

**MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN CÁNCER DE MAMA:  
CORRELACIÓN DE BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y  
BIOPSIA DIFERIDA  
HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE “DR. LUIS TISNÉ BROUSSE”**

IX CONGRESO CHILENO DE MASTOLOGÍA 2007  
Rev Chil Cancerología y Hematología Vol 16:143-152,2007

**Fancy Gaete <sup>(1)</sup>, Paulina Peñaloza <sup>(1)</sup>  
Valeria Cornejo <sup>(1)</sup>, Lorena Espinoza <sup>(1)</sup>  
Paula Escobar <sup>(2)</sup>, Miguel Angel Celis <sup>(2)</sup>  
Isabel Saffie <sup>(a)</sup>**

(1) Unidad de A. Patológica, Hospital Santiago Oriente

(2) Unidad de Mama, Hospital Santiago Oriente

(a) Interna séptimo año de medicina, Universidad de Chile

- ***Se ha demostrado que en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama no hay diferencias estadísticamente significativas en relación con la sobrevida entre las pacientes tratadas con mastectomía parcial más radioterapia y mastectomía radical modificada.***

(VERONESI U, FISHER B)

- ***La cirugía conservadora, busca la extirpación completa del tumor con margen libre macroscópico de 1 cm, con el mejor resultado estético posible, idealmente en un acto quirúrgico, por lo que la evaluación de los márgenes en biopsia intraoperatoria cobra especial importancia.***

(II Jornada Chilena de Consenso en Cáncer de Mama)

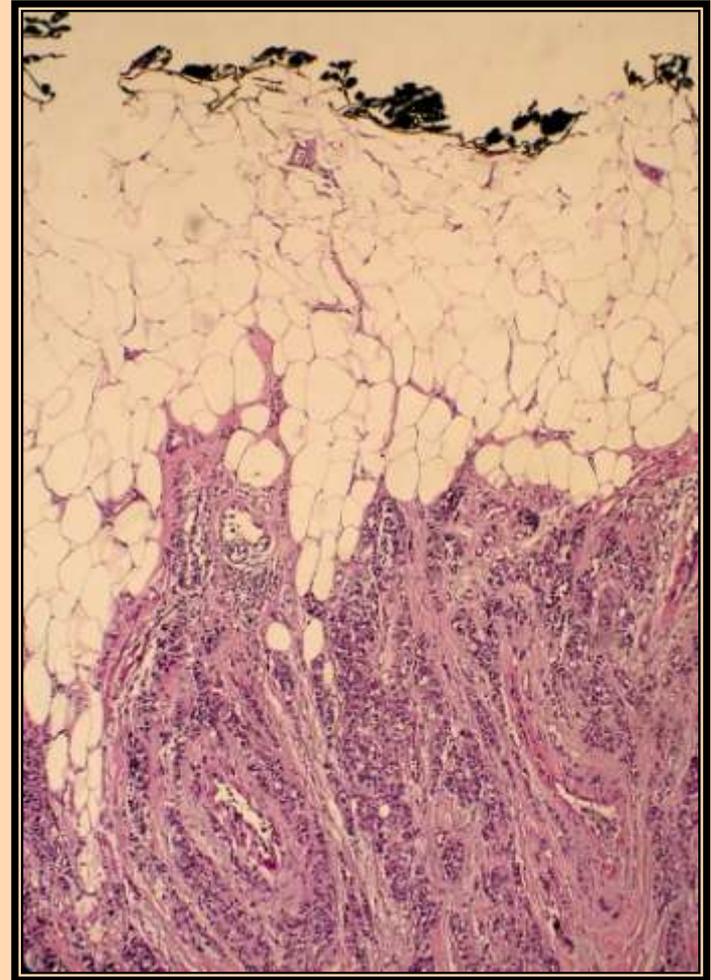
- **El margen quirúrgico se ha definido como la distancia entre las células tumorales y el borde marcado con tinta china de la pieza extirpada.**

- **No se dispone de una definición estándar de margen positivo o negativo en cirugía conservadora de cáncer de mama .**

(Ann Surg. 2005; 241:629-39 - The Breast 2001; 10:432-437 - J Surg Oncol.2004; 86: 134-140 - Cir Esp. 2006; 79(1):3-9 - Cancer 1996; 78: 1921-1928 - J Clin Oncol 2000; 18:1668-75 - Am J Surg 2000; 179:81-85 - Surgery 1995; 118:803-9 - Am Surg. 2005; 71: 22-28 - Ann Surg Onc 2006; 13(3):333-339)

- **Lo que si está claro es que la afectación microscópica del borde marcado con tinta se asocia a un aumento de la recidiva local**

(VERONESI U. - Cancer 1994; 74: 1746-1751 - Cancer 1996; 78: 1921-1928 - Eur J Cancer 1992; 28A:801-5 - Ann Surg 1993;218:22-8 - Am J Surg 2002; 184:383-93)



- **Técnicas de evaluación intraoperatoria de márgenes quirúrgicos:**
  - **citología por impronta** (positividad en diferida de 0 a 63%).
  - **macroscopía y cortes por congelación de todos los márgenes** (positividad en diferida de 0 a 4,4%)
  - **macroscopía meticulosa y cortes por congelación sólo en bordes dudosos.**
  - **apoyo ecográfico intraoperatorio para el estudio de márgenes** (hasta 3,5%)

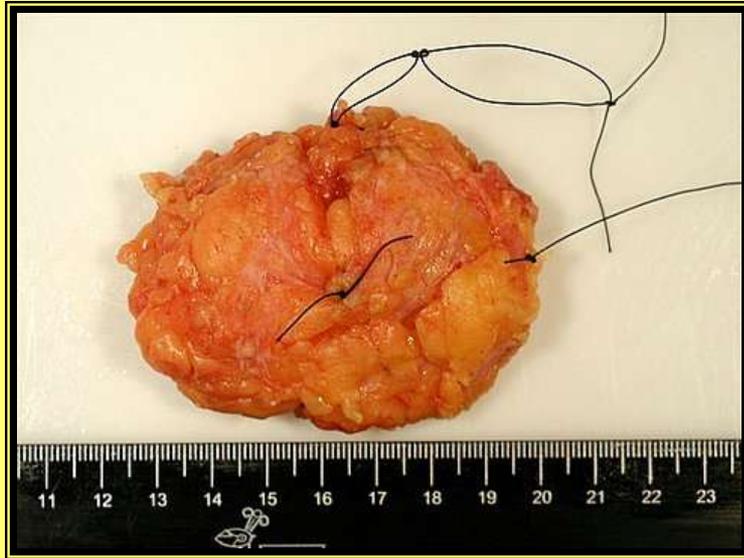
(Am J Surg 2002; 184:383-93 - Am Surg. 2005; 71: 22-28 - Ann Surg Oncol. 1997; 4: 644-9 - Breast Cancer. 1995; 2:27-33 - J Am Coll Surg. 2005; 201:194-198)

- ***En la Unidad de Anatomía Patológica del Hospital Santiago Oriente “Dr. Luis Tisné”***
  - ***realizamos un examen macroscópico meticuloso de la pieza quirúrgica, con corte por congelación en forma excepcional, en caso de duda.***
  - ***informamos como borde positivo aquel donde el tumor contacta macroscópicamente el borde marcado con tinta china, de lo contrario informamos la menor medida entre el tumor y los bordes.***

- ***La conducta de los cirujanos del Hospital Santiago Oriente frente a los informes de márgenes en biopsia intraoperatoria, está definida por la evidencia existente, y ellos en general con márgenes macroscópicos:***
  - ***iguales o menores a 2 mm realizan ampliación,***
  - ***entre 3 a 6 mm lo evalúan caso a caso y***
  - ***con más de 7 mm no amplían.***

*(II Jornada Chilena de Consenso en Cáncer de Mama)*

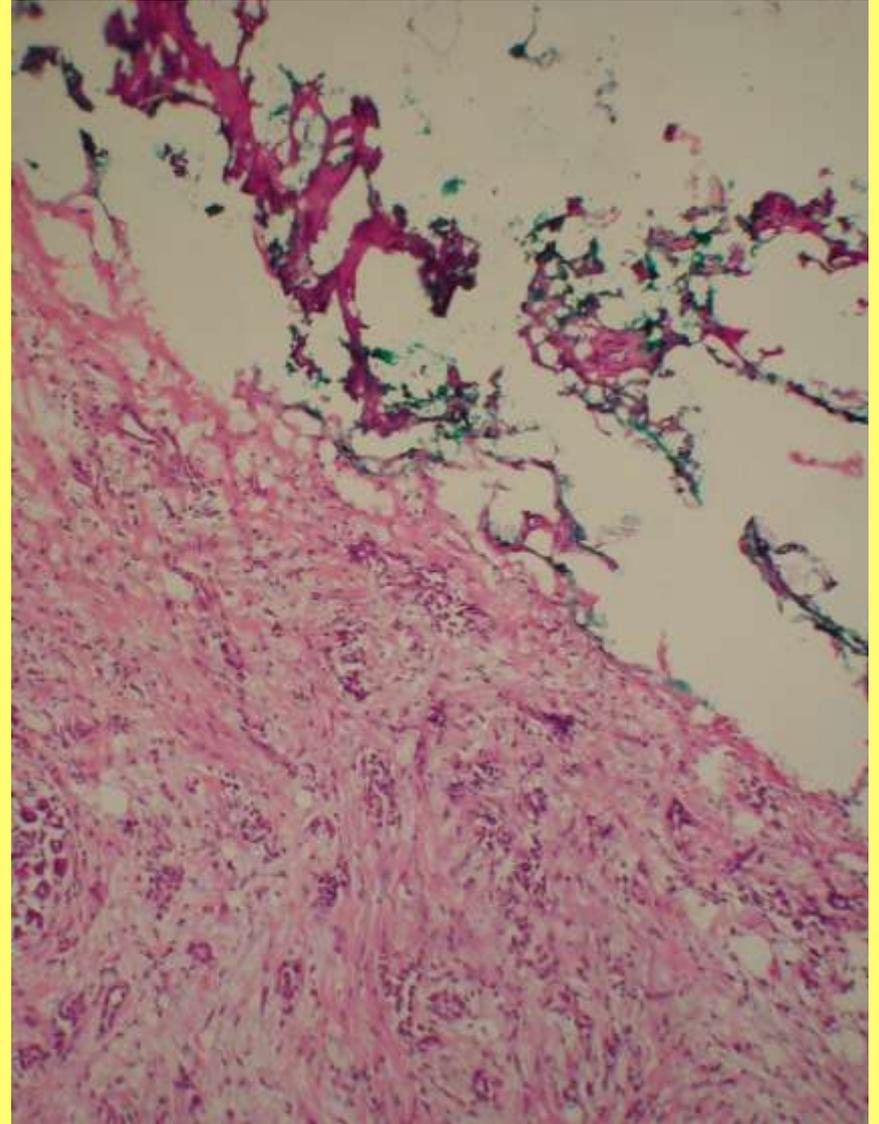
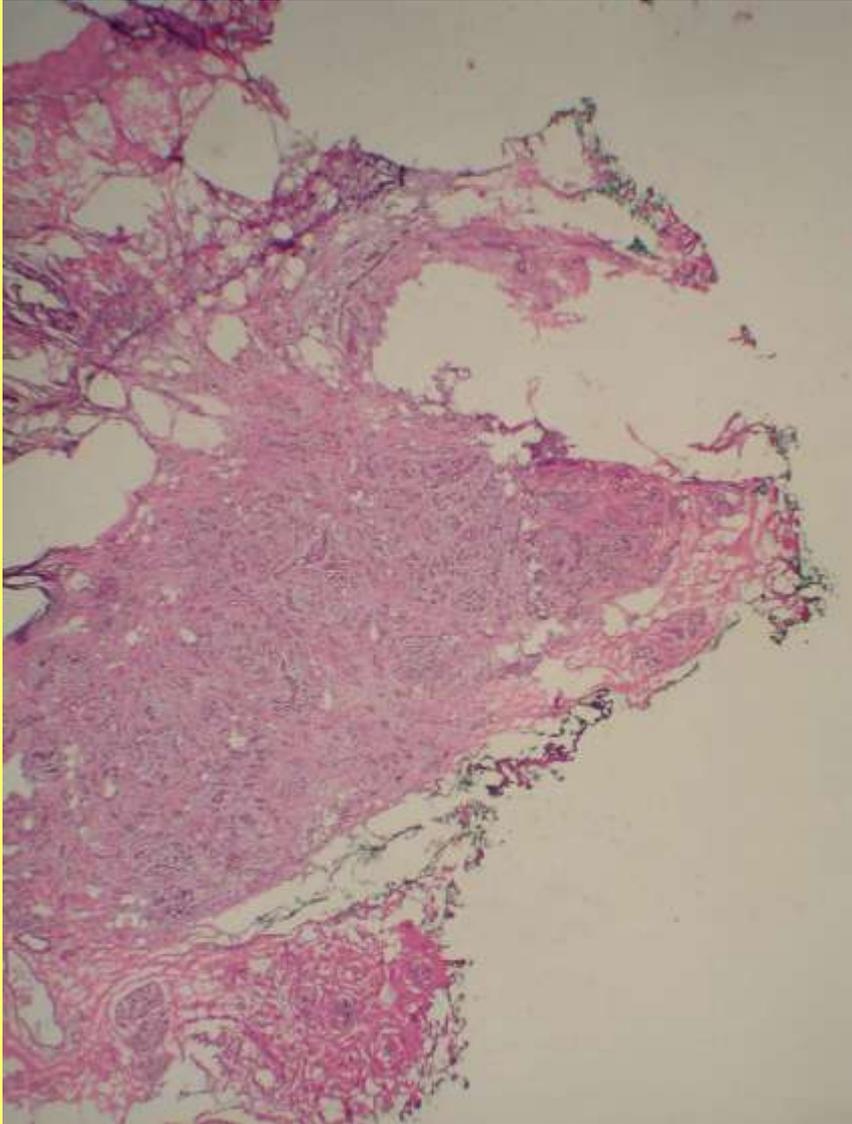
# PROCESAMIENTO MACROSCÓPICO



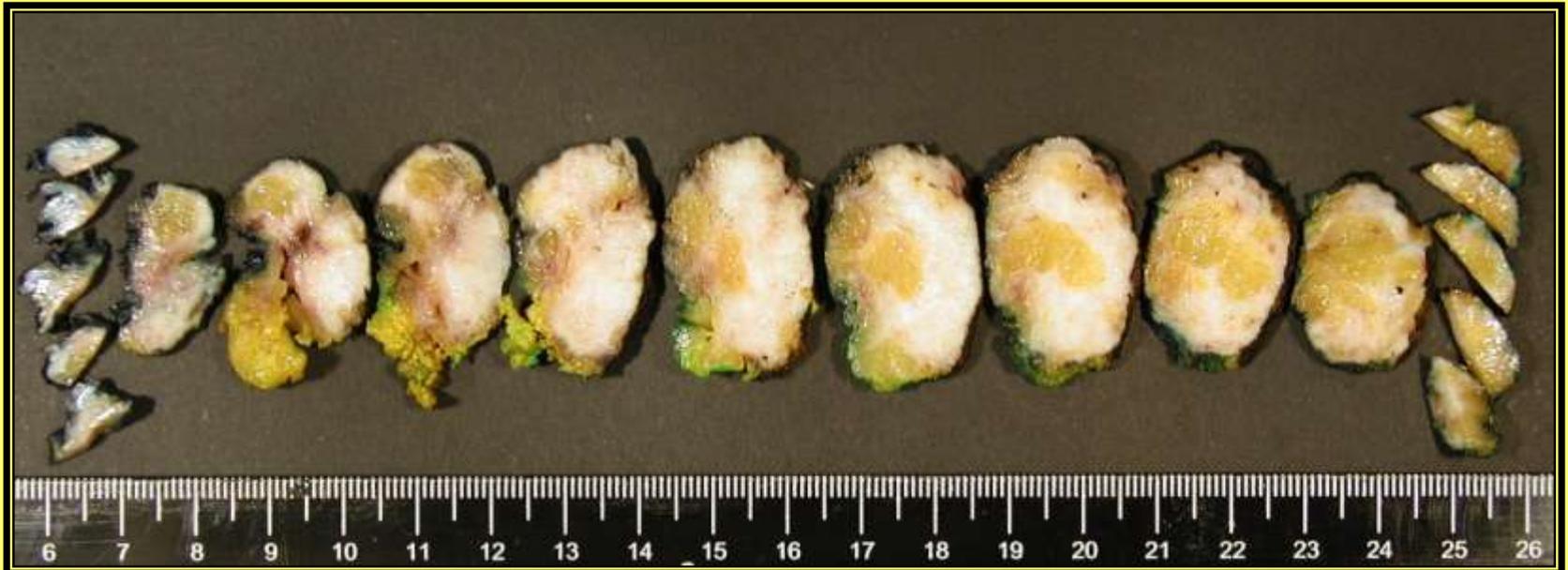
# PROCESAMIENTO MACROSCÓPICO



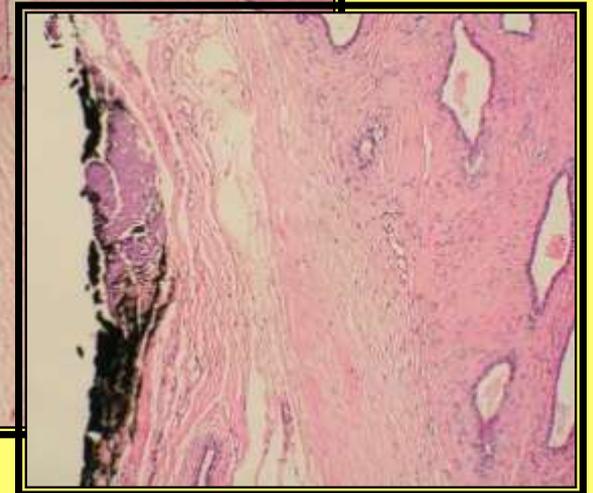
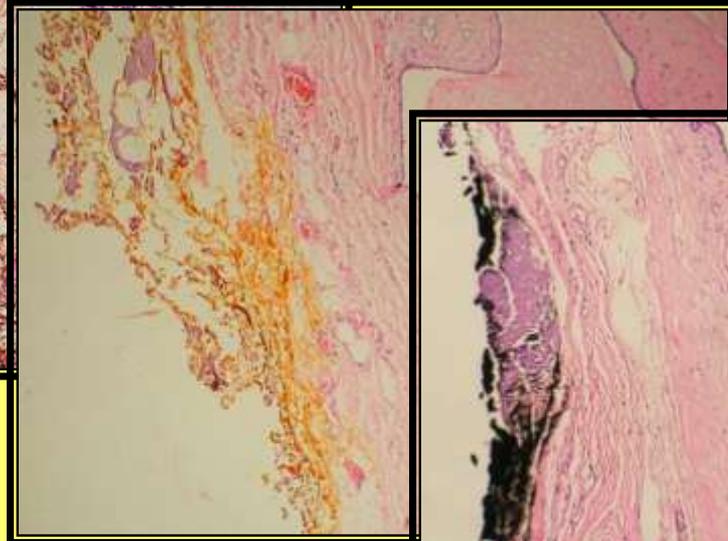
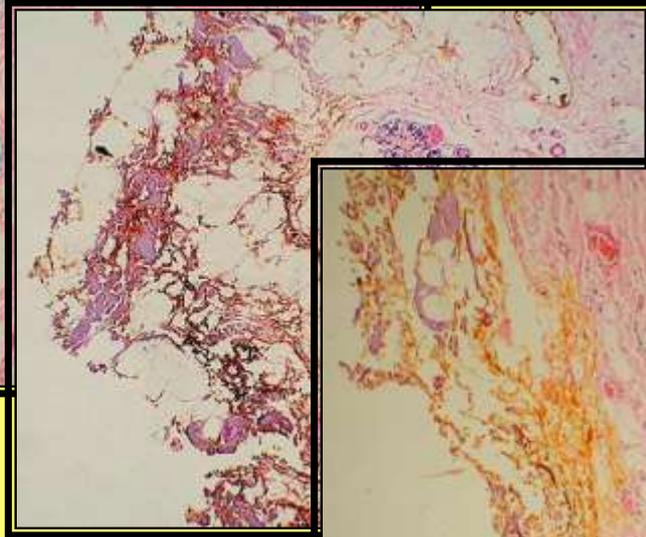
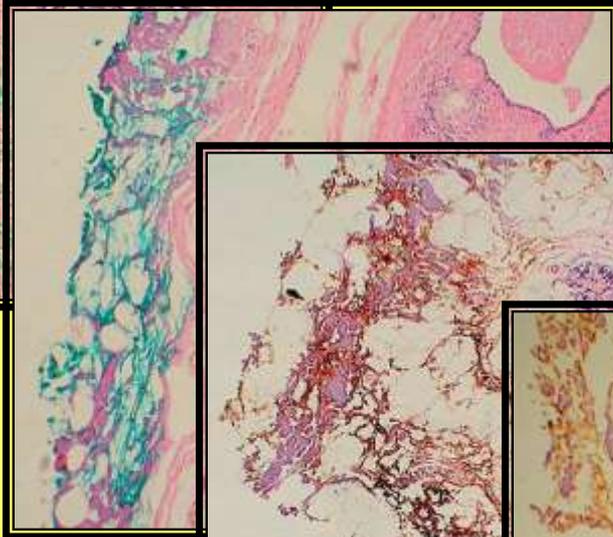
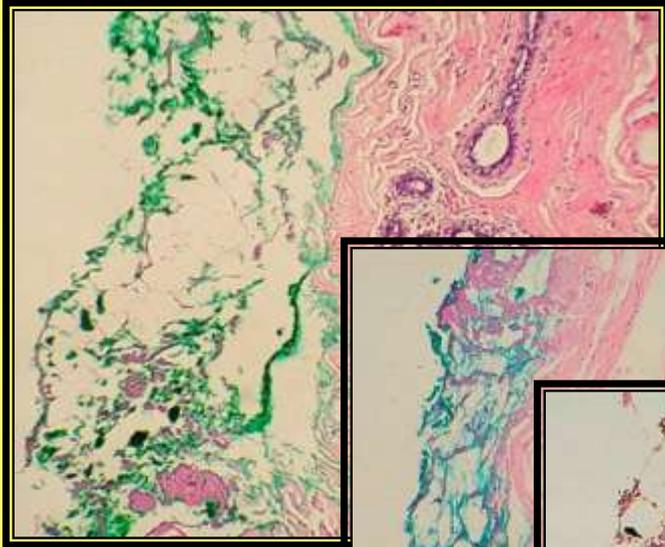
# PROCESAMIENTO MACROSCÓPICO



# PROCESAMIENTO MACROSCÓPICO



# MÁRGENES MICROSCÓPICOS



## NUESTRO TRABAJO

- *El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la correlación del diagnóstico de margen macroscópico intraoperatorio en mastectomías parciales por cáncer de mama palpable, con su diagnóstico de margen microscópico diferido, reagrupando los márgenes según la conducta de los cirujanos, en pacientes operadas en el Hospital Santiago Oriente Dr. Luís Tisné Brousse.*
- *Analizamos 292 mastectomías parciales, consignando los seis márgenes macroscópicos intraoperatorios (1752 MMal) y sus seis correspondientes márgenes microscópicos diferidos (1752 MMiD) de cada pieza.*

# NUESTRO TRABAJO

- *Agrupamos los MMal según la conducta general que tienen los cirujanos de nuestro hospital en:*

$\leq 2 \text{ mm}$	3 a 6 mm	7 a 10 mm	$>10 \text{ mm}$
---------------------	----------	-----------	------------------

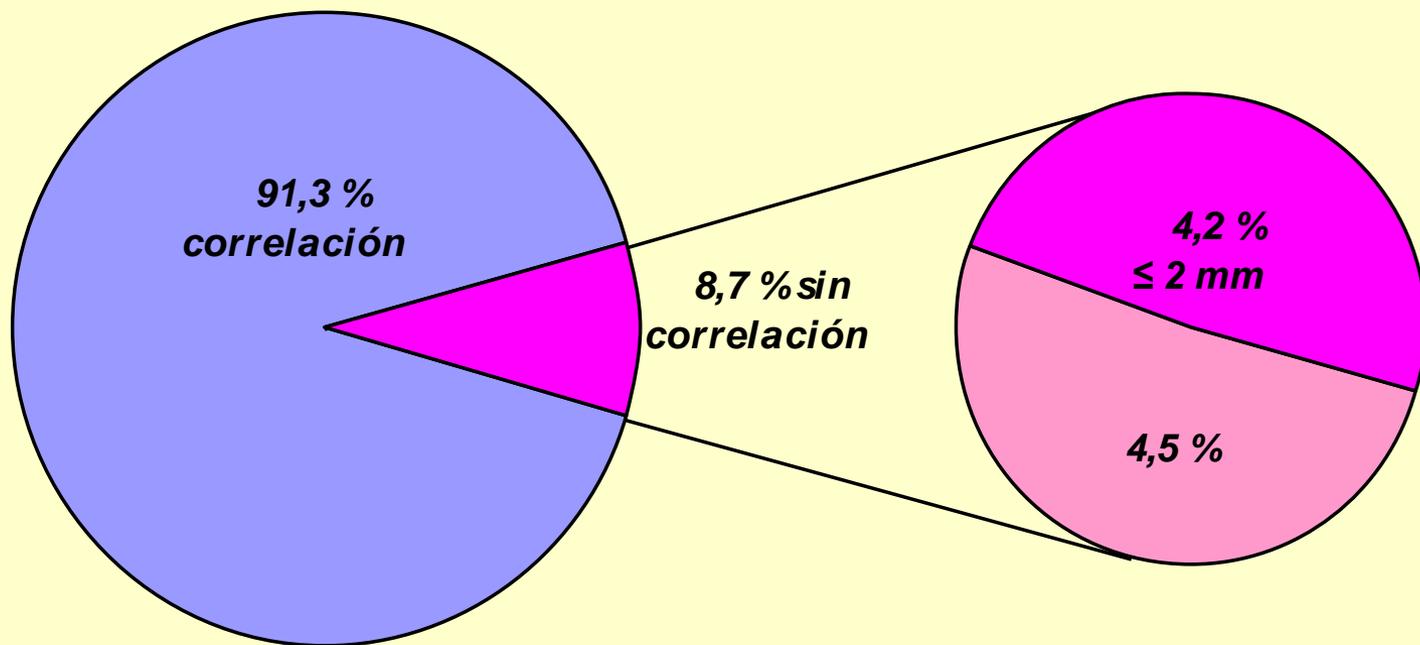
- *Comparamos la medida de cada MMal con su respectivo MMiD*

## NUESTRO TRABAJO

- *Definimos que existe **CORRELACIÓN** cuando la medida del MMal era la misma medida del MMiD o cuando el cambio de medida era no significativo clínicamente, permaneciendo ésta en el mismo rango de conducta quirúrgica.*
- *Y definimos que no existe correlación (**SIN CORRELACIÓN**) cuando la variación de medida era clínicamente significativa al pasar a otro rango de conducta quirúrgica.*
- *Además consignamos tamaño tumoral, uni o multifocalidad, tipo histológico y presencia de carcinoma in situ.*

# NUESTROS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

## Correlación biopsia intraoperatoria y diferida



# NUESTROS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

<i>TAMAÑO TU</i>	<i>T ≤ 2 cm</i>	<i>T &gt; 2 - 5 cm</i>	<i>T &gt; 5 cm</i>
<i>n=293</i>	<i>151</i>	<i>138</i>	<i>3</i>
<i>% en la muestra</i>	<i>51,7%</i>	<i>47,3%</i>	<i>1,0%</i>
<i>Correlación</i>	<i>91,72%</i>	<i>91,67%</i>	<i>50%</i>

(Am Surg. 2005; 71: 22-28 - Ann Surg Onc 2006; 13(3):333-339  
EJSO 2004; 30:233-237 - J Am Coll Surg. 2005; 201:194-198)

# NUESTROS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

<i><b>FOCALIDAD</b></i>	<i><b>N° casos</b></i>	<i><b>%</b></i>	<i><b>correlación</b></i>
<i><b>Unifocal</b></i>	<i><b>266</b></i>	<i><b>91,1%</b></i>	<i><b>91,3%</b></i>
<i><b>Multifocal</b></i>	<i><b>26</b></i>	<i><b>8,9%</b></i>	<i><b>91%</b></i>

(II Jornada Chilena de Consenso en Cáncer de Mama)

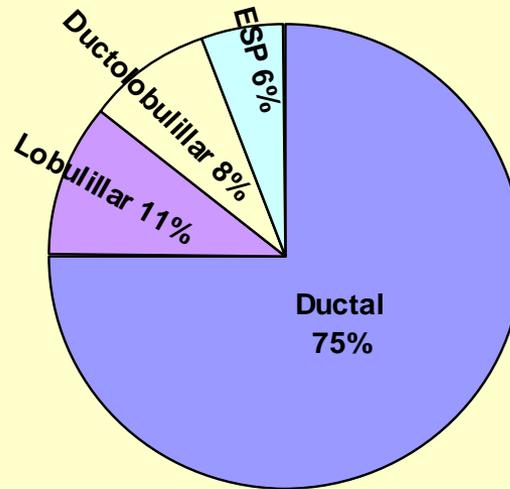
# NUESTROS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

<i>TIPO HISTOLÓGICO</i>	<i>Nº casos</i>	<i>%</i>	<i>correlación</i>
<i>Ductal</i>	<i>219</i>	<i>75,0%</i>	<i>92,7%</i>
<i>Lobulillar</i>	<i>32</i>	<i>11,0%</i>	<i>83,3%</i>
<i>Ductolobulillar</i>	<i>24</i>	<i>8,2%</i>	<i>85,4%</i>
<i>Especiales</i>	<i>17</i>	<i>5,8%</i>	<i>96,1%</i>

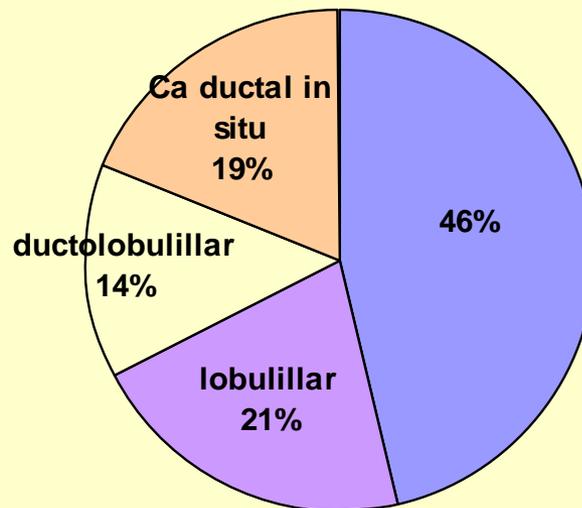
(Am Surg. 2005; 71: 22-28 - Ann Surg Onc 2006; 13(3):333-339  
EJSO 2004; 30:233-237 - J Am Coll Surg. 2005; 201:194-198)

# NUESTROS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

*Tipos histológicos de la muestra total*



*Márgenes sin correlación según tipo histológico*



Cancer 1996; 78: 1921-1928  
Cancer J Sci Am 2000; 6: 28  
Cir Esp. 2006; 79(1):3-9

# NUESTROS RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- ***SENSIBILIDAD DEL PROCEDIMIENTO: 75,8%***  
**[CI95%, 70,7 a 80,3%]**
- ***ESPECIFICIDAD: 94,5%***  
**[CI95%, 93,2 a 95,6% ]**

EJSO (2004) 30, 233-237

Breast Cancer. 1995; 2:27-33

J Am Coll Surg. 2005; 201:194-198

# **NUESTROS RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

- *Al no haber datos categóricos a favor o en contra de alguno de los métodos de evaluación de márgenes y a que ninguno es infalible, cada UAP debe desarrollar su experticia en alguno de los métodos descritos según sus recursos y disponibilidades.*
- *Nuestra correlación de 91,3% demuestra que la técnica utilizada es un método suficientemente confiable, rápido y costo/efectivo.*

# **NUESTROS RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

*Las razones postuladas para explicar dicho logro son:*

- *Existe cumplimiento del protocolo consensuado, por parte de los cirujanos de nuestro Hospital, para el envío de las mastectomías parciales por sospecha de cáncer de mama a Anatomía Patológica.*
- *El manejo macroscópico y diferido de las mastectomías parciales en sus distintas etapas, está protocolizado y normado, lo que facilita la supervisión y control.*
- *La buena comunicación existente entre los equipos de Cirugía Oncológica y Anatomía Patológica.*
- *La alta concentración de pacientes portadores de patología mamaria que tiene el HSO, permite una mayor y mejor capacitación de los patólogos a la hora de procesar y analizar las BI de mama.*

# NUESTRA CONCLUSIÓN

- *El estudio macroscópico intraoperatorio meticuloso y protocolizado de los márgenes quirúrgicos en mastectomía parcial por cáncer de mama palpable, es un procedimiento sensible, específico y factible de realizar en cualquier centro. En la mayoría de los casos, permite una resección tumoral con criterios oncológicos en un solo acto quirúrgico*

# COMENTARIO

*Lograr una buena correlación, especificidad y sensibilidad entre el estudio intraoperatorio y diferido en márgenes de mastectomías parciales.*

- 1) *Indica que el proceso protocolizado por Anatomía Patológica es eficiente y adecuado.*
- 2) *Reafirma las confianzas de los equipos de trabajo de cirujanos y patólogos.*
- 3) *Constituye un refuerzo positivo para el trabajo en equipo en la Unidad de Anatomía Patológica.*
- 4) *Finalmente, y tal vez lo más relevante, ha permitido entregar un beneficio oncológico muy importante para las pacientes.*



**GRACIAS**