

CARTA AL DIRECTOR

Los “bordes de sección quirúrgica” o el “margen quirúrgico”

Dr. Jesús Isaac de Armas Prado¹

Dr. Luís Capriles Chang²

Est. Rodolfo Morales Matos³

RESUMEN

Esta carta trata sobre algunas consideraciones a partir de un análisis sobre un tema controversial en el curso del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama con intervención quirúrgica conservadora: los “bordes de sección quirúrgica” o “margen quirúrgico”, tratadas en una reunión científica efectuada en la Ciudad de Santa Clara en el mes de octubre del año 2010 con los Grupos de Atención a las Enfermedades de la Mama -en especial al carcinoma mamario- y la presencia de distinguidos profesores del Instituto de Oncología.

DeCS:

NEOPLASIAS DE LA MAMA
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
OPERATIVOS

SUMMARY

This letter discusses some considerations based on an analysis of a controversial issue in the course of the surgical treatment of breast cancer with conservative surgery: the “edges of surgical section” or “surgical margin”, treated at a scientific meeting held Santa Clara City in October 2010 with the groups of care for breast diseases, especially breast carcinoma, and the presence of distinguished professors of the Institute of Oncology.

MeSH:

BREAST NEOPLASMS
SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE

Sr. (a) Director (a):

En una reunión científica efectuada en la Ciudad de Santa Clara en el mes de octubre del año 2010 con los Grupos de Atención a las Enfermedades de la Mama - en especial al carcinoma mamario- y la presencia de distinguidos profesores del Instituto de Oncología se nos propuso presentar un análisis sobre un tema controversial en el curso del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama con intervención quirúrgica conservadora: los “bordes de sección quirúrgica” o “margen quirúrgico”, y se llegó al consenso de que un margen de 10mm es aceptable en los términos de oncología y evitará la recidiva local, considerada por muchos como un fallo terapéutico; he aquí este artículo.

Los “bordes de sección quirúrgica” son la distancia entre las células tumorales y el borde marcado con tinta de la pieza extirpada. Un margen positivo se considera

como marcador de la cuantía de carcinoma residual en el resto de la mama y, aunque no se dispone de una definición estándar de margen positivo o negativo, la afección microscópica del margen quirúrgico por células tumorales se asocia con un aumento de las recidivas locales.¹

Es cierto que el riesgo de los márgenes positivos se evitaría si se hacen resecciones más amplias, pero esto conllevaría resultados estéticos inaceptables y la exclusión de un grupo importante de pacientes de la intervención quirúrgica conservadora; el estado de los bordes de sección quirúrgica es un factor fundamental en la operación conservadora del cáncer de mama. La resección del tumor debe ser suficientemente amplia e incluir el segmento mamario asiento del tumor para asegurar un alto índice de control local, sin comprometer el resultado cosmético. El estudio histológico de los bordes de sección permite reducir significativamente la necesidad de una segunda intervención; la evaluación del estado de los márgenes de sección es aceptada como fundamental para el resultado de la operación conservadora.²

Los cortes por congelación, previo marcado y pincelado con tinta china, han sido el estándar para el diagnóstico intraoperatorio de estos bordes; sin embargo, algunos autores refieren mejores resultados mediante técnicas de impronta citológica o la alternativa de una ampliación sistemática de cada uno de los bordes tras la extirpación de la pieza quirúrgica.^{2,3}

No existe acuerdo respecto de cuál debe ser un margen libre suficiente. Según Fisher, en el estudio The National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project, solo se consideraron como casos con afectación de bordes aquellos en los que se demostró atravesaban el tumor; fue suficiente 1mm de tejido sano para considerarlo como margen libre.⁴⁻⁷ Para Veronesi y Solin se precisarían 2mm y para Ryoo el límite estaría en 5mm, por el contrario, para otros autores estos márgenes son insuficientes; Silverstein refiere que si se utiliza 1mm como criterio de margen libre quedará lesión residual en el 43% de los casos.^{5,8} La Conferencia de Consenso sobre la Clasificación del Carcinoma Ductal *in Situ* (Philadelphia-1999) preconiza un margen de 10mm, especialmente cuando se desee evitar la irradiación posterior de la mama.

Múltiples estudios advierten que la mayor dificultad para obtener márgenes libres de tumor es en los casos de carcinoma lobulillar infiltrante, especialmente, como señala Moore, cuando se presentan como una distorsión arquitectural, circunstancia que, en su experiencia, precisaron con mayor frecuencia en dos o más ampliaciones de bordes para obtener márgenes libres. Esta peculiaridad del carcinoma lobulillar, al igual que la presencia del componente intraductal extenso, corrobora la necesidad de obtener unos márgenes libres de tumor de amplitud suficiente.^{9,10} En el carcinoma ductal *in situ* es también fundamental la obtención de "márgenes negativos", puesto que la causa más frecuente de recidiva local después de la intervención conservadora es la operación inadecuada, que resulta una enfermedad residual.^{7,9}

En dicha reunión médica se llegó al consenso de que 10mm es el margen de sección quirúrgica útil en el tratamiento del carcinoma mamario con intervención quirúrgica conservadora.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sarrazin D, Le M, Rouesse J. Conservative treatment versus mastectomy in breast cancer tumors with macroscopic diameter of 20 millimeters or less. *Cancer*. 1984;53:1209-13.
2. Luu HH, Otis CN, Reed SP, Garb JL, Frank JL. The unsatisfactory margin in breast cancer surgery. *Am J Surg*. 1999;178:362-6.
3. Miller AR, Brandao G, Prihoda TJ, Hill C, Cruz AB Jr, Yeh IT. Positive margins following surgical resection of breast carcinoma: analysis of pathologic correlates. *J Surg Oncol*. 2004;86:134-40.
4. Fisher B, Bauer M, Margoles R. Five-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med*. 1985;312:666-73.
5. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med*. 1981;305:6-11.
6. National Institutes of Health (NIH). Consensus development conference statement: treatment of early stage breast cancer. *JAMA*. 1991;265:391-4.
7. Solin LJ, Recht A, Fourquet A. Ten-years results of breastconserving surgery and definitive irradiation for intraductal carcinoma of the breast. *Cancer*. 1991;68:2337-44.
8. Veneti S, Oannl Ou-Mouzaka L, Toufexi H, Xenitides J, Anastasiades P. Imprint cytology: a rapid reliable method of diagnosing breast malignancy. *Acta Cytol*. 1996;40:649-52.
9. Fisher ER, Costantino J, Fisher B. Pathologic findings from the national Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP) Protocol B-17. Intraductal carcinoma (Ductal carcinoma *in situ*). *Cancer*. 1995;75:1310-9.
10. Veronesi V, Banfi A, Salvadori B. Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: Long term results of randomized trial. *Eur J Cancer*. 1990;26:668-70.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I y II Grados en Cirugía General. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
3. Alumno Ayudante de Cirugía de 3er Año de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.