S. Randomized controlled trial comparing single-port laparoscopic cholecystectomy and four-port laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg.* 2011;254:22-7.
3. Bignell M, Hindmarsh A, Nageswaran H, Mothe B, Jenkinson A, Mahon D, et al. Assessment of cosmetic outcome after laparoscopic cholecystectomy among women 4 years after laparoscopic cholecystectomy: Is there a problem? *Surg Endosc.* 2011;25:2574-7.
4. Garg P, Thakur JD, Raina NC, Mittal G, Garg M, Gupta V. Comparison of cosmetic outcome between single-incision laparoscopic cholecystectomy and conventional laparoscopic cholecystectomy: An objective study. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2012;22:127-30.
5. Saad S, Strassel V, Sauerland S. Randomized clinical trial of single-port, minilaparoscopic and conventional laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg.* 2013;100:339-49.
6. Marks JM, Phillips MS, Tacchino R, Roberts K, Onders R, DeNoto G, et al. Single-incision laparoscopic cholecystectomy is associated with improved cosmesis scoring at the cost of significantly higher hernia rates: 1-year results of a prospective randomized, multicenter, single-blinded trial of traditional multiport laparoscopic cholecystectomy vs single-incision laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg.* 2013;216:1037-47.
7. Alptekin H, Yilmaz H, Acar F, Kafali ME, Sahin M. Incisional hernia rate may increase after single-port cholecystectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2012;22:731-7.
8. Joseph M, Phillips MR, Farrell TM, Rupp CC. Single incision laparoscopic cholecystectomy is associated with a higher bile duct injury rate: A review and a word of caution. *Ann Surg.* 2012;256:1-6.