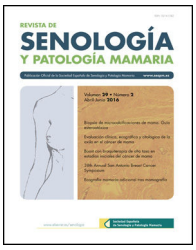
Rev Senol Patol Mamar. 2018;31(3):79–80

Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



EDITORIAL

Los sellantes en cirugia mamaria. El sueño que no acaba de hacerse realidad

Sealants in breast cancer surgery. The dream that hasn't quite become reality

La posibilidad de disponer de un material de sellado que evite la aparición de seromas tras las mastectomías y las linfadenectomías ha sido uno de los deseos históricos de todos los cirujanos que nos dedicamos a la cirugía del cáncer de mama. Poder aplicar de forma simple tras la cirugía un pegamento o material hemostático y evitar de forma inmediata las complicaciones asociadas a esa cirugía incluso evitando la colocación de drenajes siempre ha parecido un sueño que no acaba de cumplirse. Y la bibliografía no hace mas que demostrarnos que efectivamente ese sueño no es fácil.

En este número de Revista de Senología y Patología Mamaria se presentan dos trabajos sobre este tema. En el primero de Cholvi et al.[1] no se evidencian ventajas al aplicar de forma comparativa dos tipos de sellantes de fibrina en relación con el volumen seroso drenado y con la formación de seroma axilar postquirúrgico. En el estudio de García et al.[2] se valora de forma retrospectiva el uso de un sellante frente a un grupo control anterior. Encuentran diferencias significativas en el número de drenajes utilizados, volumen de seroma y días transcurridos antes de retirar el drenaje pero este trabajo tiene las limitaciones de un estudio retrospectivo y un bajo número de pacientes lo que les hace proponer la realización de un estudio prospectivo a nivel nacional.

El tema de la utilización de sellantes en la cirugía oncológica mamaria ha sido un tema de interés y motivo de una revisión de la Cochrane por Sajid et al.[3]. Se realizó un metanálisis de 18 estudios randomizados válidos tras el uso de sellantes de fibrina que afectaban a 1252 pacientes. Las conclusiones sin embargo no fueron favorables para el uso de ese tipo de sellantes ya que estimaron que no tenía ninguna influencia en la aparición de seromas, su volumen medio, aparición de infecciones, complicaciones o duración del ingreso hospitalario. Solo tuvo efecto positivo en la disminución del número de punciones realizadas para drenar esos seromas en el postoperatorio. Muchos de los estudios eran de baja calidad por defectos en la selección de los pacientes y se combinaban todos los tipos de cirugía mamaria existentes, cirugías conservadoras, mastectomías, linfadenectomías axilares, biopsia de ganglio centinela, cirugías oncoplásticas. En sus conclusiones, recomienda un estudio randomizado multicéntrico controlado con criterios claros de selección de pacientes y múltiples grupos en función de la cirugía que se realiza.

Estudios de esas características son de muy difícil realización y publicaciones posteriores han sido mas proclives a los métodos clásicos de utilización de drenajes y puntos de anclaje de los colgajos para la disminución de los seromas frente a la utilización de sellantes de fibrina[4]. También ha sido descrita la disminución de los seromas con la utilización simultánea de puntos de anclaje y fibrina[5] En algunos de los estudios mas recientes[6] se advierte al cirujano de la precaución en la utilización de sellantes mediante spray y la posibilidad de aparición de embolias gaseosas si no se toman las medidas adecuadas de aplicación del spray a presión y distancia adecuada.

Dentro de la cirugía mamaria se han descrito posibles beneficios, siempre controvertidos, en la utilización de sellantes de fibrina para las fistulas quilosas[7], fijación de los pedículos tras la anastomosis en microcirugía reconstructiva mamaria o para la disminución de los seromas tras cirugía con utilización del músculo dorsal ancho asociado a puntos de anclaje del colgajo pero en ninguno de los casos los resultados han sido espectaculares y lo que si parece efectivo para la disminución de los seromas es la utilización de puntos de anclaje cada 6 cm para disminuir el espacio libre tras la cirugía[8].

El uso de los sellantes se ha popularizado en casi todas las especialidades quirúrgicas, neurocirugía, cirugía torácica, cirugía vascular, maxilofacial, plástica, cardiaca con múltiples artículos publicados con resultados variables. En Cirugía General se ha usado también en cirugía hepatobiliar, coloproctología, esofagogástrica y de pared abdominal

https://doi.org/10.1016/j.senol.2018.07.003
0214-1582/© 2018 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

con resultados dispares y todavía no han demostrado desde el punto de vista de evidencia científica su utilidad en la disminución de la aparición de complicaciones asociadas a este tipo de cirugía. La mayor parte de los estudios publicados hasta el momento en el cáncer de mama mantienen mucha variabilidad respecto a criterios de selección e intervenciones quirúrgicas realizadas por lo que las conclusiones en ningún caso pueden ser aplicables a la práctica clínica basada en la evidencia. Se impone la realización de ensayos clínicos prospectivos randomizados multicéntricos con alto volumen de participantes para conseguir demostrar la utilidad de los sellantes en este tipo de cirugía. De otra forma, la utilización de los mismos solo se basará en experiencias personales sin base científica. La constante aparición de nuevos productos médicos con similar función ''hemostática-sellante'' deberían pasar por el mismo proceso de análisis exhaustivo antes de utilizarlos en una cirugía de alto volumen como es la del cáncer de mama, con sus múltiples técnicas quirúrgicas en las que podrían ser utilizados. Hay que tener en cuenta que la cirugía de la mama en el momento actual es ambulatorizable en un alto porcentaje de los casos con un mínimo de complicaciones y que cualquier gasto que se quiera añadir a los procedimientos debe tener una clara base científica para su incorporación a la práctica clínica habitual. El diseño de un ensayo clínico multicéntrico debe de seguir siendo la aspiración a realizar para conseguir los objetivos. Hasta que ese ensayo no se realice y no analicemos los resultados el sueño estará pendiente de convertirse en realidad.

Bibliografia

1. Cholvi R, Calvete J, Martín J, Mayol A, Mora I, Jiménez C, et al. Aplicación de sellantes de fibrina (Tissucol frente a Tachosil) para la prevención del seroma tras linfadenectomía axilar en cirugía del cáncer de mama. Estudio prospectivo y aleatorizado https://doi.org/10.1016/j.senol.2018.03.003.
2. Garcia M, García ED, Álvarez J, Cuevas D, Borrás AT, Valentín ML. Utilización de Tissucol en pacientes mastectomizadas en un hospital de tercer nivel. Estudio retrospectivo. https://doi.org/10.1016/j.senol.2018.04.0031.
3. Sajid MS, Hutson KH, Rapisarda IF, Bonomi R. Fibrin glue instillation under skin flaps to prevent seroma-related morbidity following breast and axillary surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2013;31, http://dx.doi.org/10.1002/14651858. CD009557.pub2.
4. Turner EJ, Benson JR, Winters ZE. Techniques in the prevention and managemente of seromas after breast surgery. Future Oncology. 2014 May;10:1049–63, http://dx.doi.org/10.2217/fon.13.257.
5. Van Bastelaar J, Theunissen LLB, Snoejis MGJ, Beets GL, Vissers YLJ. Flap Fixation Using Tissue Glue or Sutures Appears to Reduce Seroma Aspiration After Mastectomy for Breast Cancer. Clin Breast Cancer. 2017 Jul;17:316–21. Epub 2017 Jan 24.
6. Edwards SJ, Crawford F, van Velthoven MH, Berardi A, Osei-Assibey G, Bacelar M, et al. The use of fibrin sealant during non-emergency surgery: a systematic review of evidence of benefit and harms. Health Technol Assess. 2016 Dec;20:1–224, http://dx.doi.org/10.3310/hta20940.
7. Piñero A, Galindo PJ, Illana J, Parrilla P. Fístula quilosa postlinfadenectomía axilar. Rev Sen Patol Mam. 2007;20:29–32.
8. Lee J, Bae Y, Jung JH, KIM WW, Hwang SO, Kwon TJ, et al. Effects of Quilting Suture Interval on Donor Site Seromas After Breast Reconstruction With Latissimus Dorsi Muscle Flap: A Randomized Trial. Clin Breast Cancer. 2016 Dec;16:e159–64, http://dx.doi.org/10.1016/j.clbc.2016.05.017. Epub 2016 Jun 7.

Ricardo Pardo García
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma, Madrid, España
Correo electrónico: rpardo133@yahoo.es