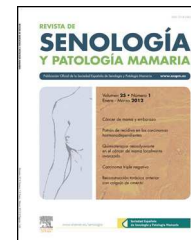




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



EDITORIAL

Márgenes en cirugía conservadora del cáncer de mama: ¿cuál debe ser la actitud?



Margins in breast-conserving surgery for breast cancer: what is the optimal approach?

El objetivo fundamental de la cirugía conservadora es obtener márgenes libres de tumor, sin que ello suponga la extirpación excesiva de tejido sano que pueda comprometer el resultado estético.

El estado de los márgenes en cirugía conservadora del cáncer de mama es uno de los factores pronósticos más importantes para la recidiva local (RL) y el único que depende del cirujano. La presencia de margen afecto duplica el riesgo de RL en comparación con la existencia de márgenes negativos¹.

La afectación de los márgenes obliga en la mayoría de los casos a una reintervención, con aumento de ansiedad por parte de la paciente, retraso de los tratamientos adyuvantes e incremento del gasto hospitalario. Pero con frecuencia, no se identifica tumor residual en la pieza de reescisión, siendo esta segunda cirugía posiblemente evitable.

En primer lugar y estableciendo un orden cronológico en el procedimiento diagnóstico y terapéutico del cáncer de mama, los datos clínicos del paciente y el estudio radiológico, son fundamentales para que el cirujano pueda tener los parámetros suficientes y planificar de forma adecuada la extirpación completa del tumor. La mayoría de los grupos añaden a la mamografía y la ecografía, la resonancia magnética con el fin de valorar la extensión del tumor, multifocalidad, multicentricidad y bilateralidad. Un metaanálisis reciente no ha demostrado que la resonancia magnética reduzca el riesgo de recidiva local y a distancia². Quizás un mayor seguimiento de estas pacientes demuestre diferencias en este sentido.

En segundo lugar el cirujano extirpa el tumor guiado por las imágenes radiológicas, pero es muy importante una imagen de la pieza quirúrgica para confirmar el procedimiento correcto y que además el anatomopatólogo pueda acceder a las mismas antes del procesamiento del espécimen.

En tercer lugar varias encuestas³, incluyendo la que se publica en este número⁴, han puesto de manifiesto la gran

variabilidad en la forma de obtener y estudiar los márgenes, en el concepto de margen libre o próximo y en la forma de actuación frente al estado de los mismos. En la mayoría de los casos, la pieza de tumorectomía la recibe el patólogo debidamente orientada, aunque un número cada vez mayor de grupos remiten los márgenes por separado fileteando la cavidad de tumorectomía^{5,6}. De un modo u otro el objetivo final sigue siendo el mismo: «márgenes libres de tumor», definidos en el primer caso como sin células tumorales en la tinta y en el segundo caso sin tumor en los límites.

Aunque en el consenso de St Gallen 2013⁷ tres cuartas partes de los panelistas ya consideraron que el margen era suficiente si no había tumor en la tinta, la discusión sobre la distancia del tumor al margen ha finalizado con la publicación del metaanálisis de Houssami et al⁸. En el consenso de las Sociedades Americanas de Cirugía Oncológica y Oncología Radioterápica¹, basado en este metaanálisis, queda reflejado tanto el concepto de margen libre (sin tumor en la tinta) como lo irrelevante de la distancia al margen.

En cuarto lugar, hay un aspecto esencial que no se tiene lo suficientemente en cuenta a la hora de plantear un tratamiento conservador a nuestras pacientes. Es muy importante valorar los factores clínicos, radiológicos e histopatológicos que pueden incrementar la posibilidad de margen positivo. Algunos factores histopatológicos relacionados con un margen afecto (componente intraductal extenso, la afectación ganglionar o la invasión linfo-vascular) no es posible saberlos con anterioridad al planteamiento quirúrgico pero, partiendo de datos que sí conocemos previamente, se puede planificar de forma más fiable la cirugía conservadora y disminuir la tasa de márgenes positivos.

En este momento podemos conocer de antemano parámetros clínicos (la edad de la paciente y la susceptibilidad genética), radiológicos (tamaño del tumor, densidad mamográfica, multicentricidad, multifocalidad, microcalcificaciones extensas) e histopatológicos obtenidos en la

biopsia con aguja gruesa (tipo histológico, grado, receptores hormonales, *cerb-B2* y *Ki67*). Este conjunto de datos han de valorarse en un comité multidisciplinar y debe ser en este comité donde se decida el tratamiento en cada caso. En este sentido, se ha publicado un nomograma que contempla 5 variables predictivas independientes para la afectación de los márgenes, todas ellas conocidas antes del planteamiento quirúrgico: presencia de microcalcificaciones en la mamografía, alta densidad mamográfica, diferencia mayor de 0,5 cm en el tamaño del tumor entre la resonancia magnética y la ecografía, presencia de CDIS o histología de carcinoma lobulillar en la punción con aguja gruesa⁹, que predice con un AUC de 0,823 la posibilidad de margen afecto.

Por último, el resultado histopatológico definitivo de los márgenes tras la cirugía y la actitud ante los mismos debe ser analizada de nuevo en el comité multidisciplinar. La mayor tasa de reducción de RL sabemos que se consigue con márgenes libres. El aumento de la dosis de radioterapia reduce la tasa de recaída¹⁰ pero el beneficio absoluto no es suficiente para reducir esta tasa al mismo nivel que en los casos con margen libre¹. No obstante, pacientes con afectación focal del margen y factores pronósticos de bajo riesgo como edad avanzada, axila negativa y receptores hormonales positivos podrían beneficiarse de una mayor dosis de radioterapia, minimizando el riesgo de RL y evitando una segunda cirugía¹¹.

En este momento y basándonos en la evidencia aportada por las últimas publicaciones, es posible unificar criterios y terminar de una vez por todas con las discrepancias en nuestra práctica clínica. Para ello es indispensable una mayor coordinación entre las especialidades más directamente implicadas para conseguir los objetivos de «márgenes libres» y «menor tasa de recaídas». Esta colaboración debe hacerse patente mediante la valoración conjunta del estudio radiológico inicial, el estudio radiológico de la pieza quirúrgica y su correlación radio-patológica y la decisión de reescisión o incremento de dosis de radioterapia en el comité por parte del radiólogo, cirujano, anatomopatólogo, oncólogo radioterapeuta y oncólogo médico.

Bibliografía

1. Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, Harris JR, Khan SA, Horton J, et al. Surgical Oncology-American Society for Radiation

- Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2014;88(3):553–64.
2. Houssami N, Turner R, Macaskill P, Turnbull LW, McCready DR, Tuttle TM, et al. An individual person data meta-analysis of preoperative magnetic resonance imaging and breast cancer recurrence. *J Clin Oncol.* 2014;32(5):392–401.
3. Azu M, Abreahamse P, Katz SJ, Jagsi R, Morrow M. What is an adequate margin for breast-conserving surgery? Surgeon attitudes and correlates. *Ann Surg Oncol.* 2010;17(2):558–63.
4. Bernet L, Urruticoechea A, Vicente F, el Grupo de Estudios Senológicos. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Reescisión por márgenes afectos. Encuesta de valoración de variabilidad. *Rev Senol Patol Mamar.* 2014;27:123–30.
5. Kobbermann A, Unzeitig A, Xie XJ, Yan J, Euhus D, Peng Y, et al. Impact of routine cavity shave margins on breast cancer re-excision rates. *Ann Surg Oncol.* 2011;18(5):1349–55.
6. Hequet D, Bricou A, Koual M, Zioli M, Feron JG, Rouzier R, et al. Systematic cavity shaving: modifications of breast cancer management and long-term local recurrence, a multicentre study. *Eur J Surg Oncol.* 2013;39(8):899–905.
7. Goldhirsch A, Winer EP, Coates AS, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, Thürlimann B, et al. Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. *Ann Oncol.* 2013;24(9):2206–23.
8. Houssami N, Macaskill P, Luke Marinovich M, Morrow M. The association of surgical margins and local recurrence in women with early-stage invasive breast cancer treated with breast-conserving therapy: a meta-analysis. *Ann Surg Oncol.* 2014;21(3):717–30.
9. Shin HC, Han W, Moon HG, Cho N, Moon WK, Park IA, et al. Nomogram for predicting positive resection margins after breast-conserving surgery. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;134(3):1115–23.
10. Jones HA, Antonini N, Hart AA, Peterse JL, Horiot JC, Collin F, et al. Impact of pathological characteristics on local relapse after breast-conserving therapy: a subgroup analysis of the EORTC boost versus no boost trial. *J Clin Oncol.* 2009;27(30):4939–47.
11. Park S, Park HS, Kim SI, Koo JS, Park BW, Lee KS. The impact of a focally positive resection margin on the local control in patients treated with breast-conserving therapy. *Jpn J Clin Oncol.* 2011;41(5):600–8.

María Julia Giménez Climent

Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia,
España

Correo electrónico: julia.gimenezcliment@gmail.com