



O-127 - PERSPECTIVAS DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN CÁNCER DE MAMA. ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS

Robledo, Silvia; Pérez Rubio, Álvaro; Parra Muñoz, Ana; Córcoles Córcoles, Marta; Escudero De Fez, María Dolores; Martínez López, Elías; Estellés Vidagany, Nuria; Martínez García, Rosario

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: En el año 2019 elaboramos un protocolo para el manejo ambulatorio de pacientes con cáncer de mama (CM). La experiencia en el manejo ambulatorio de los profesionales involucrados en este circuito es necesario para garantizar el éxito del proceso. Determinados procedimientos quirúrgicos, como la mastectomía, la linfadenectomía o determinadas técnicas oncoplásticas se encuentran entre los criterios de exclusión para la CMA. Sin embargo, la técnica quirúrgica cada vez más cuidadosa, así como la existencia de dispositivos que permiten una correcta hemostasia y el escaso dolor posoperatorio hace que nos planteemos el ampliar nuestros criterios e incluir este tipo de intervenciones en CMA. Por ello, analizamos las pacientes intervenidas por CM con ingreso para ver si en ellas sería posible plantear CMA.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo que incluye pacientes intervenidos de CM por CMA e ingreso desde 2020-2023. Se analizan los resultados de ambos grupos. Intentamos a través del análisis de resultados evaluar puntos débiles y fuertes, con el objetivo de mejorar las indicaciones y valorar a través de los resultados la posibilidad de aumentar la cartera de servicios CMA.

Resultados: Se operaron un total de 489 pacientes, de las que 305 (60,1%) fueron CMA de inicio y 184 (39,9%) programadas. Los principales motivos de ingreso de inicio fueron la indicación de mastectomía/linfadenectomía (63,4%), la cirugía compleja entendida como necesidad de patrones oncoplásticos, reconstrucción inmediata y simetrización (28,26%) y la comorbilidad en el 6,5%. 30 pacientes ingresaron desde la UCMA (9,8%), la mayoría (76%) por linfadenectomía no prevista. 2 por comorbilidad y dos por mal control de los síntomas posoperatorios. Destaca en el grupo de ingreso la mayor prevalencia de pacientes N1/N2 y multifocalidad. 32,7% pacientes han recibido tratamiento con quimioterapia neoadyuvante vs. 19,5% en el grupo de CMA. El 50,9% de las pacientes que ingresaron (109) fueron sometidas a linfadenectomía, el 57,8% por afectación axilar al diagnóstico y 40% por GC positivo. La afectación de márgenes fue superior en el grupo de CMA (17 vs. 11,7%), siendo también superior la tasa de reintervención por este motivo (85 vs. 52% del total de reintervenciones). Aunque la tasa de complicaciones en las pacientes ingresadas es de 41,59 vs. 17,58% en el grupo UCSI, la mayoría son Clavien Dindo 1 y 2.

Discusión: Las principales causas para no incluir a las pacientes en CMA son el riesgo de hemorragia, la complejidad de la técnica y su manejo posoperatorio o las comorbilidades. La comorbilidad no supone a día de hoy en líneas generales un motivo de exclusión de CMA. La hemorragia en las primeras 24 horas es muy poco frecuente y las complicaciones asociadas a la técnica suelen aparecer pasadas las primeras 24 horas, además su manejo es ambulatorio y su solución definitiva diferida. En conclusión, determinadas

técnicas oncoplásticas y muchos casos de mastectomía y linfadenectomía pueden ser realizados en régimen de CMA, con la información debida a las pacientes y un manejo posoperatorio adecuado, lo cual cambia el paradigma actual de la cirugía del CM.