



www.elsevier.es/cirugia

P-628 - CMA vs corto ingreso resultados preliminares de la implantación del programa de CMA en el cáncer de mama en estadios precoces

Gómez Pérez, Rocío; Fernández García, Francisco Javier; Scholz Gutiérrez, Victoria; Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Pico Sánchez, Leila; Suárez Muñoz, Miguel Ángel; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria en el cáncer de mama temprano en los que las pacientes son sometidas a cirugía conservadora de la mama y biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) es un método factible, seguro y con ventajas para las pacientes y nuestro sistema de salud.

Objetivos: Presentar los resultados de la puesta en marcha del programa de CMA para cáncer de mama precoz en nuestro centro.

Métodos: Estudio prospectivo de las pacientes intervenidas de cirugía conservadora de cáncer de mama desde el 1 de enero de 2017 al 15 de abril de 2017. Para ratificar la seguridad del programa de CMA hemos dividido a estas pacientes en dos grupos: Grupo A: Cirugía conservadora ± BSGC sin drenajes, con criterios de CMA; y Grupo B: Cirugía conservadora ± BSGC con drenajes e ingreso hospitalario de corta estancia (24h, alta a la mañana siguiente de la cirugía). Los criterios de inclusión para CMA han sido: Cirugía conservadora (tumorectomía ampliada de lesiones palpables o guiadas por arpón tanto de carcinoma invasor como Ca *in situ*), con axila negativa en el estudio preoperatorio, distancia al domicilio menor de 60 min, buen soporte socio-familiar, y que entendiesen y estuviesen de acuerdo con el protocolo una vez que se les explicaba en consulta. Se excluyeron pacientes que no cumplían dichas condiciones, sometidas a mastectomías con o sin reconstrucción o linfadenectomía axilar.

Resultados: Se han intervenido 64 pacientes, 22 (34%) en el Grupo A y 42 (66%) en el Grupo B. La estancia media total ha sido de 0,67 días. Con una mediana de edad de 55 años (rango 30-93) (Grupo A 52 años, Grupo B 58 años). El riesgo anestésico medido por el ASA: Grupo A (I: 5, II: 14, III 3), Grupo B (I: 11, II: 25, III: 6) En ningún grupo ha habido complicaciones mayores y la mortalidad ha sido nula. No ha habido reingresos en el postoperatorio inmediato. De las pacientes programadas inicialmente como CMA solo una fue hospitalizada a petición de la familia. No ha habido infecciones de herida. Los seromas en el Grupo A 3 (13%), Grupo B 4 (9,5%) y hematomas 1 (4,5%) en el grupo A y 2 (4,7%) en el B. Solo una paciente del grupo de CMA ha sido reintervenida a las 3 semanas por un hematoma tras cuadro sincopal con caída y traumatismo directo sobre el lecho quirúrgico.

Conclusiones: La cirugía conservadora en el cáncer de mama se puede llevar a cabo integrada en programas de CMA de forma segura y eficaz para las pacientes. La mayoría de ellas han estado muy satisfechas con dicho programa y el no necesitar pernoctar en el hospital les ha supuesto un menor estrés psicológico y les ha permitido enfrentarse a su enfermedad de una forma más positiva, sin que hayan tenido mayor morbilidad

que las que fueron dadas de alta al día siguiente de la intervención. Esto además supone una reducción de costes y un uso más eficaz de los recursos sanitarios.