



ORIGINAL

Reescisión por márgenes afectos. Encuesta de valoración de variabilidad



Laia Bernet^{a,*}, Ander Urruticoechea^b, Francisco Vicente^c y el Grupo de Estudios Senológicos. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria[◇]

^a Patología, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva

^b Onkologikoa, Donostia- San Sebastián, España

^c Cirugía. Complejo Hospitalario de Navarra, España

Recibido el 7 de enero de 2014; aceptado el 28 de abril de 2014

Disponible en Internet el 19 de junio de 2014

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Cirugía conservadora;
Márgenes

Resumen

Objetivos: La importancia de obtener márgenes libres en la cirugía conservadora de mama es conocida. Sin embargo, no existe uniformidad a la hora de plantear una reescisión, por ello desde el Grupo de Estudios Senológicos decidimos conocer la realidad de nuestro país mediante una encuesta

Material y método: Se elaboró una encuesta en línea que constaba de 28 ítems distribuidos en 4 apartados: generalidades, información y decisión peroperatoria, información y decisión postoperatoria, y otros. Se envió a 87 centros de los que contestaron 55 (63,2%).

Resultados: En el 60% de los casos los márgenes se examinan de forma intraoperatoria siempre y en el 22% de forma ocasional. El 58% entiende por margen próximo el margen inferior a 1 mm. Cuando la información de margen afecto, focalmente afecto o próximo a tumor es intraoperatoria, en la mayoría de los centros se opta por la ampliación quirúrgica. Si la información es postoperatoria, en caso de margen afecto o focalmente afecto se realiza una reescisión en un amplio porcentaje de pacientes (70-100%) y si son próximos solo en el 18-29%. En caso de afectación de márgenes y no reescisión quirúrgica en el 50% de los casos se aumenta la dosis de radiación.

Conclusión: Actualmente en nuestro medio, ante la afectación de los márgenes quirúrgicos la decisión mayoritaria es la reescisión. Sin embargo, existe una variabilidad no despreciable en esta decisión cuando la información es de proximidad del margen quirúrgico.

© 2014 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernet.lai@gva.es (L. Bernet).

◇ Los miembros del Grupo de Estudios Senológicos se presentan en el anexo 1.

KEYWORDS

Breast cancer;
Breast-conserving
surgery;
Margin status

Reexcision after involved margins. A survey to evaluate variability**Abstract**

Objectives: The importance of obtaining free margins in breast-conserving surgery is well known. However, there are no uniform criteria on when to perform a reexcision. Therefore, the Breast Study Group decided to identify current practice in Spain through a survey.

Materials and method: An online survey was developed consisting of 28 items divided into the following 4 data sections: General information, perioperative information and decisions, postoperative information and decisions, and other factors. Questionnaires were sent to 87 centers, and responses were obtained from 55 (63.2%).

Results: Margins were always examined intraoperatively in 60% of the centers and occasionally in 22%. Close margins were defined as those 1 mm away from the margin by 58% of participants. Most centers opted for reexcision when information on involved margins or close margins was obtained intraoperatively. If the information was obtained postoperatively, reexcision was performed in 70-100% of cases of involved margins but in only 18-29% of cases of close margins. In cases of involved margins without reexcision, 50% of respondents increased the radiation dose.

Conclusion: In Spain, reexcision is usually performed in cases of involved margins. However, there is an appreciable variation in this decision in cases of close margins.

© 2014 SESPM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El manejo del cáncer de mama ha sufrido importantes cambios en las últimas décadas habiéndose pasado del máximo tratamiento tolerable al mínimo tratamiento eficaz¹. Así, actualmente el tratamiento más utilizado es la cirugía conservadora seguida de radioterapia que obtiene los mismos resultados que la mastectomía^{2,3}. En un intento de disminuir la agresividad quirúrgica, la cirugía moderna va dirigida a extraer el menor volumen posible con la idea de preservar la estética. En estos casos, la finalidad del cirujano es extirpar el tumor en bloque junto con un margen de tejido sano, actuación que garantiza la extracción completa del tumor⁴.

El objetivo del estudio patológico del margen quirúrgico, ya sea intraoperatorio o diferido, es informar de la presencia o no de células tumorales en el borde de la pieza o en su proximidad, dado que existe una relación directa entre margen positivo y recidiva⁵. Sin embargo, ante la afectación de los márgenes o proximidad de las células tumorales a los mismos, no existe una actuación uniforme por parte de los equipos médicos, planteándose diversas actitudes como la reexcisión, la mastectomía, aumentar la dosis de radiación o no hacer nada^{6,7}.

El concepto de margen afecto implica la presencia de células tumorales en la tinta china con la que el patólogo marca el borde de la pieza. Sin embargo, no existe unanimidad de criterio para los conceptos de «margen negativo»^{8,9}, ni «margen próximo», concepto que se ha excluido recientemente en las guías de las Sociedades de Cirugía Oncológica y de Oncología Radioterápica americanas¹⁰, en las que se proponen únicamente los términos de margen positivo y margen libre.

El Grupo de Estudios Senológicos (GES) decidió conocer la situación práctica actual en nuestro país respecto a la actitud terapéutica de márgenes afectos. El objetivo del presente estudio es conocer la variabilidad en la actitud de

las diversas unidades de mama del territorio nacional en el manejo de los márgenes de resección de la cirugía de mama.

Material y método

Se elaboró una encuesta para conocer la actitud ante la afectación o proximidad de los márgenes de resección quirúrgicos por células tumorales. Esta encuesta constaba de 28 ítems distribuidos en 4 apartados: generalidades, información y decisión peroperatoria, información y decisión postoperatoria, y otros (tablas 1-4). Las preguntas se refirieron tanto a carcinomas infiltrantes como *in situ* y se solicitó la respuesta basada en el criterio de la unidad como tal, no por los servicios o por la persona que contestó.

La encuesta se realizó en línea. Para ello, el cuestionario se puso en la red y se envió un enlace de la misma mediante correo electrónico, desde la secretaría de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM) a 87 centros pertenecientes a 13 comunidades autónomas en los que existe una unidad funcional de mama.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo de las respuestas a cada ítem mediante un cálculo de proporciones de las mismas. También se llevó a cabo un análisis comparativo entre grupos dependiendo del manejo intraoperatorio y la consideración de la decisión del respectivo Comité, de algunas de las variables mediante una comparación de proporciones y un test de análisis de tablas de contingencia mediante el test de la chi-cuadrado de Pearson, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

De los centros encuestados, contestaron 55, lo que representa el 63,2%. La lista de centros participantes está en el [anexo 2](#). Tal como se observa en la [tabla 1](#), en el 76% de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3973878>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3973878>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)