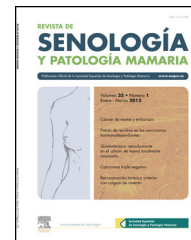




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CARTA AL DIRECTOR

Ventajas de la ecografía intraoperatoria en el manejo quirúrgico de las lesiones no palpables de la mama

Advantages of intraoperative ultrasonography in the surgical management of nonpalpable breast lesions

Sr. Director:

Hoy día existen básicamente 3 métodos para localizar quirúrgicamente las lesiones de mama no palpables (LNP): el arpón metálico, la técnica ROLL y la ecografía intraoperatoria (EIO).

La biopsia/exéresis de LNP con arpón es una técnica «a ciegas» donde la lesión nunca está visualizada en el quirófano. Las complicaciones quirúrgicas se sitúan entre el 0 y el 22%. Asimismo, se han documentado casos de dolor, ansiedad y reacciones vagas hasta en un 9% de los casos¹. Tampoco debe obviarse la posibilidad de su desplazamiento de la localización inicial y la frecuente escisión de excesivo tejido mamario.

El método ROLL, consistente en la extirpación quirúrgica de la zona «caliente» donde está localizada la mayor concentración de isótopo², también es una extirpación «a ciegas», al extraerse la zona con más radiactividad sin visualizar la lesión, depende de la pericia del radiólogo a la hora de inyectar el isótopo, y, además, la cantidad de tejido extirpado va a depender de los límites de la lesión estimados subjetivamente por el cirujano en ese momento.

Muchos de estos inconvenientes se soslayan utilizando la EIO como método de localización intraoperatoria de estas lesiones³. Permite identificar las LNP en todos sus ejes, determinar su tamaño exacto, así como la distancia a la piel y a planos profundos. Por tanto, el cirujano puede planificar la intervención sin que el punto de entrada de un arpón o el lugar de captación de isótopo condicionen la localización de la incisión. Además, la ecografía *ex vivo* de la pieza quirúrgica permite identificar objetivamente márgenes afectos o próximos y realizar una ampliación de seguridad en ese momento. Con el uso de la EIO para determinar los márgenes, los resultados publicados oscilan entre el 82 y el 100% de márgenes negativos en la cirugía inicial del cáncer de mama⁴. Estos datos son superponibles a los de las otras 2 técnicas^{1,2}.

Otro factor, no menos importante, a tener en cuenta es la comodidad de la paciente, ya que se evita el paso previo al quirófano por la sala de Radiología para la introducción del arpón metálico o el isótopo radiactivo. Este problema se agrava en hospitales que carecen de Medicina Nuclear y/o Unidad de Radiodiagnóstico, lo que supone para las pacientes engorrosos y caros desplazamientos a otros centros en los días previos o incluso el mismo de la intervención⁵.

Además, desde el punto de vista organizativo, al no depender de otros servicios, las pacientes pueden programarse para quirófano con más facilidad y rapidez, por lo que en la mayoría de los casos el tiempo de espera para la intervención se acorta de forma significativa. Por último, y como resultado esperable de todo lo expuesto, no es difícil deducir el importante ahorro económico que supone en cuanto a costes de desplazamientos y material necesario para la colocación del arpón o el isótopo radiactivo.

La limitación de la EIO son las lesiones no visibles ecográficamente, donde tienen cabida las otras 2 técnicas descritas anteriormente, así como la presencia de carcinoma ductal *in situ* no calcificado o carcinoma invasivo multifocal no detectados por ningún método de imagen. Las pacientes con estos diagnósticos tienen un riesgo mayor de presentar márgenes positivos⁴. No obstante, se están ensayando técnicas que facilitarían la localización ecográfica de estas lesiones⁶.

Nuestra experiencia en los últimos 12 meses es de 16 casos, incluyendo 13 lesiones malignas y 3 benignas, y podemos afirmar que las expectativas son muy favorables y satisfactorias para el cirujano por la autonomía que proporciona. Hemos tenido que reintervenir a 2 pacientes, en uno de los primeros casos por exéresis con margen afecto y en otro por componente intraductal extenso de alto grado con márgenes insuficientes, que obligaron a realizar ampliación de márgenes y mastectomía, respectivamente.

Como conclusión, valoramos la EIO como una herramienta diagnóstico-terapéutica que se demuestra superior en la relación coste/efectividad a las otras 2 técnicas empleadas habitualmente en el tratamiento quirúrgico de las LNP de la mama. Por último, consideramos que el ecógrafo es un elemento fundamental en la valoración clínica de la enfermedad mamaria y no debería faltar en la consulta ni en el quirófano de un cirujano mamario.

Bibliografía

1. Doridot V, Meunier M, El Khoury C. Stereotactic radioguided surgery by site selects for subclinical mamographic lesions. *Ann Surg Oncol*. 2005;12:181–8.
2. Ballester Sapiña JB, González Noguera PJ, Casterá March JA, Jiménez Sierra A, Camps Herrero J, Ricart Selma V. Cirugía mamaria radioguiada. Evolución del uso de técnicas miniinvasivas y situación actual. *Cir Esp*. 2008;83:167–72.
3. Rubio IT, Asensio J, Hernández JM, Santos-Briz A, Klimberg S. La ecografía intraoperatoria en la cirugía exéretica de la mama. *Cir Esp*. 2003;74:197–200.
4. Eichler C, Hübbel A, Zarghooni V, Thomas A, Gluz O, Stoff-Khalili M, et al. Intraoperative ultrasound: Improved resection rates in breast-conserving surgery. *Anticancer Res*. 2012;32:1051–6.
5. Ripoll Orts F, Morera Ocon F, Olagüe de Ros R, Bernal Sprekelsen JC. Técnica del ganglio centinela en la cirugía del cáncer de mama en un hospital sin servicio de medicina nuclear. *Cir Esp*. 2007;82:312–6.
6. Klein RL, Mook JA, Euhus DM, Rao R, Wynn RT, Eastman AB, et al. Evaluation of a hydrogel based breast biopsy marker (HydroMARK®) as an alternative to wire and radioactive seed localization for non-palpable breast lesions. *J Surg Oncol*. 2012; 105:591–4.

José López García^{a,*}, María Dolores Escudero de Fez^a,
Salvador González-Moncayo^b y Juan Carlos Bernal
Sprekelsen^a

^a *Servicio de Cirugía General, Hospital General de Requena, Requena, Valencia, España*

^b *Servicio de Cirugía General, Hospital General de Almansa, Almansa, Albacete, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: cironcol@comv.es,
lopezga@eresmas.com (J. López García).