

❖ MÁRGENES QUIRÚRGICOS

ÍNDICE:

1-Introducción

2-Definición y Controversias

3-Metodología

4-Conducta

5-Bibliografía

INTRODUCCIÓN

El tratamiento conservador es el tratamiento de elección en la mayoría de las pacientes con estadios iniciales. El éxito de la tumorectomía consiste en la exéresis completa del tumor con márgenes negativos manteniendo un buen resultado estético. La persistencia de células tumorales en los márgenes de sección quirúrgica es uno de los factores más importantes para las recidivas locales siendo el riesgo de estas 2 a 3 veces mayor si los márgenes son positivos (1).

No lograr márgenes apropiados en la cirugía inicial tiene consecuencias importantes:

- 1) re-operación en el 20 a 40% de las pacientes
- 2) retraso en el inicio del tratamiento adyuvante
- 3) stress psicológico y físico para la paciente
- 4) más gastos para el sistema de salud.(2)

El examen histológico de los márgenes debe ser una rutina en el estudio del tumor primario y consecuentemente deberá siempre ser consignado en el informe histopatológico.

Este estudio debe realizarse en todas las intervenciones oncológicas, en especial en la cirugía conservadora.

En las mastectomías adquiere importancia en casos determinados como en los tumores grandes y de localización periférica intentando la conservación de la piel y del complejo areola y pezón.

DEFINICIÓN Y CONTROVERSIAS

Se define como margen quirúrgico a la distancia que existe entre la superficie del tejido extraído , el cual se pinta con tinta china, y las células neoplásicas.

Existe controversia sobre lo que es un margen negativo adecuado.

En el carcinoma intraductal márgenes mayores a 1cm son considerados ideales y menores a 1mm inadecuados.(3) Si bien no existe consenso entre estas dos medidas según un metaanálisis realizado por la Dra Morrow el margen para un CDIS debe ser de 2mm (4,5).

En el carcinoma infiltrante para los americanos un margen negativo es aquel en el cual las células tumorales no tocan la tinta (NCCN 2014), para los europeos son necesarios 5 mm.

A pesar de estas controversias en nuestra opinión cuando realizamos una tumorectomía tratamos de extraer un margen macroscópico de 1 cm ya que de acuerdo a como se procese la pieza este margen puede reducirse a la mitad.

Con respecto al carcinoma lobulillar infiltrante no está indicado realizar márgenes más amplios de los descritos previamente.

La presencia de carcinoma lobulillar in situ clásico en los márgenes no es indicación de reexéresis.El significado del carcinoma lobulillar in situ variedad pleomórfica en los márgenes es incierto.

No se aconseja márgenes más amplios ante la presencia de componente intraductal extensivo (CIE).

No existe evidencia que haya una asociación entre el CIE y recidiva mamaria cuando los márgenes son negativos.Sin embargo al realizar una reexéresis por margen positivo si existe CIE el porcentaje de recidiva aumenta al 50%.Es por esto que viendo la posibilidad de la presencia de carcinoma ductal in situ residual en las pacientes con CIE se aconseja

realizar mamografía postoperatoria para identificar calcificaciones residuales que requieren la reexéresis.(6).

Consideramos que como cirujanos tenemos que pensar en un margen satisfactorio.

Para lograr ese margen satisfactorio tenemos que tener en cuenta factores predictivos de recurrencia mamaria que nos hacen pensar que la posibilidad de recidiva local va a ser baja y que el resultado estético va a ser aceptable.

METODOLOGÍA

1)Resección tumoral y de tejido peritumoral con 1 cm de tejido macroscópicamente sano.

2)Luego de resecada la pieza señalar la ubicación del espécimen con hilos de sutura

3)Ubicar y adherir el sector resecado sobre un papel con un diagrama de la mama izquierda o derecha.

4) El patólogo según el tipo de cirugía ,puede utilizar 2 formas de evaluación :

a) Biopsias diferidas : en biopsias radioquirúrgicas y escisionales que se reciben fijadas en formol, se pinta toda la superficie con tinta china y se fija rápidamente con ácido acético antes de seccionarlas.Luego se procede a la inclusión rutinaria en parafina y en el portaobjetos se puede medir la distancia entre el tumor y el margen coloreado.

b) Biopsias intraoperatorias : En tumorectomías y retumorectomías realiza el diagnóstico histológico y la evaluación intraoperatoria de los márgenes habitualmente con un exhaustivo exámen macroscópico.Se evalúan los márgenes tomando una muestra representativa del sector superior,inferior,externo,interno y profundo, y de ser necesario también del área anterior en relación a la piel.La muestra es tangencial a fin de observar una superficie mayor en cada uno de ellos. Realiza biopsia por congelación e informa:

1- Negativo : Sin tumor.

2-Positivo : Pasa por tumor.

CONDUCTA

- Si los bordes son positivos o próximos se deben realizar las retomas correspondientes y se reinforman hasta tener márgenes negativos.
- En el caso que el margen anterior esté próximo a la piel se puede realizar una resección de la misma si es factible.
- Si el margen posterior está próximo al músculo pectoral mayor no es necesario ampliar el margen. Solo se amplía si lo infiltra realizando una exéresis de la parte comprometida.
- El informe de patología debe describir por separado el estudio de bordes por congelación, las retomas, la diferida y la distancia al margen más próximo..
- La biopsia diferida que informa bordes positivos es una indicación de reintervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ananthakrishnan et al. Optimizing Surgical Margins in Breast Conservation. 2012. International Journal of Surgical Oncology. Review Article.
- 2) Bani et al. Factors correlating with reexcision after breast conserving therapy. Eur J Surg Oncol 2009; 35 : 32-7.
- 3) NCCN Guidelines Version 1.2014.
- 4) Morrow M. Breast Conservation and negative margins: how much is enough? Breast 2009; 18 (Supp3) : S84-S86. of Oncology 24 (Supplement 6).
- 5) Senkus et al. Primary breast cancer : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow up. 2013. Annals
- 6) Moran et al. Society of Surgical Oncology. American Society of radiation. Oncology Consensus Guideline on Margins for breast. Conserving Surgery with whole breast Irradiation in Stage I and II Invasive Breast Cancer. Journal of Clinical Oncology. Special Article. February 10, 2014.