

Oncoplastía: Nuevos abordajes quirúrgicos en cirugía conservadora de mama, en México

Mauricio Soriano-Benítez¹, Benigno Acea-Nebril², Miguel Angel Morales-Palomares³

¹Servicio de Oncología Ginecológica Hospital Civil de Culiacán Sinaloa. Universidad Autónoma de Sinaloa.

²Jefe del Servicio de Senología, Hospital Abente y Lago, La Coruña, España.

³Médico Adscrito al servicio de Oncología Ginecológica, Hospital General de México, UNAM.

Recibido 13 julio 2014; aceptado 10 septiembre 2014

Objetivo: Este artículo tiene la finalidad de aportar una perspectiva quirúrgica actual, integral y diferente para el abordaje del cáncer de mama en etapas tempranas y tardías, demostrando que el tratamiento conservador en combinación con las técnicas oncoplásticas ofrecen un mejor resultado estético adecuado. **Material y métodos:** Se expone una serie de casos, mostrando la planeación quirúrgica y el resultado quirúrgico inmediato con una escala subjetiva sobre la satisfacción expresada por las pacientes y por el grupo de médicos que conforman el departamento de ginecología oncológica del Hospital Civil de Culiacán Sinaloa. **Resultados:** Se observa una franca mejoría en el resultado estético de las pacientes comparada con el tratamiento radical y conservador tradicional y una satisfacción manifestada por las pacientes. **Conclusión:** En las diferentes técnicas aplicadas se evidenció un resultado estético adecuado con una escala de satisfacción subjetiva de aceptable a excelente.

Objective: This article's main goal is to provide an up to date integral surgical perspective, which is different for breast cancer in early stages than from latter stages. It demonstrates that conservative treatment in combination with oncoplastic surgical techniques offer a better aesthetic result in breast cancer patients. **Material and methods:** A case series is exposed in this article, discussing surgical planning and surgical immediate results that are graded in a subjective satisfaction scale express by the patient y by the surgical team from the oncologic gynecology department in Hospital Civil de Culiacan, Sinaloa. **Results:** A great aesthetic result is found in all patients expressed by the patients compared to those with radical conservative traditional treatments. **Conclusions:** The aesthetic result by the patient according her subjective satisfaction was from acceptable to excellent, regarding different surgical techniques made.

1. Introducción

El cáncer de mama (CM) es una grave amenaza para la salud de la mujer a nivel mundial y constituye una prioridad no reconocida en los países en vías de desarrollo. En México el CM a partir del 2006 ocupa el primer lugar en incidencia y como causa de mortalidad, desplazando al cáncer cérvico uterino a un segundo lugar. El CM es la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años de edad siendo actualmente una real amenaza para estos grupos etareos debido a que actualmente es un grupo con actividad laboral y socioeconómica activos.¹

Los datos sobre la detección en el cáncer de mama, si bien son sub reportados, muestran 6,000 nuevos casos en 1990 y se estima un incremento cercano a 16,500 nuevos casos anuales para 2020. Más aún, la mayoría de los casos son auto detectados (lo que indica que se encuentran en etapa II o III) y en un 60% de

los casos en etapas avanzadas y sólo 10% de todos los casos se identifica en etapa I.¹

Sin embargo en los estados del norte de México, si bien la incidencia de nuevos casos es mayor comparada con los estados del centro y sur de la República, la tasa de detección en etapas tempranas es mayor, lo que favorece la aplicación de cirugías menos radicales.¹

Si bien el CM ha sido uno de los principales testigos de los grandes avances en la oncología moderna, que han ido desde las cirugías ultra radicales hasta la cirugía conservadora, siendo en la actualidad el común denominador la preservación de la glándula mamaria con cirugía conservadora tradicional o con la aplicación de técnicas oncoplásticas, o bien la cirugía reconstructiva siempre teniendo el objetivo de la preservación del órgano afectado debido al impacto psicológico para la paciente. Otro campo donde es testigo fiel de la evolución de la oncología es en la aplicación de esquemas anti neoplásicos que van desde los esquemas

tradicionales (FAC, fluoracilo adriamiciacina y ciclofosfamida) hasta el uso de taxanos en combinación con los anticuerpos monoclonales como el trastuzumab en neoadyuvancia en etapas tempranas o tardías lo que ha favorecido que el tratamiento conservador sea más frecuente.²

Fue en 1882 que Halsted propuso la mastectomía radical como primera opción quirúrgica en el tratamiento para cáncer de mama, ofreciendo tasas de curación de hasta un 20%, en donde existía la resección de ambos pectorales este criterio persistió hasta la primera mitad del siglo XX. La técnica aplicada por Wagensteen (1949) es igual a la Mastectomía radical ampliada pero incluyendo la disección de los ganglios linfáticos supra claviculares, de la cadena mamaria interna y mediastínicos. Realmente no se demostró ninguna mejoría significativa en la supervivencia con esta operación, y si una alta morbilidad, cayendo en desuso por tener una mortalidad del 12.5% operatoria.

El tratamiento radical fue tan extremo como la técnica de Mastectomía Radical con desarticulación Escapulo Humeral o Cirugía de Prudente (Brasil en 1949).

Hasta las posteriores modificaciones realizadas por Pattey 1948 y Madden en 1965, en donde ya se iniciaba el concepto de menor radicalidad realizaba realizando la conservación de los músculos pectorales mejorando la morbilidad, sin embargo todas estas técnicas quirúrgicas tenían como común denominador la resección en su totalidad de la glándula mamaria enferma.³

Sin lugar dudas el segundo gran avance quirúrgico aportado en la cirugía mamaria fue la realizada por Veronesi et al. en 1980, donde presenta una serie de casos del procedimiento denominado Cuadrentectomía (resección tumoral con márgenes libres incluyendo piel, aponeurosis) siendo este el principal aporte dentro de la cirugía conservadora de mama donde ofrecía tasas similares de curación y supervivencia a la mastectomía radical convencional siempre y cuando la cuadrantectomía se complementara con radioterapia. Tal vez el único inconveniente de esta técnica era que solo estaba indicada solo para portadoras de tumores situados en el cuadrante superior externo, a pesar de esto y sin lugar a dudas fue una gran aportación quirúrgica al área de la oncología. Con la posterior evolución en las técnicas de

radioterapia se iniciaron variaciones quirúrgicas conservadoras derivadas de la cuadrentectomía en la cual se incluían a las pacientes con tumores en cuadrantes internos o inferiores externos, sin embargo los resultados cosméticos no fueron los adecuados que inclusive llevaron a el dilema en realizar un tratamiento conservador o bien un tratamiento radical con posterior cirugía reconstructiva, es aquí donde precisamente las técnicas de cirugía plástica fueron aplicadas a la oncología mamaria disponiendo siempre los cánones oncológicos establecidos mundialmente para la conservación o extirpación de la glándula mamaria.⁴⁻⁶

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. 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 oncoplastica.^{6,7}

Audrich et fue pionero en el inicio de la aplicación de técnicas que se utilizaban en cirugía plástica a la cirugía oncológica, logrando resultados cosméticos importantes y que prácticamente incluían cualquier ubicación tumoral dentro de la glándula mamaria, sin embargo a esta importante aportación no tuvo un fuerte impacto en la comunidad oncológica internacional, fue hasta que a finales de la década pasada y a principios de esta el Dr. Benigno Acea nebril en España realizó nuevamente la aplicación y sistematización de estas técnicas, mostrando una serie de casos que demuestran su seguridad y eficacia a largo plazo.^{3,8}

Como se menciono previamente la aplicación de la cuadrentectomía en tumores ubicados en cuadrantes internos condicionaba deformidades importantes que el Dr. Clough en 1998 clasifico en tres tipos: Tipo I: la mama tratada tiene una apariencia normal sin deformidad, pero hay una asimetría en el volumen o aspecto respecto a la mama contra lateral. Tipo II: la mama tratada presenta una deformidad importante que puede ser corregida con una reconstrucción parcial de la mama a partir de su propio tejido. Tipo III: la mama tratada presenta una deformidad importante o una fibrosis difusa o dolorosa que debe ser corregida

con mastectomía.^{9,10,13}

En base a este tipo de deformidades que se encontraban en pacientes en las que ofrecíamos un tratamiento conservador en otros cuadrantes inclusive incluyendo las cuadrantectomías del cuadrante superior externo, fueron aplicándose o bien desarrollándose nuevas técnicas quirúrgicas, denominándose actualmente, el concepto de cirugía mamaria aplicada a cada tipo de tumor, tipo de mama y tipo de paciente, obviamente siempre teniendo como prioridad los criterios oncológicos internacionalmente establecidos, pero a la vez logrando adecuados resultados estéticos donde la paciente y los sistemas de salud de cada país se vean beneficiados evitando así someter a la paciente a más procedimientos quirúrgicos de remodelación o reconstrucción mamaria.^{3,10}



Estas técnicas quirúrgicas, el Dr. Acea las agrupa en su libro en:

A) Abordaje sin cicatrices:

- 1) Periareolar.
- 2) Línea axilar anterior.
- 3) Sub mamario.

B) Procedimientos oncoplásticos:

- 1) Mamoplastia vertical
- 2) Mamoplastia lateral
- 3) Mamoplastia periareolar (round block)
- 4) Mamoplastia de doble rama (pedículo inferior y superior)

C) Procedimientos Reconstructivos:

- 1) Con tejidos autólogos
- 2) Con materiales aloplásticos

En México es bien conocida la radicalidad de los tratamientos oncológicos que se realizan, mucho de los cuales se contraponen a la evolución de la oncología moderna, la cual pugna por tratamientos conservadores.

En nuestro país no se tienen antecedentes de la aplicación de técnicas oncoplásticas dentro del tratamiento conservador del cáncer mamario si bien la conservación de la glándula mamaria se realiza con cuadrantectomía o tumorectomía con bordes libres de tumor y prácticamente para tumores en cuadrantes externos siempre y cuando la relación mama tumor sea favorable. A pesar de los adelantos de la quimioterapia y a la descripción de la aplicación de técnicas de cirugía plástica al abordaje quirúrgico de la glándula mamaria en la que se tiene el fundamento por una cirugía para cada tumor en especial y para cada tipo de mama, en México prácticamente estas técnicas no se utilizan debido a que en las instituciones por la saturación que existe, es más factible realizar tratamientos radicales.²

El propósito de este trabajo es presentar un reporte inicial de la aplicación de técnicas oncoplásticas en pacientes portadoras con cáncer de mama. Es de mencionar que no es la intención demostrar mejorías en las tasas de supervivencia, por que el seguimiento clínico de estas pacientes es aun muy corto, tampoco es querer cambiar los cánones quirúrgicos oncológicos establecidos, únicamente es el de aportar diferentes alternativas quirúrgicas para pacientes portadoras de Cáncer de Mama para lograr un adecuado resultado estético y una mejor calidad de vida.

Es importante aclarar que en todas las cirugías se cumplieron con las normas oncológicas internacionales de conservación mamaria como lo son bordes libres de tumor por arriba de 1 cm o bien hasta lograr bordes libres de tumor.

2. Materiales y métodos

Se presenta una serie de casos de pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos oncoplásticos, en un periodo comprendido de marzo del 2011 a marzo del 2013, con el diagnóstico de cáncer de mama en etapas tempranas y tardías. En los casos avanzados o

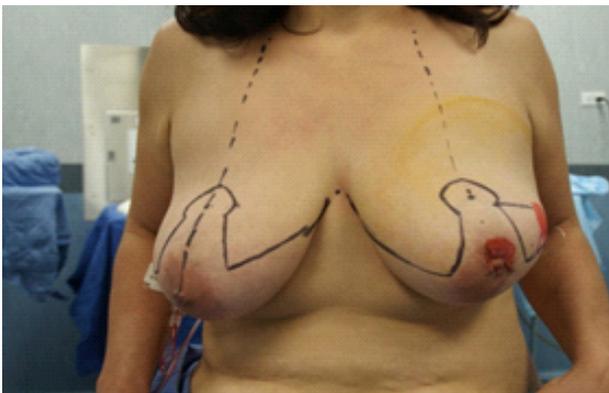
con tumores de mas de 5 cm de tamaño se les brindo quimioterapia neo adyuvante hasta lograr reducción mayor al 50%, o bien si existían pacientes con relación mama tumor desfavorable se brindo quimioterapia neo adyuvante para poder brindar estos procedimientos.

A continuación se exponen los siguientes casos clínicos:

Caso 1:

Paciente de 36 años de edad con diagnóstico confirmado de Cáncer de mama EC II (T2N0), ductal infiltrante retro areolar de 3 cm y nódulo con micro calcificaciones en su interior en cuadrante superior externo, con biopsia en dos ocasiones con reporte, negativo a malignidad, por sospecha mastográfica se realizó marcaje estereotáxico con estudio tras operatorio de carcinoma lobulillar infiltrante, se realizó mamoplastía vertical de doble rama, con extirpación del tejido retro areolar y CAP y resección de todo el cuadrante superior externo y ganglio centinela y colocación de catéter porta cath. ETO bordes libres de lesión, resección bilateral de 800 gamos de tejido mamario. Ganglio centinela negativo, Se adyuvo con quimioterapia-radioterapia, Trastuzumab y hormonoterapia.

Fig. 2.- Resultado estético adecuado, requiere confecciónde CAP, con dos años de seguimiento sin AT.



Caso 2:

Paciente de 34 años con Cáncer de mama III B (T3N1M0) ducal infiltrante moderadamente diferenciado con T de 7 cm periareolar, radio de las 9 – 12, ductal infiltrante G2, Triple positivo, con relación mama tumor desfavorable, tratada con neoadyuvancia 8 ciclos. Se logró reducción tumoral a 2 cm. Se propuso una mamoplastía de rama vertical con pedículo inferior único, con isla de piel (Técnica de Grisotti) con linfadenectomía axilar y colocación de cateter porta cath, ETO con bordes negativos, resección unilateral de 180 gramos, se adyuvó con radioterapia, trastuzumab, y hormonoterapia.

Fig. 3.- Resultado estético aceptable, rescate quirúrgico con implante para simetrización único, o bien implantes bilaterales de diferente tamaño con fines estéticos y confección de CAP. Ventajas de procedimiento inicial, conservación de surco mamario y de cola de Spencer y de línea axilar anterior. Con dos años de seguimiento sin actividad tumoral.

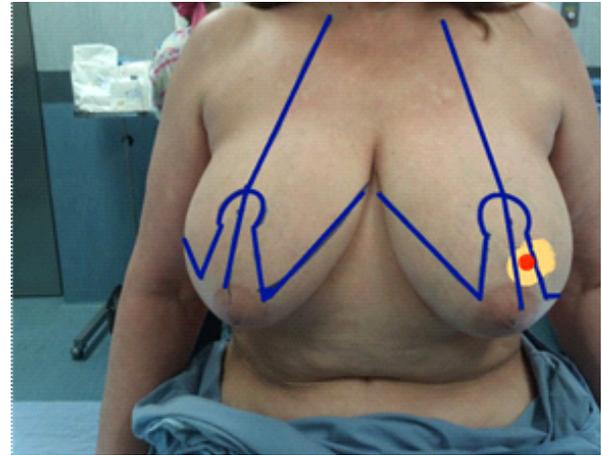


Caso 3:

Paciente de 46 años con diagnóstico de CA de mama EC IIIB (T3 N1 M0) T de 7 cm en radio de las 12 a 3, línea b, tratada con 3 ciclos de quimioterapia neoadyuvante esquema FAC con reducción tumoral de 4 cm, se propone mamoplastia de reducción de doble rama con pedículo inferior, zona de resección de polo inferior y cuadrante superior externo con bordes positivos por lo que se ampliaron bordes quirúrgicos no siendo posible la conservación del complejo areola pezón, linfadenectomía axilar y colocación de cateter

porta cath. Resección bilateral de 700 mg.

Fig.4.- Resultado estético: No óptimo, procedimiento de rescate, colocación de implante protésico retro pectoral mediante el surco submamario para simetrización contralateral y confección de CAP. Ventajas de procedimiento previo la conservación de surco mamario, cola de Spencer y línea axilar anterior.



Caso 4:

Paciente de 55 años de edad con diagnóstico de Cáncer de mama EC IIA (T2N0M0), con Rhp de carcinoma ductal infiltrante de 2 cm en cuadrante inferior interno, y gigantomastía se propone Mamoplastia vertical de doble rama para resección de todo el polo inferior con gigantomastía. Ganglio centinela y colocación de porta cath, resección bilateral de 780 mg y 840 mgs.



pezón con colocación de implante retropectoral texturizado de 380 cc y simetrización contralateral.

Fig.5.- Resultado estético adecuado, RHP con bordes libres de tumor.



Caso 5:

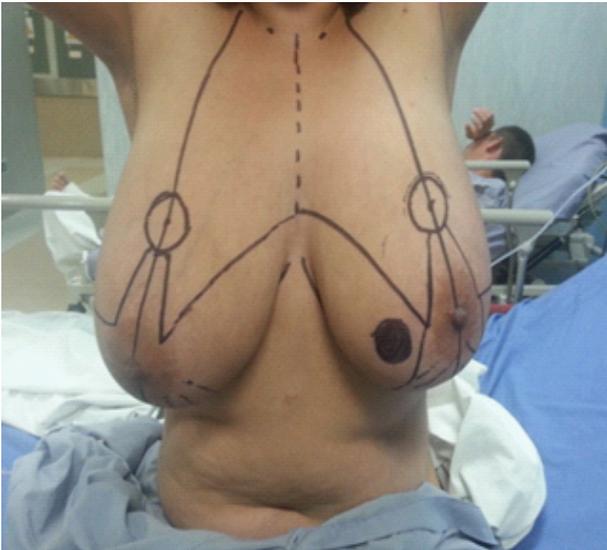
Paciente de 28 años con tumor phyllodes recurrente relación mama tumor desfavorable. Se propone mastectomía simple con conservación únicamente de pedículo inferior para conservación de complejo areola

Caso 6:

Paciente de 42 años de edad con diagnóstico de Cáncer de mama EC II A, ductal infiltrante, se planteo una mamoplastía vertical de doble rama para resección de polo inferior de la mama.

Reporte histopatológico con borde mas cercano de dos cm. Se adyuvó con quimioterapia esquema FAC y radioterapia, con 1 año de seguimiento sin actividad tumoral.

Fig.6.- Resultado oncológico adecuado y estético, 6 meses libre de actividad tumoral.



Caso 7:

Paciente de 52 años de edad con diagnóstico de cáncer de mama EC IIB (T2N1M0), periareolar con T de 3 cm, abordada con técnica Round Block y para llenado de defecto con colgajo epigástrico. Se complementa con linfadenectomía axilar y colocación de porta cath. Con estudio trasoperatorio con bordes negativos a 1 cm.

Fig. 7.- Resultado estético aceptable.



Caso 8:

Paciente con diagnóstico de cáncer de mama izquierdo, EC IIB (T2N1M0) en cuadrante superior interno. Se propone tumorectomía con linfadenectomía, el ETO reporta bordes libres, por lo que se

procede a realizar rotación de colgajos adipoglandulares para llenado de defecto quirúrgico, y colocación de catéter reservorio.

Fig. 8.- Resultado estético adecuado.



3. Discusión

Aún en la actualidad las opciones quirúrgicas que tiene un cirujano oncólogo solo tenía dos alternativas; la mastectomía radical o bien la cuadrantectomía, la integración el aprendizaje de técnicas oncoplasticos proporcionan una alternativa que permite resecciones mayores del 30% de tejido y mejores resultados estéticos que las tumorectomía o la técnicas expuesta por Veronesi. Esto sin comprometer los resultados oncológicos, y favorecer los resultados cosméticos.^{3,4}

Al mejorar los resultados cosméticos se evita la derivación al servicio de cirugía plástica a procedimientos de remodelación o reconstructivos que condicionan mas procedimientos quirúrgicos

La principal indicación de la cirugía oncoplástica es para lesiones de gran tamaño para los que una escisión estándar con márgenes de seguridad sería poco probable lo que condicionaría una deformidad importante, otra indicación sería la multifocalidad , y las respuestas parciales o deficientes a tratamientos neoadyuvantes. Y un gran porcentaje de las pacientes aquí expuestas se encontraban en etapas avanzadas y como se pudo observar se lograron resultados quirúrgicos aceptables.^{5,6}

La Cirugía oncoplástica debe estar totalmente integrada a un equipo multidisciplinario. Los tratamientos pre y post operatorios no se modifican y siempre que sea posible es recomendable dejar un marcaje en la ubicación del tumor para dar una mejor ubicación al radioterapeuta.^{8,9,10}

Las complicaciones de los procedimientos aquí expuestos fueron mínimos (dehiscencia mínima de línea vertical en mamoplastías verticales) comparados con los expuestos en la literatura donde se describen tasas del 9% de dehiscencia de herida quirúrgica, y de pérdida de complejo areola pezón como complicación mas grave, en esta pequeña serie de pacientes no se observo ninguna necrosis de pezón.^{12,13}

4. Conclusión

En los casos revisados se observan diferentes abordajes quirúrgicos aplicados, y hasta donde fue posible teniendo el criterio de preservación de la mama, bajo el precepto de utilizar una técnica quirúrgica para un tipo de tumor y para un tipo glándula en específico. Tomando en consideración que en estos casos clínicos

se obtuvieron escalas de satisfacción subjetivas mayores al 80% brindadas por el servicio de oncología del Hospital Civil de Culiacán y expresado por las pacientes.

Referencias

1. “Estadísticas a propósito del día internacional contra el cáncer de mama” INEGI 2013.
2. Ghossain A, Ghossain MA. History of mastectomy before and after Halsted. *J Med Liban* 2009 Apr-Jun; 57 (2): 65-71
3. B. Acea-Nebril, S. Lopez, C. Cererijo. Impacto de las técnicas oncoplasticas conservadoras en un programa quirúrgico para enfermas con cáncer de mama. *Cir Esp.* 2005; 78(3):175-82.
4. Cothier-Savey I, Otmezguine Y, Calitchi E, et al. Value of reduction mammoplasty in the conservative treatment of breast neoplasm. A propos of 70 cases. *Ann Chir Plast Esthet.* 1996;41(4):346-53.
5. Petit JY, Rietjens M, Garusi C, et al. Integration of plastic surgery in the course of breast-conserving surgery for cancer to improve results and radicality of tumor excision. *Recent Results Cáncer Res.* 1998;152:202-11.
6. Rainsbury R. Surgery insight: oncoplastic breast conserving reconstruction-indications, benefits, choices and outcomes. *Nat Clin Pract Oncol.* 2007;4(11):657-64.
7. Bulstrode NW, Shortri S. Prediction of cosmetic outcome following conservative breast surgery using breast volumen measurements. *Breast.* 2001;10:124-6.
8. Kaur N, Petit JY, Rietjens M, et al. Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. *Ann Surg Oncol.* 2005;12(7):539-45.
9. Clough KB, Nos C, Salmon RJ, et al. Conservative treatment of breast cancers by mammoplasty and irradiation: a new approach to lower quadrant tumors. *Plast Reconstr Surg.* 1995;96(2):363-70.
10. Veronesi U, Banfi A, Saccozzi R, et al. Conservative treatment of breast cancer. A trial in progress at the cancer institute of Milan. *Cancer.* 1977;39(6)2822-6.
11. Veronesi U, Banfi A, del Vecchio M, et al. Comparison of Halsted mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in early breast cancer: long term results. *Eur J Cancer Clin Oncol.* 1986;22:1085-9.
12. Association of Breast Surgery at BASO. Oncoplastic breast-surgery: a guide to good practice. *Eur J Surg Oncol.* 2007;33(1)S1-23.