

Trabajos Originales

CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA PARA CÁNCER MAMARIO: MEJORANDO ESTÉTICAMENTE LA RESECABILIDAD

Rodrigo Iglesias G.¹, Rodrigo Cabello P.¹, Montserrat Fontbona T.¹, Ramón Baeza S.²,
Marcela Amar C.¹

¹ Servicio de Cirugía Oncológica y Plástica, Hospital Militar. ² Instituto de Radiomedicina (IRAM). Santiago, Chile.

RESUMEN

Antecedentes: En la cirugía del cáncer mamario, asociando técnicas de mamoplastia reductiva a la resección oncológica, ha permitido aumentar la extensión de las resecciones previniendo las deformidades secundarias. Es lo que llamamos oncoplástica mamaria o reconstrucción mamaria tumor específica. *Objetivo:* Presentar una serie descriptiva retrospectiva de 60 pacientes en quienes usamos oncoplástica mamaria como alternativa a la mastectomía. *Resultados:* Un 86% consideró el resultado cosmético como satisfactorio. La mediana de seguimiento fue de 48 meses. Dos pacientes presentaron recurrencia local, una asociada a falla sistémica sincrónica a los 18 meses; otra paciente se diseminó a los 6 años. Ambas fallecieron. Una tercera se encuentra en tratamiento hormonal por metástasis óseas. No hubo complicaciones importantes en la serie, ni retardo significativo de las terapias secuenciales. *Conclusión:* Esta técnica permite evitar mastectomías y prevenir deformidades en cirugía conservadora estándar.

PALABRAS CLAVE: *Mastectomía, mamoplastía reductiva, cáncer de mama*

SUMMARY

Background: In breast cancer surgery, the association of reductive mammoplasty to oncological excision, allows more extensive excisions, reducing radical surgery and preventing secondary deformities. This is called oncoplastic or tumor specific mammary reconstruction. *Objective:* To report 60 patients in whom oncoplastic surgery was used. *Methods:* Retrospective descriptive series of 60 patients aged 34 to 65 years, subjected to oncoplastic mammary surgery, that were followed for a median of 48 months. *Results:* Eighty six percent of patients considered the cosmetic result of surgery as satisfactory. Two patients had a local relapse, one associated to systemic dissemination at 18 months and die. Another patient died with systemic disease and other is under hormonal treatment for bone metastases. No significant complications or delays in oncological therapies were recorded. *Conclusions:* Oncoplastic surgery may avoid mastectomy and prevent deformities in breast cancer surgery.

KEY WORDS: *Oncoplastic surgery, breast cancer, mastectomy*

INTRODUCCIÓN

La conservación de la glándula se considera uno de los objetivos terapéuticos importantes del cáncer de mama (1). El concepto de tratamiento conservador implica la remoción completa del tumor con un margen concéntrico de tejido sano, cosméticamente aceptable (2). Sin embargo, ocasionalmente la relación entre el tamaño y/o la localización tumoral (que determina la cantidad de tejido a reseca en la obtención de un límite libre de enfermedad) y el volumen mamario residual, impide la cirugía conservadora con un buen resultado estético, u obliga a realizar una mastectomía. Ambas situaciones empobrecen la calidad de la sobrevivida (3,4). Al asociar técnicas de mamoplastía reductiva a la resección tumoral y, eventualmente simetrizar la mama contralateral, ha permitido aumentar la extensión de las resecciones, disminuyendo los procedimientos radicales o previniendo deformidades secundarias. Es lo que llamamos cirugía oncolástica mamaria (OPM) o reconstrucción mamaria tumor específica (5-7).

El objetivo de este estudio es presentar una serie descriptiva retrospectiva de pacientes en quienes usamos OPM como alternativa a la mastectomía.

PACIENTES Y MÉTODO

Sesenta mujeres que desarrollaron cáncer de mama con edades entre 36 y 67 años, consintieron informadamente ser tratadas con cirugía conservadora usando alguna técnica oncolástica, suponiendo que el estándar quirúrgico produciría deformidad importante o no era factible, entre julio de 1998 y diciembre 2009. Un tumor filodes maligno recidivado, quince carcinomas in situ extensos y 44 infiltrantes: 20 T2, 9 T3 y 13 multifocales (Tabla I). Cinco de ellas habían recibido neoadyuvancia con Adriamicina. Se usaron diferentes técnicas de mamoplastías reductoras de acuerdo a la exéresis tumoral, en 13 periareolar y en las restantes: 23 pedículo superior o inferior tipo McKissock, 8 superomedial y 16 con tipo I de Ribeiro, pexia con resección de piel según patrón de Weis (7). En tres debió researse el complejo areola pezón (CAP). El examen histopatológico intraoperatorio aseguró resecciones con márgenes libres y el lecho tumoral se marcó con clips de titanio. La axila se manejó en forma habitual. En 47 pacientes se simetrizó la mama contralateral sincrónicamente. Todas ellas recibieron radioterapia externa a mama, y a linfáticos periféricos cuando

estaba indicado, con dosis y fraccionamiento estándar de 5.000 cGy en 5 semanas iniciada entre 4 y 7 semanas después de la cirugía. El seguimiento mínimo fue de 6 meses, con una mediana de 42 meses. Los resultados estéticos fueron evaluados con criterios sugeridos por Kroll y Strasser (8,9), considerando simetría, proyección y forma. En cuanto a morbilidad se consideró la necrosis de piel con retardo de cicatrización y del CAP, infección mayor, colecciones que requirieron drenaje, necesidad de reoperación e hiperpigmentación.

Tabla I
TIPO HISTOLÓGICO DE CÁNCER DE MAMA SOMETIDOS A CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA

Tipo histológico	n
Tumor filodes maligno	1
Carcinoma ductal in situ extenso	9
Carcinoma ductal in situ con microinvasión	6
Carcinoma ductal infiltrante	40
Carcinoma lobulillar infiltrante	4

RESULTADOS

Todas las pacientes planificadas para el procedimiento, pudo realizarse sin necesidad de radicalizar la cirugía. La mediana del peso de los especímenes quirúrgicos fue de 154 gramos. Dos pacientes de la serie han presentado recurrencia local (3,3%); una de ellas asociada a diseminación pulmonar y ósea a los 16 meses, falleciendo meses después, y la segunda a los 14 meses postratamiento. Se realizó mastectomía como rescate. Una paciente falleció por diseminación sistémica a los seis años y otra se encuentra con metástasis óseas en tratamiento hormonal. No hubo pérdida importante de piel o de CAP en la mama tratada, o cuando se simetrizó la mama contralateral. Ocho pacientes evolucionaron con retardo de cicatrización en la cicatriz en T invertida, lo que retardó en dos a tres semanas el inicio de su terapia oncológica secuencial (Tabla II). Un 90% considera el resultado cosmético como bueno o excelente y se considera satisfecha (Tabla III) (Figura 1 y 2). En el examen histopatológico de la mama contralateral no se encontró neoplasia.

DISCUSIÓN

Hoy es trascendente la conservación de la glándula en el tratamiento del cáncer mamario. La mastectomía parcial seguida de radiación ha reemplazado a los tratamientos radicales (10,11).

Tabla II
COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA

Complicaciones	Mama con cáncer n=60	Mama contralateral n=47
Necrosis de piel	1	0
Retardo de cicatrización	8	5
Necrosis parcial CAP	2	1
Necrosis total CAP	0	0
Hematoma	2	1
Celulitis	2	0
Serosa infectado	2	0
Hiperpigmentación importante	6	0

CAP: complejo aréola pezón.

Sin embargo, en más de un tercio de los casos la técnica "estándar" no logra márgenes de resección adecuados (12), lo que aumenta significativamente el riesgo de recurrencia local y/o se obtienen malos resultados cosméticos, que se traduce en insatisfacción de las pacientes (8,2). Las causas que explican esta falla son resecciones extensas que producen distorsión, retracción y notorios cambios en el volumen de la mama operada así como cambios en la posición del complejo areola-pezón que se traducen en asimetrías que son muy perturbadoras para la mujer.

Tabla III
RESULTADOS ESTÉTICOS DE LA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA

Resultado	n	%
Excelente	32	53,3
Bueno	22	36,7
Regular	5	8,3
Malo	1	1,7



Figura 1. Paciente de 56 años, con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante de 6 cm en unión cuadrantes externos, se planifica oncoplástica mamaria con técnica de pedículo inferior mama izquierda y simetrización sincrónica. Resultado a 1 año postratamiento adyuvante.



Figura 2. Paciente de 44 años con carcinoma invasor que ocupa todo el cuadrante inferior externo de la mama, se planifica oncoplástica mamaria con técnica de pedículo supero medial y simetrización sincrónica. Resultado a 3 años postratamiento adyuvante.

La integración de técnicas de mamoplastía reductiva al tratamiento conservador del cáncer de mama (oncoplástica mamaria) descritas por Audretsch y cols (5) y Petit y cols (6), han permitido mejorar estas situaciones. La técnica OPM a usar depende de la extensión y localización del tumor. Lesiones de cuadrantes inferiores o centrales en que los defectos son más frecuentes y evidentes, se benefician sustancialmente con técnicas reductivas de pedículo superomediales, con resecciones de piel más extensas y cicatriz en ancla. Las lesiones de polo superior pueden abordarse más fácilmente con técnica periareolar, o bien con técnicas de pedículo inferior que aseguren adecuada irrigación del complejo areola pezón (13,14). La simetrización sincrónica de la mama contralateral permite que la paciente obtenga buen resultado estético, sin necesidad de correcciones posteriores, lo que mejora su estado anímico. Es importante examinar el tejido de la mama simetrizada sabiendo que la incidencia de cáncer es mayor. Rietjens y cols (14), reportan hasta 4,3% de cáncer contralateral en mujeres tratadas con OPM y simetrización sincrónica.

El seguimiento clínico y con imágenes, no ha sido diferente de la técnica estándar. Si bien nuestra serie es pequeña y tiene seguimiento medio de sólo 48 meses, la falla local y a distancia se asemeja a las series internacionales (15-17), que reportan recurrencia local a 5 años de hasta 8% y sobrevida global de 86%. Junto con esto, se mantiene un alto grado de satisfacción de las pacientes. Estos resultados coinciden con nuestra experiencia publicada en situaciones similares (18,19,20).

El peso promedio de 154 gramos de los especímenes operatorios ratifica la amplitud de las resecciones. A pesar de ser tumores grandes, por lo general se obtienen márgenes más seguros con estas técnicas, que disminuirían la probabilidad de recurrencia local (21). Kaur y cols (22), reportaron en un estudio retrospectivo no randomizado, que al comparar el estado de los márgenes y los volúmenes de resección en cirugía oncoplástica, con la cuadrantectomía estándar, en las primeras eran mayores y con márgenes más alejados.

CONCLUSIÓN

La asociación de técnicas de mamoplastías reductivas a la cirugía del cáncer mamario, permite en situaciones especiales la conservación de la glándula evitando deformidades secundarias, manteniendo la seguridad oncológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. II Jornada Chilena de Consenso en Cáncer de Mama. Viña del Mar, Chile. Septiembre 2003.
2. Schwartz GF, Veronesi U, Clough KB, Dixon JM, Fentiman IS, Heywang-Köbrunner SH, *et al*. Proceedings of the consensus conference on breast conservation, Milan, Italy. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2006;65:1281-8.
3. Ferrell B, Wisdom, CH, Wenzl C. Quality of live as an outcome variable in the management of cancer patient. *Cancer* 1989;63:2321-7.
4. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspect and patient satisfaction following breast conservation surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000;36:1938-43.
5. Audretsch W, Rezaei M, Kolotas C, Zamboglou N, Schnabel T. Tumor-specific immediate reconstruction in breast cancer patient. *Perspectives in Plastic Surgery* 1998;11:71-106.
6. Petit JY, Rietjens M, Garusi C, Greuze M, Perry C. Integration of plastic surgery in the course of breast conservation surgery for the cancer treatment to improve cosmetic result and radicality of tumor excision. *Recent Result Cancer Res* 1998;152:202-11.
7. Bostwick III, John. *Plastic and reconstructive breast surgery*. 2nd Edition. Hardcover, 1999.
8. Strasser EJ. Application of an objective grading system for the evaluation of cosmetic surgical results. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:1733-40.
9. Kroll SS, Baldwin B. A Comparison of outcomes using three different methods of breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90:455-62.
10. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, *et al*. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1227-32.
11. Gordon F, Schwartz U, Veronesi KB, Clough J, Dixon C, Fentiman SH, *et al*. Proceedings of the consensus conference on breast conservation. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2006;65:1281-8.
12. Audretsch WP. Reconstruction of the partial mastectomy defect: classification and method. In: Spear SL, Willey SC, Robb GL, *et al*, (editors). *Surgery of the breast: principles and art*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2006; pp 179-216.
13. Silverstein MJ, Gierson ED, Colburn WJ, Cope LM, Furmanski M, Senofsky GM, *et al*. Can intraductal carcinoma be excised completely by local excision? Clinical and pathological predictors. *Cancer* 1994;73:2985-9.
14. Rietjens M, Petit JY, Contesso J, Bertin F, Gilles R. The role of reduction mammoplasty in oncology. *Eur J Plast Surg* 1997;20:246-50.
15. Clough KB, Cuminet J, Fitoussi A, Nos C, Mosseri V. Cosmetic sequelae after conservative treatment for breast cancer: classification and result of surgical correction. *Ann Plast Surg* 1998;41:471-81.

16. Krishna B, Clough JS, Lewis B, Couturaud A, Fitoussi C, Nos MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg* 2003;237:26-34.
 17. Cothier-Savey I, Otmegguine Y, Calitchi E, Sabourin JC, Le Bourgeois JP, Baruch J. Value of reduction mammoplasty in the conservative treatment of breast neoplasms. A propos of 70 cases. *Ann Chir Plast Esthet* 1996;41:346-53.
 18. Iglesias R, Cabello R, Lee K, Baeza R. ¿Es la radioterapia contraindicación para la reconstrucción mamaria inmediata con tejido autólogo? *Rev Chil Cancerología y Hematología* 2006;15:161-4.
 19. Iglesias R, Cabello R, Fontbona M, Lee K, Baeza R. Mastectomía parcial amplia y reconstrucción inmediata con tejido antólogo. Indicações, técnica y resultados. *Rev Chil Cancerología y Hematología* 2007;16:153-8.
 20. Iglesias R, Cabello R, Fontbona M, Baeza R, Cirugía oncoplástica de la mama: Cómo mejorar la resecabilidad en cirugía conservadora asegurando la estética. *Rev Chilena Cirugía* 2009;61:433-7.
 21. Vicini FA, Kestin LL, Goldstein NS. Relationship between excision volume, margin status, and tumor size with the development of local recurrence in patients with ductal carcinoma in-situ treated with breast-conserving therapy. *J Surg Oncol* 2001;76:245-54.
 22. Kaur N, Petit JY, Rietjens M, Maffini F, Luini A, Gatti G, *et al.* Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2005;12:539-45.
-