

Factores de riesgo de afectación de márgenes quirúrgicos en la cirugía conservadora de mama

A. Bartolomé; C. Bellido; A. Coves; V. Iglesias; A. Villalba; S. Aragón
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Introducción

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer. Actualmente, el tratamiento estándar es el tratamiento conservador, que incluye tumorectomía seguida de radioterapia de la mama.

Los objetivos de la cirugía conservadora son la exéresis del tumor con márgenes libres y conseguir un resultado cosmético óptimo.

Tras la tumorectomía, el riesgo de recidiva locorregional aumenta cuando los márgenes quirúrgicos están afectados.

El objetivo del estudio es analizar los factores de riesgo de afectación de márgenes de la tumorectomía tras la cirugía conservadora.

Material y métodos:

Se recogieron 405 pacientes operadas de cáncer de mama (406 tumorectomías) seguidas en la Unidad de Mama de Hospital 12 de Octubre de enero 2012 a diciembre 2016.

Criterios de inclusión: pacientes con cáncer de mama infiltrante en estadios precoces (hasta T2N1), sometidas a tratamiento conservador de la mama, con tratamiento quirúrgico primario, seguido de radioterapia.

Criterios de exclusión: estadios avanzados, pacientes sometidas a quimioterapia neoadyuvante e histologías no invasivas o microinvasivas.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, con un tiempo de seguimiento de las pacientes entre 12 y 72 meses.

Resultados

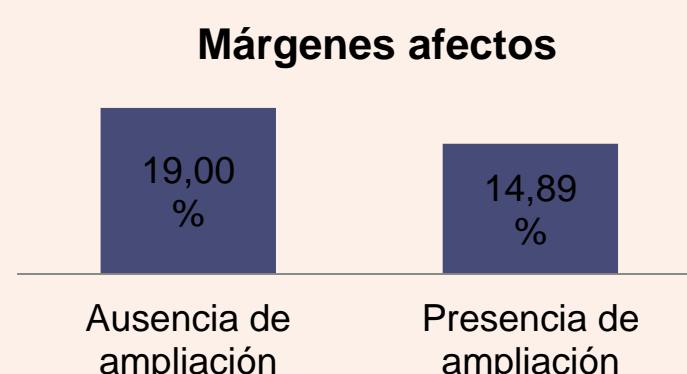
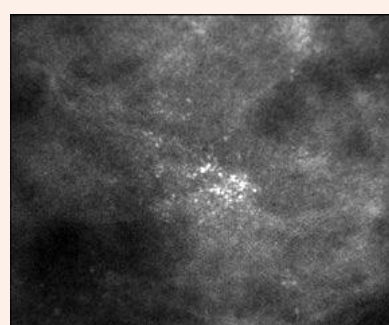
Los márgenes de la tumorectomía fueron positivos en:

- 17,0 % de los tumores no palpables vs 14,5 % de los tumores palpables;
- 28,6 % de las pacientes con microcalcificaciones, vs 13,5 % de las que no las tenían;
- 19,0 % de los tumores multifocales vs 15,5 % de los unifocales;
- 23,5 % de los carcinomas lobulillares infiltrantes vs 14,8% de los carcinomas ductales infiltrantes;
- 15,7 % de los tumores tanto G1 como G2-G3;
- 18,2 % de los tumores que asociaban carcinoma ductal in situ vs 12,6 % de los que no lo asociaban;
- 19,1 % de los tumores T2 vs 14,5 % de los tumores T1;
- 17,5 % de los tumores luminales, 11,1 % en los HER2 positivos y 7,1 % en los triples negativos;
- 17,1 % en las tumorectomías con arpón vs 12,5 % en las tumorectomías con biopsia intraoperatoria;
- 14,9 % de las tumorectomías ampliadas intraquirófano vs 18,6 % de las que no se ampliaron.

Estudio univariante de los factores de riesgo de márgenes positivos por Chi-cuadrado	
Factor de estudio	Valor de p
Tumores no palpables	0,5200
Microcalcificaciones	0,0042
Multifocalidad	0,676
Subtipo histológico	0,3659
Grado histológico	0,9896
CDIS asociado	0,1331
Tamaño tumoral	0,2969
Fenotipo	0,2299
Técnica quirúrgica (BIO vs arpón)	0,2288
Amplificación en quirófano	0,3355

De los factores analizados, el único que obtuvo significación estadística con una OR de 2,5 (IC95%: 1,3 - 4,9), fue la presencia de microcalcificaciones en la mamografía diagnóstica como factor de riesgo de afectación de márgenes de la tumorectomía, con una p 0,0042.

Microcalcificaciones



Results

Odds ratio	2.5674
95 % CI:	1.3232 to 4.9818
z statistic	2.788
Significance level	P = 0.0053

Conclusión

La presencia de microcalcificaciones en la mamografía prequirúrgica es un factor de riesgo para la no obtención de márgenes quirúrgicos libres, siendo éste un factor pronóstico importante de recidiva local en el cáncer de mama.