



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-153 - REEXCISIONES POR MÁRGENES AFECTOS EN CIRUGÍA POR CÁNCER DE MAMA

I. Gascón Ferrer, C. Casamayor Franco, N. Sánchez Fuentes, M.A. Dobón Rascón, M. Gutiérrez Díez, J. Rodríguez Artigas, J. Martínez Bernard, M. del Campo Lavilla, M. Herrero López, L. Ligorred Padilla y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: El margen quirúrgico en cirugía de cáncer de mama se define como la distancia existente entre las células tumorales y el borde marcado con tinta de la pieza extirpada. Si bien sigue existiendo controversias tanto para la definición de margen negativo pero próximo, así como de la repercusión en la supervivencia a largo plazo, sí que está aceptado por consenso que un margen positivo es inaceptable oncológicamente, ya que se ha demostrado una disminución de la supervivencia.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, de los pacientes re-intervenidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, por márgenes afectos tras cirugía de cáncer de mama, desde enero 2012 a marzo 2013.

Resultados: Del total de pacientes intervenidos en nuestro Servicio por patología tumoral maligna de mama (101 pacientes), 7 (6,9%) han precisado de una segunda cirugía por márgenes afectos. La edad media estuvo en 74 años, presentando antecedentes tumorales 2 de las pacientes (carcinoma renal y carcinoma intraductal). En 4 de las pacientes no se realizó estudio radiológico por protocolo clínico con resonancia magnética debido a la edad de las pacientes. La localización más frecuente fue en cuadrante supereexterno, siendo los tamaños tumorales desde 8 a 30 mm. El diagnóstico histológico preoperatorio más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante. Ninguna de las pacientes había recibido tratamiento neoadyuvante. El tipo de cirugía inicial practicada fue conservadora en todos los casos, siendo 3 de ellas guiadas por arpón, con resultado de estudio de márgenes intraoperatorio negativo en todos los casos. En 6 de las pacientes el estudio axilar intraoperatorio resultó positivo, presentando 3 resultados de macrometástasis. La segunda cirugía practicada tras el hallazgo anatomopatológico fue cirugía radical en 5 de las pacientes, dada su avanzada edad, encontrándose tumor residual en la pieza quirúrgica en el 32% de los casos.

Conclusiones: El margen quirúrgico negativo es el único factor pronóstico tumoral que depende del cirujano, y primer indicador de una exéresis adecuada. El estudio intraoperatorio de la pieza nos permite obtener resultados satisfactorios de márgenes afectos (6,9% vs 8,4% demostrado en la bibliografía), siendo el uso de ecografía intraoperatoria para lesiones no palpables una opción adecuada que nos permite bajar dicha cifra. La baja cifra de patología tumoral residual en la pieza de re-excisión de nuestras pacientes nos plantea la necesidad de una mejor definición por consenso de margen quirúrgico afecto.