

El cirujano general en el cáncer de mama

El cáncer de mama, la neoplasia maligna más frecuente en la mujer, es un problema grave de salud que ha merecido la declaración del día 19 de octubre como Día Internacional del Cáncer de Mama, con el objetivo de propiciar una reflexión colectiva que aúne esfuerzos en la lucha contra esta enfermedad.

Nosotros, los cirujanos generales, ante los cambios sucedidos en el tratamiento y las nuevas expectativas, debemos también hacer una reflexión acerca de nuestro papel en la terapéutica de esta enfermedad.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha evolucionado en las dos últimas décadas desde unas cirugías radicales (mastectomía tipo Halsted y mastectomía radical modificada) a técnicas conservadoras, tanto en la resección del tejido mamario como en el tratamiento de la axila (tumorectomía, mastectomías parciales y ganglio centinela)¹.

Asimismo, la participación del cirujano se ha modificado desde casi único o principal protagonista a un actor coral que trabaja en un grupo multidisciplinario amplio (radiólogo, oncólogo, radioterapeuta, ginecólogo, cirujano plástico, psicólogo, etc.), donde el papel asignado, fundamentalmente, es el control local de la enfermedad.

Estos cambios en el tratamiento quirúrgico han sido posibles al demostrarse que las nuevas alternativas poseen una eficacia igual a las técnicas más agresivas². Las evaluaciones se han realizado en los siguientes parámetros: morbilidad posquirúrgica, porcentaje de recurrencias, período libre de enfermedad, supervivencia y calidad de vida. Actualmente, este último parámetro ha incrementado su peso relativo, y las pacientes solicitan que se cure su enfermedad con la menor secuela posible, y en lo que respecta a la cirugía, sin la pérdida de su imagen corporal y con el mínimo número de procedimientos quirúrgicos.

Ante esta demanda, nuestro papel puede ser más amplio, atractivo y exigente: control local de la enfermedad con reparación estética. En las pacientes en las que se requiere mastectomía debemos completar el acto quirúrgico con la reconstrucción mamaria inmediata, y en las que se realiza una cirugía conservadora debemos modelar la mama.

A pesar de los avances en el diagnóstico precoz y de la eficacia de la cirugía conservadora en los estadios no avanzados del cáncer de mama, la mastectomía radical

modificada es una técnica que se utiliza con frecuencia en el tratamiento de las pacientes que sufren un cáncer de mama³.

Aunque las técnicas de reconstrucción mamaria (RM) están disponibles desde hace más de dos décadas, el hecho cierto es que son pocas las pacientes mastectomizadas en las que se reconstruye la mama, no superando un 12%⁴. Un estudio americano, realizado sobre una muestra amplia de 68.348 pacientes, puso de manifiesto que, para el período 1994-1995, sólo en un 8,3% de las pacientes mastectomizadas se llevó a cabo la reconstrucción de la mama de forma inmediata o en los 3 meses siguientes a la intervención. El análisis de los factores que determinan esta baja utilización de la reconstrucción demuestra que no se debe a la existencia de contraindicaciones para el procedimiento, sino a factores como la edad, el estadio del tumor, la localización geográfica, el nivel socioeconómico, la cualificación del hospital y la raza⁵.

La edad, con un punto de corte en los 50 años, es el factor que determina más claramente la indicación de la RM, que también influye en la elección de la cirugía conservadora^{5,6}.

La RM debe considerarse como una opción estándar en el tratamiento integral del cáncer de mama y, salvo que nuevos hallazgos terapéuticos (ablación *in situ*) minimicen el papel de la cirugía, dos hechos nos parecen fundamentales y determinantes para un futuro aumento de la reconstrucción: la demanda creciente de las pacientes y el mayor número de cirujanos preparados para realizar técnicas de reconstrucción mamaria. En los EE.UU., la RM se ha incrementado un 166% en los últimos 8 años, según datos procedentes de las estadísticas ASPS (procedimientos quirúrgicos realizados por cirujanos plásticos con certificación del The American Board of Plastic Surgery). Dicho aumento se debe al incremento de la cobertura sanitaria y a la mayor información de las pacientes⁷.

La RM debe ser una opción u oferta que la paciente puede aceptar o rechazar, pero debe ser una elección posible⁸. Los motivos que aducen las pacientes que rechazan la reconstrucción son el miedo a las complicaciones graves y el considerarse demasiado mayores⁹.

En cuanto a la cirugía conservadora, la aplicación de técnicas de reducción mamaria y plastias de tejido ma-

mario permite unos resultados estéticos mejores, con mamas remodeladas y simétricas^{10,11}.

El cirujano general, que trata a pacientes con cáncer de mama, debe formarse en técnicas de reconstrucción y de cirugía reparadora de la mama para poder ofrecer a sus pacientes, además de la resección oncológica del tumor, la conservación de una mama estéticamente aceptable y, en aquellos casos que requieran una mastectomía, la recreación de un remodo de mama que disminuya los efectos psicológicos negativos que padecen las mujeres que pierden un seno. Esto es especialmente necesario en centros, como hospitales comarcales, en los que es difícil incorporar al equipo multidisciplinario un cirujano plástico.

Además, el conocimiento de las técnicas reconstructivas por el cirujano que practica la resección oncológica es el mejor medio para aumentar el número de pacientes en las que se reconstruye la mama, así como para facilitar la realización de las mismas por parte de otro cirujano, si él no las lleva cabo.

Un buen ejemplo es el de Düsseldorf, donde el mismo equipo quirúrgico realiza la resección oncológica y la reparación plástica. En dicho centro, el 41% de las pacientes que sufren una mastectomía parcial son reconstruidas, porcentaje muy superior al de otros centros, de características similares, en los que dos equipos diferentes realizan los procedimientos resectivos y reparadores¹².

En nuestro medio, algunos compañeros han abierto el camino para la consecución de estos objetivos¹³⁻¹⁶. Debemos seguir en esta línea si no queremos que se confirme lo publicado por Smitten¹⁷, que escribe: "ante los retos de esta próxima década, la reconstrucción mamaria inmediata y la cirugía oncoplástica, el cáncer de mama será operado por cirujanos plásticos".

Fernando Hernanz

Profesor Asociado de Cirugía.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
Universidad de Cantabria. Santander.

Bibliografía

1. Sakorafas GH. Breast Cancer Surgery. Historical Evolution, Current Status and Future Perspectives. *Acta Oncologica* 2001;40:5-18.
2. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effect of radiotherapy and surgery in early breast cancer. *N Engl J Med* 1995; 333:1444-5.
3. Mettlin CJ, Menck HR, Winchester DP, Murphy GP. A comparison of breast, colorectal, lung, and prostate cancers reported to the National Cancer Data and the Surveillance, Epidemiology, and Results Program. *Cancer* 1997;79:2052-61.
4. Polednak AP. How frequent is postmastectomy breast reconstructive surgery? A study linking two statewide databases. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:73-7.
5. Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a National Cancer Database study. *J Am Coll Surg* 2001;192:69-70.
6. Madan AK, Aliabadi-Wahle S, Beech DJ. Age bias: a cause of underutilization of breast conservation treatment. *J Cancer Educ* 2001;16:29-32.
7. Breast reconstruction after mastectomy rises 180 percent in eight years. *Plastic Surgery Information Service* [revista electrónica]. 2000 Aug. Disponible en: www.plasticsurgery.org/mediatr/webreastrecon.htm
8. Bily L. Breast reconstruction: one woman's choice. *JAMA* 2001;286: 2163-5.
9. Reaby LL. Reasons why women who have mastectomy decide to have or not to have breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1998;101:1810-8.
10. Smith M, Evans G, Gürlerk A, et al. Reduction mammoplasty: its role in breast conservation surgery for early-stage breast cancer. *Ann Plast Surg* 1998;41:234-9.
11. Audretsch W, Rezaei M, Kolotas C, Zamboglou N, Schnabel T, Bojar H. Tumor-specific immediate breast reconstruction in breast cancer patients. *Perspect Plast surg* 1998;11:71-106.
12. McFadden TC, Gutowski KA. Breast reconstruction after breast conservation therapy: part 2 of the 6-part Series on Current Concepts in Breast Reconstruction. *Curr Surg* 2001;58:146-55.
13. Marco C, Rodríguez Alsina X, Hoyuela C, Sánchez A, Cugat E, Muñoz E, et al. Reconstrucción mamaria en un servicio de cirugía general. *Cir Esp* 1998;63:30-53.
14. Martínez García F, Santos JM, González Uriarte J, Alberdi JL, Muriello J, Saralegui Y, et al. Reconstrucción mamaria inmediata en el cáncer de mama. *Cir Esp* 1998;64:322-7.
15. Serra C, Arlandis F, del Río J, Bengochea M, Bou R, Martínez LA, et al. Reconstrucción inmediata con prótesis tras mastectomía en la enfermedad benigna y maligna de la mama. *Cir Esp* 1999;65: 130-4.
16. Rodrigo Cucalón MA, Vinúe Melero J, Esarte Muniáin J, Vinué R. Cáncer de mama: reconstrucción inmediata con colgajo miocutáneo de gran dorsal. *Cir Esp* 2000;67:477-85.
17. Karl von Smitten. Surgical management of breast cancer in the future. *Acta Oncol* 2000;39:437-9.