

Tratamiento quirúrgico conservador del cáncer infiltrante de mama, en régimen de cirugía mayor ambulatoria

Augusto García-Villanueva^a, Roberto Rojo-Blanco^b, M.V. Collado-Guirao^b, Natalia Ferreiro-Pozuelo^c y Noemí Samaranch-Palero^c

^aProfesor Titular de la Universidad de Alcalá de Henares. Departamento Cirugía General y Digestiva. Unidad Patología de la Mama.

^bDepartamento Cirugía General y Digestiva. Unidad Patología de la Mama. ^cAnestesiología. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Introducción. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) tiene un desarrollo evidente en España. Destaca la escasa referencia que existe respecto al tratamiento del cáncer de mama sin ingreso, a pesar de la tendencia creciente en este sentido en otros países.

Comunicamos nuestra experiencia en el tratamiento conservador del cáncer infiltrante de mama sin ingreso hospitalario.

Material y método. Estudio retrospectivo de 21 pacientes diagnosticadas de cáncer infiltrante de mama, tratadas de modo conservador (extirpación amplia más linfadenectomía axilar), en la Unidad de CMA del Hospital Ramón y Cajal.

Resultados. Dieciséis pacientes (76,1%) tuvieron carcinoma ductal infiltrante; 2 (9,5%), lobulillar infiltrante; 2 (9,5%), tubular puro y uno, presentó patrón mixto. En 10 pacientes (47,6%) se realizó extirpación amplia del tumor y linfadenectomía; en 9 (42,8%), ampliación de márgenes y linfadenectomía, y en 2 (9,5%), sólo linfadenectomía. Los tumores fueron T1 en 14 casos (66%); T2 en 4 (19%) y Tx en 3 (14,2%). El número de ganglios aislados osciló entre 12 y 38, con una media de 22,7. El 66% fue N0, y el 33,3% N+. Salvo en un caso, se drenó la axila.

Fueron dadas de alta el día de la operación 19 de las 21 pacientes; no hubo reingresos, morbilidad quirúrgica destacable (19% de seromas de la axila que precisaron evacuación) ni incidencias domiciliarias, y el grado de satisfacción que mostraron las pacientes y sus familiares en la entrevista personal fue excelente.

Conclusiones. Aunque nuestra experiencia es corta, deducimos que es posible realizar el tratamiento conservador del cáncer infiltrante de mama de modo ambulatorio con seguridad, con una morbilidad baja similar a la de las pacientes con ingreso, buen control del dolor, de las náuseas y los vómitos postoperatorios, y con un alto grado de satisfacción para las pacientes y su entorno familiar. Debe contemplarse como una opción de tratamiento, que la mujer debe conocer, y sobre la cual debe decidir tras una información adecuada. Para aquellas que libremente elijan el sistema, la CMA puede representar una aportación importante que matice positivamente su trayectoria en el tratamiento del cáncer de mama.

Las tendencias en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama deberían representar un estímulo para el desarrollo creciente en nuestro país de la CMA en el campo de la patología maligna de la mama.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria. Cáncer de mama.

CONSERVATIVE TREATMENT OF INFILTRATING BREAST CANCER IN THE AMBULATORY SURGERY SETTING

Introduction. Major ambulatory surgery has clearly developed in Spain. The limited reference to ambulatory breast cancer surgery is notable, despite the increasing use of this type of surgery in other countries. We report our experience in the conservative treatment of infiltrating breast cancer in the ambulatory setting.

Material and method. We performed a retrospective study of 21 patients diagnosed with infiltrating breast cancer who underwent conservative surgery (wide extirpation and axillary lymphadenectomy) in the Ma-

Correspondencia: A. García-Villanueva
Las Gramíneas, 14. S.S. de los Reyes. Madrid.
Correo electrónico: Granjilla@jazzfree.com

Aceptado para su publicación en julio de 2002.

jor Ambulatory Surgery Unit of the Ramón y Cajal Hospital.

Results. Sixteen patients (76.1%) had infiltrating ductal carcinoma, two (9.5%) had infiltrating lobular carcinoma, two (9.5%) presented tubular carcinoma and one presented a mixed pattern. Ten patients (47.6%) underwent wide tumoral excision and lymphadenectomy, nine patients (42.8%) underwent widening of the margins and lymphadenectomy and two (9.5%) underwent lymphadenectomy alone. Tumoral stage was T1 in 14 patients (66%), T2 in 4 (19%) and Tx in 3 (14.2%). The number of isolated nodes oscillated between 12 and 38, with a mean of 22.7. Sixty-six percent were N0 and 33.3% were N-positive. Axillary drainage was performed in all but one patient. Nineteen of the 21 patients were discharged the day of the operation; there were no readmissions, surgical morbidity was low (19% of axillary seromas required evacuation) and there were no domiciliary incidents. In the personal interview, patients and their relatives expressed a high degree of satisfaction.

Conclusions. Although our experience is limited, we deduce that conservative treatment of infiltrating breast carcinoma can be safely performed on an ambulatory basis. Morbidity was low and similar to that in hospitalized patients and control of pain and/or postoperative nausea and vomiting were good. Patients and their relatives expressed a high degree of satisfaction. Major ambulatory surgery should be considered as a treatment option that women should be aware of and make a decision about after receiving full information. For women who freely choose this system, it could contribute positively to their experience of breast cancer treatment.

Tendencias in the diagnosis and treatment of breast cancer should constitute a stimulus for an increase in major ambulatory surgery in the field of malignant breast disease.

Key words: Ambulatory surgery. Cancer. Breast.

Introducción

El auge de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en España es evidente, así como la proliferación de unidades y número de pacientes intervenidos con estos criterios, estimándose que el 20% de todas las intervenciones efectuadas es sin ingreso hospitalario; estas cifras pueden llegar hasta el 60% en algunas especialidades como la oftalmología¹. Los hospitales españoles en el año 1997 realizaron 82 tipos de procedimientos quirúrgicos distintos en régimen de CMA, con un total de 143.210 intervenciones, un índice de reingresos del 1,12%, y un porcentaje de visitas a urgencia o no programadas que alcanzó el 3,47% de los pacientes².

Aún así su desarrollo es inferior al de otros países si consideramos que 1991 fue el primer año en que en los Estados Unidos el número total de procedimientos quirúrgicos sin ingreso superó a los realizados con hospitalización³.

La patología mamaria está escasamente representada en la relación de procedimientos establecidos por el Insalud para CMA (extirpación de tumores benignos exclusivamente), a pesar de ser una afección frecuente y susceptible de CMA en muchos casos con los criterios establecidos para la cirugía sin ingreso⁴, y no se contempla en el catálogo la intervención de la patología mamaria maligna, a pesar de reunir también en muchas ocasiones los requisitos para cirugía ambulatoria.

Se aprecia una tendencia creciente en los EE.UU. y en algunos países europeos hacia los sistemas de régimen ambulatorio y de corta estancia para las pacientes tratadas quirúrgicamente por cáncer de mama⁵⁻⁹.

Hay numerosas publicaciones en las que se afirma que no hay diferencias en cuanto a mortalidad, morbilidad e índices de reingresos¹⁰⁻¹²; entre la cirugía ambulatoria del cáncer de mama y la realizada con hospitalización, pero el sistema sin ingreso^{6,12} ofrece ventajas económicas, psicológicas y de satisfacción para las pacientes y su entorno familiar.

En nuestro país son muy escasas las publicaciones relacionadas con la cirugía del cáncer de mama en un sistema de cirugía ambulatoria⁴, a pesar del desarrollo notable de las unidades de CMA. Nos proponemos en este trabajo comunicar nuestra experiencia en el tratamiento conservador del cáncer infiltrante de mama realizado en régimen de CMA en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Material y método

Entre el mes de octubre de 1998 y el de febrero de 2002 se ha intervenido en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) del Hospital Ramón y Cajal a 21 pacientes diagnosticadas de cáncer infiltrante de mama, con una edad media de 51,8 años y un rango entre 33 y 67 años. De ellas, 14 (66,6%) fueron ASA I y 7 (33,3%), ASA II, y en todas se realizó tratamiento conservador de la mama.

Todas las pacientes reunían los criterios de selección establecidos para la CMA¹³, y todas aceptaron la modalidad de tratamiento ambulatorio, ofrecida como una opción, después de una detallada explicación del procedimiento y del ambiente en que se iba a realizar.

Todas las pacientes fueron tratadas por un grupo reducido de cirujanos y anestesiólogos, con criterios homogéneos y experiencia en CMA y cirugía mamaria.

Técnica anestésica

En todas ellas se utilizó anestesia general: inducción con propofol (2 mg/kg) y succinilcolina (1 mg/kg), tras una premedicación con midazolam y perfusión de remifentanilo (0,5 µg/kg/min), con mantenimiento de la perfusión de propofol y remifentanilo según necesidades.

Como analgesia postoperatoria se administraron 2 g de metamizol unos 30 min antes de la inducción anestésica, y en la sala de reanimación, ketorolaco (30 mg) o meperidina (1 mg/kg). En caso de náuseas o vómitos se administró ondasetrón (4 mg).

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica seguida fue la aceptada en el protocolo de cáncer de mama del Hospital Ramón y Cajal para el tratamiento conservador de la mama en el carcinoma infiltrante: extirpación del tumor con un margen macroscópico de tejido mamario libre de lesión, tendiendo idealmente a la obtención de un margen no afectado de al menos 2 cm, y linfadenectomía axilar, a ser posible mediante una incisión independiente realizada en la base del vello axilar. En 18 (85,7%) pacientes la linfadenectomía fue completa, y en 3 (14,2%) sólo comprendió los niveles I-II.

En todos los casos se preservó el paquete vasculonervioso del músculo dorsal ancho, el nervio torácico largo y el segundo nervio costobraquial. En 20 pacientes se colocó un drenaje axilar, con el que fueron dadas de alta, y en una no se colocó drenaje.

En dos pacientes se realizó la técnica del ganglio centinela, que se continuó con una linfadenectomía axilar completa, al estar aún el procedimiento en nuestro hospital en fase de validación.

Las pacientes fueron trasladadas desde el quirófano a la sala de reanimación, donde ingresan hasta alcanzar una situación alerta y estable, en ese momento pasan a la sala de adaptación al medio, donde permanecen reclinadas en unos sillones acompañadas por algún miembro de su familia hasta el momento del alta, valorado por el anestesiista de la unidad.

En la sala de adaptación al medio se inicia con la alimentación oral y la deambulaci3n, en ese momento se administra la primera dosis oral de analgesia, pautada seg3n el protocolo de alta. A todas las pacientes se les proporcion3 un informe de alta, con instrucciones postoperatorias espec3ficas para esta cirug3a (analgesia pautada y de rescate, cuidados de la herida, manejo y vigilancia del drenaje), adem3s de las generales propias de la UCMA.

La paciente y su familiar acompa1ante son instruidos antes del alta sobre el manejo del drenaje axilar con vac3o, se les proporciona un gr3fico en el que deben anotar cada d3a el volumen drenado, un n3mero telef3nico con el que contactar3n ante determinadas incidencias (ausencia de drenado o un volumen inferior a 40-45 ml durante m3s de un d3a, signos inflamatorios, etc.), y una cita en consulta externa a los 6-7 d3as de la operaci3n.

Resultados

Las 21 pacientes tuvieron un diagn3stico anatomopatol3gico de carcinoma infiltrante de mama realizado mediante biopsia previa en otros centros (3 casos); biopsia con aguja gruesa (5 casos), biopsia con arp3n (3 casos), y en 10 casos (sospecha cl3nica y mamogr3fica de carcinoma, y positividad de la PAAF para carcinoma), en el estudio histol3gico intraoperatorio de la pieza de resecci3n local.

En 10 pacientes (47,6 %) se realiz3 la extirpaci3n local amplia del tumor mamario con m3rgenes libres, m3s linfadenectom3 axilar completa (niveles I-II-III); en 9 pacientes (42,8%), ampliaci3n de m3rgenes y linfadenectom3 axilar, y en 2 (9,5%) tan s3lo se efectu3 una linfadenectom3 de la axila. De estas 3ltimas pacientes, una presentaba met3stasis axilar de un carcinoma de mama oculto, y otra un carcinoma m3nimamente invasivo en el estudio definitivo de una mastectom3a realizada previamente con el diagn3stico histol3gico de carcinoma intraductal.

En 16 pacientes (76,1%) el tipo histol3gico correspondi3 a la variedad ductal infiltrante; en 2 casos (9,5%) lobulillar infiltrante; la forma tubular pura se present3 en 2 pacientes (9,5%), y una (4,7%) present3 un patr3n mixto (predominio tubular y lobulillar focalmente invasivo).

En 14 casos (66,6%) el tama1o del tumor fue clasificadocomo T1 (T1a, un caso; T1b, tres casos, y T1c, 10 casos); como T2 en 4 pacientes (19%), y Tx en 3 (14,2%). El tama1o de los tumores oscil3 entre 0,3 y 3 cm.

El n3mero de ganglios identificados en la linfadenectom3a de la axila oscil3 entre 12 y 38, con una media de 22,7 ganglios. En 14 (66,6%) pacientes no se evidenciaron met3stasis ganglionares, mientras que 7 (33,3%) fueron N+. Agrupadas por estadios, 13 (61,9%) fueron estadios I y 8 (38%) estadio II (tabla 1).

En 20 casos se dren3 la axila, y el drenaje fue retirado entre los d3as 6-7 desde el alta; en un caso (linfadenecto-

TABLA 1. Tama1o tumoral (T), estado ganglionar y estadios

Tamaño (T)	Ganglios (N)	Estadio
T1, 14 (66,6%)	N0, 14 (66,6%)	Estadio I, 13 (61,9%)
T1a, 1	N+, 7 (33,3%)	
T1b, 3		
T1c, 10		Estadio II, 8 (38%)
	Media de ganglios aislados	
	22,7 (12-38)	
T2, 4 (19%)		
Tx, 3 (14,3%)		

m3a de los niveles I-II) no se dren3, sin que hubiera ninguna complicaci3n por ello. Cuatro pacientes (19%) presentaron seroma axilar que requiri3 puncci3n evacuadora tras la retirada del drenaje, y no apareci3 otro tipo de complicaciones.

La duraci3n media de la cirug3a fue de 105 min. La estancia media en la sala de reanimaci3n fue de 129 min, y las incidencias m3s frecuentes en esta sala fueron: dolor en 12 pacientes (57%) que respondi3 a la medicaci3n establecida, y n3useas o v3mitos en 4 (19%) que cedieron con ondasetr3n.

Fueron dadas de alta en perfecto estado 19 (90,4%) de las 21 pacientes, con una estancia media en la sala de adaptaci3n de 105 min, y una estancia media tras la cirug3a de 286 \pm 6 min. Ingresaron dos pacientes, que fueron dadas de alta al d3a siguiente, una por causa social (negativa del marido al alta) y otra por ortostatismo; no hubo reingresos. Las incidencias domiciliarias detectadas en la llamada telef3nica en las primeras 24 h fueron: un caso de ortostatismo y 2 pacientes con dolor que cedi3 con el tratamiento analg3sico de rescate.

La encuesta telef3nica realizada a las 24 h de la intervenci3n no detect3 problemas en el manejo de la herida ni del drenaje. No se detect3 morbilidad quir3rgica en el per3odo postoperatorio m3s all3 de la habitualmente derivada del drenaje (seromas). Tras entrevista personal, el nivel de satisfacci3n detectado en todas las pacientes y en su entorno familiar fue muy alto (95,24%).

Discusi3n

La CMA para el c3ncer de mama ha sido ampliamente debatida en la sociedad norteamericana¹⁴, sobre todo en relaci3n con la mastectom3a, alcanzando su eco hasta el propio Congreso en 1999¹², pero hoy d3a se asume que la cirug3a del c3ncer de mama "puede realizarse de manera rutinaria y con muy baja morbilidad, sin ingreso", y que "consigue una recuperaci3n mas r3pida y m3s efectiva, y un ajuste psicol3gico a su nuevo estado m3s completo"⁵. Mc Manus⁶ realiza el 87% del tratamiento conservador en r3gimen ambulatorio, y Ferrante¹², el 20% de sus mastectom3as.

En Espa1a la difusi3n de la CMA se ha visto favorecida por la necesidad de aumentar la eficiencia del sistema sanitario ante la existencia de listas de espera para determinadas intervenciones.

A partir de 1993 el Insalud fijó objetivos de CMA, estableció una serie de procedimientos realizables en ese sistema, y determinó el volumen de intervenciones a realizar de cada uno de ellos¹⁵.

La afección mamaria, en general, y la que hace referencia al cáncer, en particular, han tenido escaso reflejo en las unidades de CMA de nuestro país, a pesar de ser una enfermedad frecuente y perfectamente encuadrable en muchos casos en los criterios de selección establecidos para estas unidades. Tan sólo la tumorrectomía de nódulos benignos de la mama figura en la relación de procedimientos ofrecidos, es éste uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en todos los hospitales².

Clark (1992) fue de los primeros en proponer el alta el día siguiente de una mastectomía radical modificada, como una alternativa a los métodos tradicionales con estancia hospitalaria prolongada, generalmente hasta la retirada del drenaje¹¹. En las 29 mujeres estudiadas se confirma la seguridad del método y la reducción de los costes hospitalarios. Conclusiones similares fueron obtenidas por Holcombe en el Reino Unido⁸ y Boman en Suecia⁹.

Goodman en 1993 realizó una de las primeras publicaciones defendiendo el sistema ambulatorio para el tratamiento del cáncer de mama. De manera retrospectiva analizó a 221 mujeres con cáncer de mama en las que realizó una mastectomía radical modificada en 31 casos; 101 mastectomías parciales con linfadenectomía axilar de los niveles I, II y III; 11 mastectomías totales; 69 mastectomías parciales, y 11 linfadenectomías axilares. Su conclusión fue contundente, al afirmar que la mayoría de las operaciones por cáncer de mama podía realizarse de modo ambulatorio, y que se mostraba como un sistema seguro en el que no aumentaba el riesgo de complicaciones³.

Son numerosas las publicaciones que confirman la seguridad del procedimiento, la escasez de complicaciones, los beneficios físicos (recuperación más rápida y mejor), psicológicos y sociales para la paciente, así como las ventajas económicas del sistema^{6,10,12,16}.

Hay quienes aprecian algunas ventajas adicionales con la cirugía ambulatoria, como una mejor tolerancia a los tratamientos posteriores con quimioterapia y radioterapia, y un impacto positivo psicológico y emocional, al enfrentarse con el primer escalón terapéutico del cáncer de un modo menos agresivo y traumático, con la protección de un entorno familiar, fuera del ambiente hospitalario⁵. Otros perciben con la cirugía ambulatoria del cáncer de mama una recuperación mejor, con incorporación laboral más rápida¹⁰.

Al igual que otros autores^{5,10,17}, no hemos tenido complicaciones en nuestra serie, salvo la presencia de seromas, que en cuatro pacientes por su volumen y las molestias que ocasionaban requirieron su evacuación. Sin embargo, Clark refiere un 3,3% de infecciones en mastectomías, algo inferior al de las pacientes ingresadas¹¹, y Kambouris¹⁶, 5,9% de hematomas y 2,9% de infecciones en el tratamiento conservador de la mama realizado sin ingreso.

La morbilidad más reseñada en las publicaciones es los seromas en la axila, sin apreciar diferencias entre pacientes tratadas de modo ambulatorio o con ingreso. Su

incidencia varía desde el 28,3% al 45%^{11,16}, y requiere aspiración aproximadamente el 15%-20%⁵. Nuestra actitud en relación con el manejo del drenaje de la axila no cambia en las pacientes sin ingreso hospitalario respecto a las que lo hacen. Por regla general, las pacientes tratadas quirúrgicamente de un cáncer de mama con hospitalización (tratamiento conservador o mastectomías) son dadas de alta a las 48-72 h con el drenaje axilar, con las mismas recomendaciones para su manejo que para las pacientes en régimen de CMA, y es retirado entre los días 6 y 7 de la operación, salvo excepciones.

La presencia del drenaje axilar reduce pero no elimina la incidencia de seromas, aunque incrementa las incomodidades de la paciente, las posibilidades de infección y los costes económicos. Por ello algunos autores han propuesto, con resultados a tener en cuenta, mantener el drenaje sólo 24 h en los casos de corta estancia¹⁸. Otros llegan a no dejar drenaje en la cirugía ambulatoria, consiguiendo, en su opinión, una menor morbilidad, un postoperatorio más confortable y una resolución de los seromas en el plazo de un mes; sin embargo, un porcentaje considerable de los mismos necesita una punción evacuadora¹⁹. Este trabajo nos indujo en nuestra última paciente (linfadenectomía I-II) a realizar la linfadenectomía sin drenaje, y obtuvimos una evolución sin complicaciones. Esta posibilidad y la apuntada por Liu¹⁸ deberían tenerse en consideración cuando tratemos a pacientes con cáncer de mama sin ingreso hospitalario o en corta estancia, aunque se necesita el análisis de un número de pacientes para obtener conclusiones de mayor peso.

En la mayoría de los trabajos revisados, las pacientes son dadas de alta el mismo día de la cirugía, aunque al igual que en nuestra serie una pequeña proporción puede requerir un ingreso breve, generalmente hasta el día siguiente, por razones diversas⁶. De igual modo, el índice de readmisiones es muy bajo (1,3-2,9%)^{12,16}, y no diferente de las pacientes con ingreso, aunque Ferrante et al¹² refieren una mayor posibilidad para mastectomizadas en régimen ambulatorio dentro de los 30 días postoperatorios, si bien el exceso de riesgo es muy pequeño (0,7%).

La atención a los detalles de la técnica quirúrgica y anestésica es esencial para minimizar las complicaciones, sobre todo los que hacen referencia a la linfadenectomía que es la causante de la mayoría de los síntomas del postoperatorio, insistiendo en la preservación de los nervios torácico largo, del dorsal ancho y costobraquiales^{10,20}. El grupo responsable de la publicación, integrado en la Unidad de Patología Mamaria y en la Unidad de CMA del Hospital Ramón y Cajal, reúne experiencia y criterios homogéneos en esta patología, y ello redundará indudablemente de un modo muy positivo en los resultados obtenidos.

La anestesia en los pacientes ambulatorios debe cumplir los objetivos de la cirugía sin ingreso, es decir, tiempos de recuperación postanestésicos cortos, y mínimos efectos secundarios de las técnicas y de los fármacos.

La anestesia general, empleada en todos nuestros casos, sigue siendo ampliamente utilizada en la cirugía sin ingreso, con las ventajas de una rápida instauración, buena tolerancia, buen control hemodinámico y respiratorio y, gracias a los actuales agentes anestésicos, una excelente recuperación postoperatoria. Los efectos adver-

sos más destacables suelen relacionarse con la duración de la cirugía: a mayor duración de la intervención mayor incidencia de ortostatismo, náuseas y vómitos, que son determinantes en el retraso del alta de estos pacientes y en los reingresos²¹. La profilaxis con antieméticos disminuye la gravedad y la incidencia de esta complicación, como hemos confirmado en nuestra experiencia.

Los efectos indeseables derivados de la relajación muscular y de la intubación orotraqueal podrían evitarse, en casos seleccionados, con la mascarilla laríngea.

Hoy en día las pacientes con cáncer de mama podrían beneficiarse de técnicas locorregionales, como la anestesia epidural torácica y los bloqueos paravertebrales^{22,23} o la anestesia local con sedación intravenosa^{24,25}. Estas técnicas locorregionales permiten una recuperación postoperatoria más rápida, con ausencia de sedación y de somnolencia residuales, menos porcentaje de náuseas y vómitos, además del beneficio analgésico inherente a los bloqueos. Pero estos procedimientos presentan inconvenientes que hacen que no sean los más utilizados en la cirugía sin ingreso: tiempo empleado en la realización de la técnica y en la instauración del bloqueo; efectos adversos asociados a la técnica o a los fármacos empleados, y en ocasiones al fracaso de la propia técnica⁴.

El protocolo de la Unidad sobre la analgesia para el control del dolor en el domicilio sigue las recomendaciones de la OMS, que aconseja los analgésicos no opiáceos administrados por vía oral como los más adecuados.

En los últimos años ha ocurrido una serie de acontecimientos en el ámbito de la afección mamaria que nos permite augurar en España su introducción cada vez mayor en la CMA. Éstos, en nuestra opinión, serían:

a) Desarrollo de programas de cribado mamario, que permiten la detección cada vez con más frecuencia de neoplasias en fase preclínica, habitualmente *in situ* o mínimamente infiltrantes con escasas posibilidades de metástasis ganglionares. Aunque el pronóstico de estos tumores suele ser excelente, su diagnóstico y tratamiento plantean nuevas estrategias que con frecuencia conllevan más de un tiempo quirúrgico, perfectamente realizable en CMA (ampliación de márgenes quirúrgicos; biopsia de microcalcificaciones o lesiones no palpables, etc.).

b) Aceptación del tratamiento conservador, menos traumático que la mastectomía radical modificada, como procedimiento de elección para carcinomas infiltrantes en estadios I y II.

c) Implantación de la técnica del ganglio centinela.

d) Mejoría del nivel cultural y de la información sanitaria de la mujer española, junto a una mayor sensibilidad social en relación con los temas del cáncer de mama, que favorecen diagnósticos más tempranos.

e) La percepción social de los beneficios de la cirugía ambulatoria.

f) Tendencia progresiva hacia una dedicación "especial", por parte de algunos profesionales, hacia los temas relacionados con la afección mamaria, y en especial con el cáncer, lo que redundará indudablemente en mejores resultados.

Asistimos a una época en que el diagnóstico del cáncer de mama es más frecuente y tiende a ser más precoz, las biopsias ante lesiones mínimas son más habitua-

les, y los tratamientos quirúrgicos demandados cada vez menos mutilantes. Parece, por tanto, perfilarse un horizonte en el que la CMA debe desempeñar un papel importante en nuestro país en el nuevo enfoque terapéutico del cáncer de mama.

Pero existen factores que pueden dificultar la implantación de programas de CMA en nuestro medio, como afirman Lomas Espada et al²⁶, y que es preciso modificar con el fin de desarrollar un sistema eficaz para la creación y desarrollo de estas unidades de CMA, y que son:

– Factores relacionados con el *usuario y la familia* (percepción del hospital como conquista del estado de bienestar; posibilidad de disfrute de un postoperatorio que facilite una baja laboral, etc.).

– Factores relacionados con los *profesionales sanitarios* (posible incremento de reclamaciones; creencia de que la hospitalización conlleva mayor seguridad; escasa implicación en la gestión de recursos, etc.).

– Factores *institucionales* (inadecuada financiación y retribución; planificación sanitaria deficiente, etc.).

Bibliografía

- Martín-Duce A. Tendencias de futuro en Cirugía Mayor Ambulatoria. En: Porrero Carro JL, editor. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico. Madrid: Ediciones S.A., 1999; p. 405-10.
- Rivas MP, Sancho F, Rivas F, Fatás J, Giner M, Gutiérrez R, et al. Estado actual de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España. Encuesta Nacional. CMA, 1999;4:441-58.
- Goodman AA. Definitive surgery for breast cancer performed on an outpatient basis. Arch Surg 1993;28:1149-52.
- García-Villanueva A, Ferreiro-Pozuelo N, Samaranch-Palero N, Pérez de Oteyza J, Collado-Guirao MV, Rojo-Blanco R. Cirugía Mayor Ambulatoria en Cirugía General y Digestiva: Mama. En: Porrero Carro JL, editor. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico. Madrid: Ediciones Doyma S.A., 1999; p. 203-12.
- Dooley WC. Ambulatory breast cancer surgery. Ann Surg Oncol 2000;7:174-5.
- Mc Manus SA, Topp DA, Hopkins C. Advantages of outpatient breast surgery. Amer Surg 1994;60:967-70.
- Rainsbury RM. New advances in the surgical treatment of breast cancer. The Breast 1997;6:349-53.
- Holcombe C, West N, Mansel RE, Horgan K. The satisfaction and saving of early discharge with drain in situ following axillary lymphadenectomy in the treatment of breast cancer. Eur J Surg Oncol 1995;21:604-6.
- Boman L, Björvell H, Cedemark C, Theve NO, Wilking N. Effects of early discharge from hospital after surgery for primary breast cancer. Eur J Surg 1993;159:67-73.
- Margolese RG, Lasry JC. Ambulatory Surgery for breast cancer patients. Ann Sur Oncol 2000;7:181-7.
- Clark JA, Kent RB. One day hospitalization following modified radical mastectomy. Am Surg 1992;58:239-42.
- Ferrante J, Gózaes E, Pal N, Roetzheim R. The use and outcome of outpatient mastectomy in Florida. Am J Surg 2000;179:253-60.
- Gutiérrez-Romero JR, Bustos-Molina F, García-Moreno F. Criterios de selección y procedimientos. En: Porrero Carro JL, editor. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico. Madrid: Ediciones Doyma S.A., 1999; p. 41-8.
- Josefson D. "Drive by" mastectomy to be banned. BMJ 1997; 314:92.
- Moral-Iglesias L, Alonso-Gonzalez M. Impacto de la Cirugía Mayor Ambulatoria. En: Porrero Carro JL, editor. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico. Madrid: Ediciones Doyma S.A., 1999; p. 9-22.
- Kambouris A. Physical, psychological, and economic advantages of accelerated discharge after surgical treatment for breast cancer. Am Surg 1996;62:123-7.
- Tan LR, Guenther M. Outpatient definitive breast cancer surgery. Am Surg 1997;63:865-867.

18. Liu CD, McFadden DW. Overnight closed suction drainage after axillary lymphadenectomy for breast cancer. *Am Surg*, 1997;63:868-70.
19. Jeffrey SS, Goodson W, Keda D. Axillary lymphadenectomy for breast cancer without axillary drainage. *Arch Surg* 1995;130:909-13.
20. Paredes JP, Puente JL, Potel J. Variations in sensitivity after sectioning the intercostobrachial nerve. *Am J Surg* 1990;160:525-8.
21. Kortila K, Ötsman PI, Faure E. Randomized comparison of recovery after propofol-nitrous oxide versus thiopentane-isoflurane-nitrous oxide. *Act Anesth Scand* 1990;34:400-2.
22. Coveny E, Wetz CR, Greengrass R, Iglehart JD, Leight GS, Steel SM, et al. Use of paravertebral block anesthesia in the surgical management of breast cancer: experience in 156 cases. *Ann Surg* 1998;227:496-501.
23. Yeh Ch-Ch, Yu J-Ch, Wu Ch-T, Ho Sh-T, Chang T-M, Wong Ch-Sh. Thoracic epidural anesthesia for pain relief and postoperation recovery with modified radical mastectomy. *World J Surg* 1999;23: 256-61.
24. Dennison A, Oakley N, Appleton D, Paraskevopoulos J, Kerrigan D, Cole J, et al. Local anesthesia for major general surgical procedures. A review of 116 cases over. *Postgrad Med J* 1996;72:105-8.
25. Oakley N, Dennison A, Shorthouse AJ. A prospective audit of simple mastectomy under local anesthesia. *Eur J Surg* 1996;22: 134-6.
26. Lomas-Espada M, Porrero-Carro J.L. Dificultades en la implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria. En: Porrero Carro JL, editor. *Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico*. Madrid: Ediciones Doyma SS, 1999; p. 397-403.