

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA EN CÁNCER DE MAMA

ANYELIN FERNÁNDEZ, DAYSI AGUILAR, NÉSTOR GUTIÉRREZ, FELIPE SALDIVIA, JOSÉ PRINCE, SILVIA RAMOS.

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO", VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.

RESUMEN

OBJETIVO: La cirugía oncoplástica es la utilización de técnicas propias de cirugía plástica en la cirugía oncológica del cáncer de mama, evaluamos la experiencia del Instituto Oncológico "Dr. Miguel Pérez Carreño", entre 2000 a 2008. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron 49 historias con diagnóstico de cáncer de mama tratado con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento oncológico. Se evaluó edad de las pacientes, diagnóstico histológico, localización del tumor primario, estadio, neoadyuvancia y adyuvancia recibida, tipo de cirugía oncoplástica realizada, momento de la reconstrucción, complicaciones posoperatorias y recaídas. **RESULTADOS:** El 27 % tenía edades entre 41-50 años, el tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma ductal infiltrante (90 %). El estadio de la enfermedad que prevalece es IIB (29 %). El 56 % de las pacientes recibió neoadyuvancia y 72 % adyuvancia. El tipo de cirugía reconstructiva más empleado fue la colocación de prótesis con conservación de complejo areola-pezón (41 %) y reconstrucción con colgajos de pared abdominal (20 %). El 63 % de la población presentó enfermedad a distancia. Al 67 % de las pacientes se le realizó reconstrucción inmediata. La necrosis de colgajo se observó en 12 % de los casos. **CONCLUSIÓN:** El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama se ha convertido en oncológico radical y reconstructivo inmediato dependiendo de las condiciones de cada paciente y de la técnica a emplear. La finalidad es brindar un tratamiento eficaz y estéticamente aceptable para mejorar la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, reconstrucción, cirugía, colgajos, cosmética, prótesis.

Recibido: 12/08/2009 Revisado: 14/10/2009
Aceptado para publicación: 02/11/2009

SUMMARY

OBJECTIVE: Oncoplastic surgery is defined as the use of plastic surgery techniques in oncological procedures for breast cancer. Evaluate the experience in Oncological Institute "Dr. Miguel Perez Carreño", from 2000 - 2008. **METHODS:** A descriptive, retrospective study was performed. The clinical charts of 49 patients with diagnosis of breast cancer managed with reconstructive surgery after undergoing radical cancer treatment were reviewed. We evaluated age of the patients, histological diagnosis, location of primary tumor, stage, neoadjuvant and adjuvant therapy received type of oncoplastic surgery performed, reconstruction timing, appearance, location of relapse as well as postoperative complications encountered. **RESULTS:** Of the 49 patients evaluated 27 % had ages between 41-50 years. The most frequent histological type was infiltrating ductal adenocarcinoma (90 %). The stage of the disease most commonly observed was IIB (29 %). 56% of patients received adjuvant therapy 72% neoadjuvant therapy. The type of reconstructive surgery most commonly performed was prosthesis placement with preservation of the nipple areola complex (41 %) and reconstruction with transverse rectus abdominus myocutaneous flap (20 %). The 63 % of patients developed distant disease. 67 % of patients underwent immediate reconstruction. Flap necrosis was seen in 12 % of cases. **CONCLUSION:** Surgical treatment of breast cancer has become oncologically radical with immediate reconstruction, depending on the conditions of each patient and the technique employed. The main goal is to provide effective treatment and aesthetically acceptable in order to improve the quality of life.

KEY WORDS: Cancer, breast, reconstructive surgical, flaps, cosmetics, prosthesis.

Correspondencia: Dra. Anyelín Fernández Hospital Dr.
Miguel Pérez Carreño.
Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. E-mail:
anyelinv47@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Anivel mundial el cáncer de mama es la segunda causa de muerte, corresponde al 10 % de los casos nuevos de cáncer invasor y a 22 % del total de enfermedades malignas diagnosticadas a las mujeres. En nuestro país también ocupa el segundo lugar como causa de muerte en la población femenina ⁽¹⁾. A partir de los estudios de Fisher, que demostraron que el cáncer de mama era la manifestación local de una enfermedad sistémica, el manejo quirúrgico cambió de manera importante hacia la cirugía conservadora, la cual debe cumplir dos requisitos básicos, como son resecciones oncológicas que garanticen el control local de la enfermedad y resultados estéticos aceptables ⁽²⁻⁴⁾. Todo esto disminuye el impacto emocional en la mujer de no sufrir las secuelas de una mutilación o de las deformidades dejadas por la resección de tumores. Este nuevo enfoque ha permitido el desarrollo de la cirugía oncoplástica ⁽³⁾.

El término cirugía oncoplástica, introducido a finales de la década de los años 90, representa una nueva opción quirúrgica para el tratamiento de algunas pacientes con cáncer de mama en la que se combina, por una parte, la extirpación del tumor y de suficiente tejido mamario sano circundante y/o de toda la mama más vaciamiento axilar (cirugía oncológica) y por otra parte, la reducción y remodelación plástica del resto de la mama, así como la remodelación de la mama sana contralateral, para mantener la simetría (cirugía plástica) entre ambas. Ambos procedimientos se realizan en el curso de una única intervención quirúrgica. De ahí la forzada construcción de una nueva palabra por la conjunción de oncos (tumor) y de plástica (capaz de moldear) ⁽⁴⁾.

La opción técnica oncoplástica solo es aceptable por el cirujano y por la paciente cuando el equipo multidisciplinario que la propone,

integrado en el seno de unidades mamarias especializadas, obtiene unos porcentajes de supervivencia global y de supervivencia libre de enfermedad equivalente a los que se consiguen con las técnicas tradicionales. En todo caso, en la cirugía oncoplástica del cáncer de mama el cirujano oncológico y el cirujano plástico deben consensuar y acompasar sus diferentes objetivos: conseguir la mayor radicalidad posible en la extirpación del tumor para el primero y el mejor resultado cosmético posible para el segundo.

En vista del auge y creciente práctica de las cirugías oncoplásticas en nuestro país, en especial en las instituciones oncológicas, nos vimos en necesidad de conocer como ha sido el desempeño en nuestro centro por lo que se realizó la presente investigación para el estudio y evaluación de la experiencia obtenida. Se analizaron variables como la edad de las pacientes tratadas, diagnóstico histológico, localización del tumor primario, estadificación, neoadyuvancia y adyuvancia recibida, tipo de cirugía oncoplástica realizada, momento de la reconstrucción, aparición y lugar de recaída, así como las complicaciones posoperatorias encontradas.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, evaluando 49 historias clínicas del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" con diagnóstico de cáncer de mama tratadas con cirugía radical (mastectomía total oncológica) y reconstrucción en un período de 8 años entre 2000 y 2008.

Se analizaron variables como la edad de la paciente, diagnóstico histológico, estadio, tratamiento neoadyuvante y adyuvante, tipo de cirugía oncoplástica realizada, presencia de enfermedad a distancia y localización de la misma, momento de la reconstrucción y complicaciones posquirúrgicas.

Se utilizó un análisis estadístico cuantitativo y porcentual de los datos obtenidos procesándose la información mediante el programa Word para Windows 2007 (*Microsoft Corp*[®], *EE.UU*), Excel para Windows 2007 (*Microsoft Corp*[®], *EE.UU*) para el análisis posterior de los resultados.

RESULTADOS

Se estudiaron 49 casos tratados con cirugía radical oncológica más cirugía reconstructiva (Cirugía oncoplástica). Las edades oscilaron en un 27 % de los casos entre 41 y 50 años. En el 90 % de los casos el diagnóstico histológico fue adenocarcinoma ductal infiltrante. La localización más frecuente del cáncer de mama de las pacientes estudiadas fue la mama izquierda (55 %). Al evaluarse el estadio de la enfermedad según la clasificación TNM al momento de realizarse el diagnóstico de cáncer de mama, se observó una distribución muy homogénea con un predominio de 29 % en estadio IIb. (Cuadro 1).

El tratamiento sistémico se utilizó en 64 % de los casos: 56 % recibieron quimioterapia neoadyuvante y 72 % adyuvante. En las pacientes tratadas con cirugía reconstructiva el procedimiento más utilizado fue la reconstrucción con prótesis y conservación del complejo areola-pepón en 41 %. Se utilizó reconstrucción con

Cuadro 1. Distribución de pacientes según estadio.

Estadio	N°	%
I	6	12,2
II A	9	18,4
II B	14	28,6
IIIA	6	12,2
IIIB	8	16,4
III C	3	6,1
IV	3	6,1
Total	49	100

colgajo de pared abdominal (reconstrucción con colgajo bilobulado de pared anterior abdominal y colgajo miocutáneo de recto abdominal o TRAM) en 37 %. (Cuadro 2). El momento de la reconstrucción fue inmediato en un 67 %. Se registraron 12 % de complicaciones que fueron en su totalidad necrosis del colgajo. Todas las pacientes evolucionaron favorablemente en el posoperatorio mediato (Figura 1, 2, 3).

Las pacientes presentaron enfermedad a distancia en 63 % de los casos con un 32 % de enfermedad ósea y 26 % con metástasis pulmonares.

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama se ha convertido en oncológico radical

Cuadro 2. Tipo de cirugía reconstructiva realizada

Tipo de cirugía realizada	N°	%
Reconstrucción con prótesis con conservación de complejo areola pepón	20	41
Reconstrucción con colgajo bilobulado de pared anterior abdominal	10	20,4
Colgajo deltopectoral	3	6,1
Adenomastectomía bilateral más prótesis	4	8,1
Colgajo TRAM	8	16,3
Colgajo dorsal ancho	4	8,1
Total	49	100



Figura 1. Paciente con adenocarcinoma ductal infiltrante de mama izquierda tratada con mastectomía conservadora de piel y complejo areola-pezones más mastectomía subcutánea reductora de riesgos de mama derecha, más reconstrucción inmediata con prótesis retropectoral bilateral.



Figura 2. Paciente con adenocarcinoma ductal infiltrante de mama bilateral. Se realizó mastectomía total bilateral más disección axilar de niveles I y II más reconstrucción inmediata con colgajo TRAM bilateral, más injerto de complejo areola-pezones.

y reconstructivo inmediato, dependiendo de las condiciones de cada paciente y de la técnica a emplear, con el fin de brindar un tratamiento eficaz y a la vez estético para mejorar la calidad



Figura 3. Paciente con adenocarcinoma ductal infiltrante de mama derecha. Se realizó mastectomía total más disección axilar de niveles I y II más reconstrucción con colgajo TRAM.

de vida ⁽⁵⁻⁷⁾.

En los últimos 8 años (2000 - 2008) en el Instituto de Oncología Dr. Miguel Pérez Carreño 49 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama fueron tratados con cirugía oncoplástica. El 29 % de estas pacientes se estadificaron como IIB existiendo una distribución homogénea entre los estadios tempranos de la enfermedad. Un menor porcentaje presentaba estadios avanzados. Esto permite que el procedimiento oncoplástico sea técnicamente factible en estadios más precoces, como se ha descrito en la literatura ⁽⁴⁾.

En el 67 % de los casos se realizó la reconstrucción de manera inmediata encontrando solo necrosis del colgajo como complicación posoperatoria inmediata. En múltiples estudios publicados en la literatura internacional se demuestra que la reconstrucción inmediata debe realizarse si no existe diferencia en cuanto a recurrencia local y sobrevida libre de enfermedad, sumado a la mejoría sobre el estatus psíquico y la necesidad de menos intervenciones quirúrgicas ⁽⁵⁻⁷⁾.

Toda paciente debe ser informada acerca de la posibilidad de una reconstrucción mamaria ya sea inmediata o diferida. No existe la técnica de reconstrucción ideal. La mejor indicación es la

que se adecua a la evaluación correcta, necesidad y deseo de cada paciente y a la experiencia del cirujano en el procedimiento seleccionado.

REFERENCIAS

1. Ministerio del Poder Popular para la Salud. (MPPS). Anuario de Mortalidad por cáncer en Venezuela. Disponible en: URL: <http://www.mpps.gob.ve>.
2. Mencke C, Villanova J, Cavalheiro J, Cericatto R, Goldber E. Cáncer de mama. Diagnóstico clínico y clasificación. En: Hernández G, Bernardello E, Pinotti J, editores. Cáncer de mama. Caracas, Venezuela: Editorial Interamericana. McGraw-Hill; 1998.p.136-151.
3. Harcourt D, Rumsey N. Psychological aspects of breast reconstruction: A review of the literature. *J Adv Nurs*. 2001;35(4):477-487.
4. Hernández MG, Paredes R, Hernández J, Magnelli A. Tratamiento conservador del cáncer de mama. En: Hernández G, Bernardello E, Pinotti J, editores. Cáncer de mama. Caracas, Venezuela: Editorial Interamericana. McGraw-Hill; 1998.p.261-291.
5. Newman LA, Kuerer HM, Hunt KK, Ames FC, Ross MI, Theriault R, et al. Feasibility of immediate breast reconstruction for locally advanced breast cancer. *Ann Surg Oncol*. 1999;6(7):671-675.
6. Newman LA, Kuerer HM, Hunt KK, Kroll SS, Ames FC, Ross MI, et al. Presentation, treatment, and outcome of local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol*. 1998;5(7):620-626.
7. Shons AR, Mosiello G. Postmastectomy breast reconstruction: Current techniques. *Cancer Control*. 2001;8(5):419-426.