

Utilidad de la ampliación intraoperatoria de márgenes en la cirugía conservadora del cáncer de mama

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

Introducción

Hoy en día el tratamiento estándar en el cáncer de mama en estadios precoces es el tratamiento conservador: tumorectomía seguida de radioterapia.

La cirugía conservadora debe conseguir la exéresis del tumor con márgenes libres y 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 el efecto de la ampliación intraoperatoria de márgenes quirúrgicos de la tumorectomía sobre la afectación de márgenes definitiva.

Material y métodos:

Se recogieron 406 tumorectomías realizadas en pacientes con cáncer de mama, seguidas en la Unidad de Mama de Hospital 12 de Octubre de enero 2012 a diciembre 2016.

Se incluyeron pacientes con cáncer de mama infiltrante en estadios precoces, sometidas a tratamiento conservador de la mama, con tratamiento quirúrgico primario.

El estudio fue observacional retrospectivo, con un seguimiento de las pacientes entre 12 y 72 meses.

Resultados

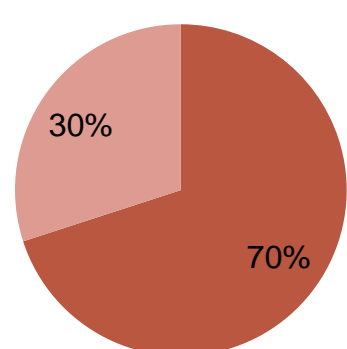
Se realizó ampliación intraoperatoria de los márgenes de la cavidad de la tumorectomía en el 69,46 % de las pacientes. En estas, se encontró una afectación de márgenes del 14,89 %, frente al 19 % en las pacientes en las que no se amplió en el tiempo intraoperatorio.

Se realizó una ampliación de márgenes diferida (segunda cirugía) en el 7,27 % de las pacientes que ya habían sido ampliadas en la primera cirugía y en el 9,09 % de las que no se habían ampliado. En la ampliación diferida, se encontró tumor residual en el 44,4 % de las pacientes que habían sido ampliadas de inicio y en el 30 % de las que no habían sido ampliadas.

En las pacientes con microcalcificaciones en la mamografía diagnóstica (factor de riesgo de márgenes afectados) se realizó ampliación en la cirugía primaria en un 71,92 %. A pesar de ello, se encontraron márgenes afectados en el 31,7 % frente al 20 % de las pacientes sin ampliación en la cirugía primaria.

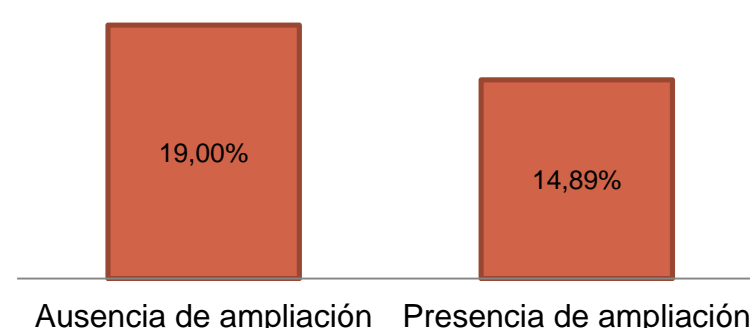
En ningún caso se alcanzó la significación estadística.

Ampliación intraoperatoria



■ Si
■ No

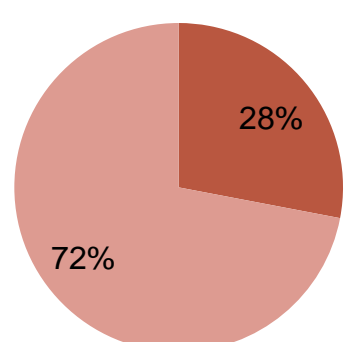
Márgenes afectados



Results

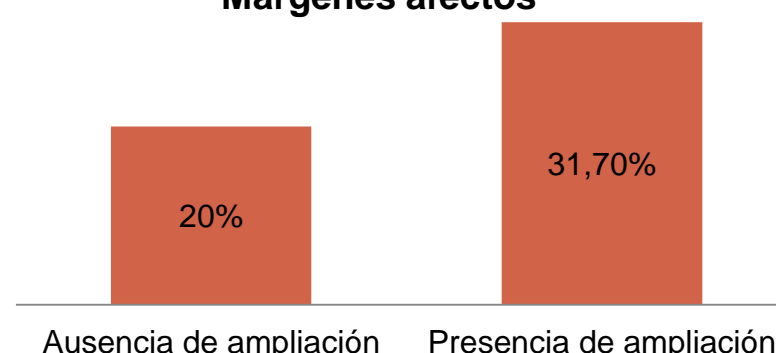
Odds ratio	0.7461
95 % CI:	0.4104 to 1.3561
z statistic	0.961
Significance level	P = 0.3366

Pacientes con microcalcificaciones



■ Ampliación intraoperatoria
■ No ampliación intraoperatoria

Márgenes afectados



Results

Odds ratio	1.8571
95 % CI:	0.4462 to 7.7292
z statistic	0.851
Significance level	P = 0.3948

Conclusión

No se demuestra beneficio en la ampliación intraoperatoria sistemática de los márgenes de la cavidad de la tumorectomía, ya que no reduce la tasa de márgenes afectados tras la cirugía primaria, ni la necesidad de ampliación en diferido (no evita una segunda cirugía), ni la presencia de tumor residual en la ampliación diferida.

Parece haber más tumor residual cuando se realiza ampliación de márgenes intraoperatoria, lo que podría explicarse porque se realice ampliación en las pacientes con más factores de riesgo.

Tampoco en las pacientes con microcalcificaciones parece obtener beneficio.