



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-041 - CIRUGÍA CONSERVADORA EN EL CÁNCER DE MAMA: FACTORES PREDICTIVOS DE MARGEN AFECTO Y UTILIDAD DE LA RNM EN NUESTRO HOSPITAL

Cases Baldó, María José; Aguilar Jiménez, José; Carrasco González, Luis; Verdú-Fernández, M<sup>a</sup> Ángeles; Guillen Paredes, M<sup>a</sup> Pilar; Martínez Martínez, María; Chaves Benito, Asunción; Aguayo Albasini, José Luis

Hospital Morales Meseguer, Murcia.

### Resumen

**Introducción:** No existen diferencias de supervivencia entre la cirugía conservadora con radioterapia y la mastectomía en los estadios T1-T2 del cáncer de mama. No obstante con la cirugía conservadora, se obtienen tasas de recaída local algo mayores (10% a los 10 años frente al 5% en la mastectomía). La afectación del margen quirúrgico, es uno de los factores de riesgo más importante para la recaída local.

**Objetivos:** 1. Describir la tasa de margen afecto y reintervención en las pacientes diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama en las que se realizó cirugía conservadora. 2. Identificar los factores que puedan ayudar a predecir de forma preoperatoria la afectación del margen quirúrgico. 3. Analizar el valor de la RNM en la cirugía conservadora.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en nuestro hospital durante un periodo de 4 años (2007-2010) que fueron seleccionadas para la realización de cirugía conservadora, asociando o no, biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) o linfadenectomía axilar (LA) y/o tratamiento neoadyuvante. La estadificación locoregional se realizó mediante mamografía, eco y RNM (salvo contraindicación). En todos los casos se realizó diagnóstico anatomopatológico preoperatorio mediante biopsia con aguja gruesa (BAG), biopsia asistida por vacío (BAV) o punción con aguja fina (PAAF). Todas las pacientes fueron intervenidas por cirujanos especialistas. En las lesiones no palpables o mal definidas se procedió a la colocación preoperatorio de arpón localizador. No se realizó estudio intraoperatorio de los márgenes. Se realizó Rx intraoperatoria de la pieza en las lesiones localizadas por arpón y microcalcificaciones. Se consideró margen “próximo”: 1 mm; “libre” o negativo:  $\geq$  1 mm y “positivo”: la afectación del borde quirúrgico por células tumorales marcadas tras marcaje con tinta china.

**Resultados:** Fueron intervenidas 487 pacientes. De ellas, se realizó cirugía conservadora en 337 pacientes (69,2%). El margen fue positivo en 48 casos (14,24%), próximo ( $\geq$  1 mm) en 52 (15,43%) y libre en 196 pacientes. Se reintervinieron 69 casos (20,47%) (pacientes con margen afecto y pacientes con margen próximo y factores considerados de riesgo). De las pacientes reintervenidas, se realizó ampliación de margen en 42 (60,8%), mastectomía en 22 (31,8%) y en 5 (7,2%) pacientes fue preciso realizar dos cirugías, primero ampliación y finalmente mastectomía. De todas las variables analizadas, en el análisis univariante solo los tumores intraductales, el carcinoma lobulillar infiltrante y los tumores grado 2 y 3 presentaron mayor tasa de margen afecto y reintervención ( $p$  0,05). En el análisis multivariante, los tumores multifocales, el tamaño por RNM y el grado nuclear fueron variables estadísticamente significativas. Respecto a la RNM, los pacientes

sin RNM preoperatoria también presentaron mayor riesgo de margen afecto y reintervención (OR: 3,91 IC95%: 1,4-10,92, p: 0,009). En comparación con la ecografía el tamaño por RNM se aproximó más al tamaño histológico final.

**Conclusiones:** Determinadas características anatomopatológicas del tumor y la utilización de RNM preoperatoria pueden ayudar a planificar una cirugía conservadora adecuada y reducir la tasa de margen afecto y reintervención.