

**COLABORADOR:**

A. Sierra García.

**«KANSAS SURGEONS ATTITUDES TOWARD IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION: A STATEWIDE SURVEY».** Paulson RL, Chang FC, Helmer SD. Amer J Surg 1994; 168: 543-546.

Se estudia la actitud de 197 cirujanos de Kansas para determinar la frecuencia, así como los factores que influyen en la reconstrucción mamaria. Sólo un 10,1% de sus pacientes siguieron una reconstrucción, de los cuales únicamente al 2,2% de las pacientes se les indicó de forma inmediata.

La razón para este número tan bajo es multifactorial; sin embargo, 4 factores parecen ser los más relevantes.

*La edad del cirujano*

Los cirujanos mayores no consideran la reconstrucción como parte importante e integral de la cirugía mamaria, por lo que dedicaban menos tiempo a discutirlo con la paciente, evitando la consulta preoperatoria con el cirujano plástico.

*El tamaño de la población donde ejerce el cirujano*

El tamaño de la población se relaciona con la prevalencia de cirujano plástico y, por tanto, con la mayor probabilidad de una reconstrucción inmediata.

Mientras que el 96,4% de los cirujanos que indican la reconstrucción y ejercen en comunidades mayores de 100.000 habitantes disponían de cirujano plástico, sólo el 21,7% de los cirujanos que la indicaban en poblaciones menores disponen de este especialista.

*Actitud de los cirujanos hacia la reconstrucción*

Un número de cirujanos asocia a la reconstrucción importantes efectos adversos. Así, el 40,6% piensa que este procedimiento retrasa el diagnóstico de las recurrencias, el 36,6% opina que demora la terapia adyuvante, compromete los márgenes quirúrgicos

(19,8%) o que prolonga la estancia media (34,7%). Estudios recientes han mostrado que la reconstrucción inmediata no modifica negativamente los factores mencionados. Por otra parte, está demostrado el beneficio psicológico que obtiene la paciente tanto a la hora de enfrentarse a la cirugía como en la disminución de la depresión durante el postoperatorio.

*Discusión con la paciente*

El estudio indica que la mayoría de los cirujanos (54,5%) siempre discuten la reconstrucción con sus pacientes. Sin embargo, algunos cirujanos (43,6%), principalmente de mayor edad, lo discuten sólo con aquel grupo de enfermas que en su opinión pueden beneficiarse de este procedimiento.

Algunos estudios, como el de Schain y cols., demuestran que no es posible predecir la elección de la mujer basándose en la edad, nivel socioeconómico o características personales.

Otro factor decisivo era el tiempo dedicado a discutir con la paciente la reconstrucción. Existe una correlación positiva entre la información de que dispone una paciente sobre las distintas opciones y la demanda de un procedimiento de reconstrucción mamaria inmediata.

El cirujano tiene que disponer de información sobre la reconstrucción inmediata de mama y tener el interés para dedicar el tiempo necesario a compartir esta información con cada paciente.

**«CAN INTRADUCTAL BREAST CARCINOMA BE EXCISED COMPLETELY BY LOCAL EXCISION? CLINICAL AND PATHOLOGIC PREDICTORS».** Silverstein MJ, Gierson ED, Colburn WJ, Cope LM, Furmanski M, Senofsky GM, Gamagami P, Waisman JR. Cancer, June 15, 1994; 73: 12.

*¿Es posible realizar una excisión completa de un carcinoma intraductal de mama mediante una excisión local?*

La década de los ochenta supuso un incremento en el diagnóstico de carcinoma intraductal de mama (CID) gracias a las mejoras técnicas en las mamografías, la aceptación de los programas de *screening* mamográfico y las biopsias con arpón. Estudios pros-

pectivos randomizados demostraron una supervivencia equivalente para los casos de carcinoma intraductal de mama tratados mediante mastectomía o con cirugía conservadora de mama.

En la década de los noventa la cirugía conservadora de mama para el carcinoma intraductal se ha hecho popular y con ello aparece la posibilidad de un incremento en la recurrencia local en comparación con la mastectomía. Por este motivo es importante precisar si la lesión puede ser adecuadamente resecada sin deformar la mama y si los criterios histológicos que usamos de los márgenes son exactos.

Se presenta una serie de 181 pacientes con carcinoma intraductal de mama, en las cuales la biopsia inicial se realizó mediante una amplia y estética excisión local en lugar de una verdadera cuadrantectomía.

La ausencia de tumor a 1 mm de cualquier margen, se consideró como pieza con bordes libres de tumor.

En todas estas pacientes se realizó posteriormente una mastectomía o reexcisión del sitio inicial de la biopsia.

En el momento de la mastectomía o reexcisión el 76% de los pacientes con márgenes inicialmente infiltrados tenían carcinoma ductal infiltrante residual, así

como el 43% de los pacientes con márgenes inicialmente libres de tumor ( $p > 0,0001$ ).

El mayor tamaño de los tumores tenía significación estadística como valor predictivo de infiltración inicial de los márgenes y de la presencia de carcinoma intraductal residual.

La evaluación microscópica de las piezas reveló que en muchas pacientes la lesión era mayor de lo esperado y que una verdadera cuadrantectomía era a menudo necesaria para conseguir una excisión completa.

### *Conclusión*

Es difícil reseca completamente un carcinoma intraductal usando una amplia excisión local.

Los márgenes histológicamente negativos no garantizan la ausencia de carcinoma intraductal residual.

Una excisión inadecuada de la lesión primaria puede ser la causa más importante de un fracaso local después de realizar un tratamiento conservador de un carcinoma intraductal de mama.