

Propuesta de mejora de la calidad asistencial del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama: oportunidad de la aplicación de técnicas oncoplásticas

Fernando Hernanz, Eva Tresgallo, Carmen Martín, Santiago Revuelta, Fernando Rojo y Ángel Álvarez

Unidad de Patología Mamaria. Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. España.

Correspondencia: Fernando Hernanz de la Fuente.

Urb. Las Pérgolas 10. Sancibrian. 39110 Santander. España.

Correo electrónico: cgdhff@humv.es

Resumen

Introducción: En el cáncer de mama, la cirugía oncoplástica pretende conseguir el control local del cáncer (objetivo oncológico) con la menor alteración de la estética de la mama y sin la pérdida de la imagen corporal (objetivo estético).

Objetivo: Valorar la oportunidad de la aplicación de las técnicas de cirugía oncoplástica en el cáncer de mama, reconstrucción y/o remodelación después de cirugía conservadora en nuestro centro.

Material y método: El trabajo se ha realizado en dos fases: a) revisión retrospectiva de los datos incluidos en la historia clínica de pacientes mastectomizadas, con el objetivo de valorar las posibilidades de aumentar las indicaciones de cirugía conservadora, y b) valoración de los resultados cosméticos de las pacientes con cirugía conservadora. Los números de las historias clínicas de las pacientes intervenidas por cáncer de mama correspondientes al año de estudio (2000) han sido suministrados por el Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Se han revisado 27 historias clínicas, y se han considerado contraindicaciones absolutas para la indicación de cirugía conservadora: mayor de 70 años, multicentricidad, cáncer inflamatorio, linfangitis carcinomatosa, carcinoma intraductal extenso y deseo de la paciente. Se han evaluado los resultados estéticos de 16 pacientes con cirugía conservadora por tres evaluadores independientes: cirujano, enfermera y médico que fue anteriormente paciente mastectomizada.

Resultados: En 10 (37%) de las historias revisadas no se constatan criterios absolutos que contraindiquen la posibilidad de realizar cirugía conservadora con remodelación (cirugía oncoplástica). Los resultados cosméticos de la cirugía conservadora son mediocres. En casi la mitad de las pacientes los resultados son inaceptables, malos o muy malos.

Conclusiones: En nuestro hospital existe una oportunidad de mejora en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Proponemos la incorporación de las técnicas de cirugía oncoplástica (mastectomía parcial con remodelación) para mejorar la calidad del tratamiento.

Palabras clave: Cáncer de mama. Cirugía oncoplástica.

Summary

Introduction: Oncoplastic surgery for breast cancer aims to achieve local control of the disease (oncological objective) while modifying as little as possible the aesthetic aspect of breasts and preserving body image (cosmetic objective).

Objective: To evaluate the possibility of applying oncoplastic surgery in breast reconstruction and/or reshaping after conservative treatment in our hospital.

Material and methods: The study was performed in two parts: a) retrospective review of the medical records of patients who underwent total mastectomy with the aim of evaluating the possibility of increasing the indications for conservative surgery and b) evaluation of the cosmetic results of patients treated with conservative surgery. The numbers of the medical records of patients who underwent surgery for breast cancer corresponding to the year of the study (2000) were supplied by the medical record department. Twenty-seven medical records were reviewed and the following were considered as absolute contraindications for conservative surgery: age greater than 70 years, multicentricity, inflammatory carcinoma, lymphangitis carcinomatosa, extensive ductal carcinoma in situ and patient preferences. The esthetic results in 16 patients treated with conservative surgery were evaluated by three independent referees (a surgeon, a nurse and a doctor who had previously undergone mastectomy).

Results: Ten patients (37%) who underwent total mastectomy had no absolute contraindications for conservative surgery with reconstruction (oncoplastic surgery). The overall cosmetic results of conservative surgery were mediocre and were poor or very poor in almost half the patients.

Conclusions: In our hospital, the quality of the surgical treatment of breast cancer could be improved by applying the techniques of oncoplastic surgery (partial mastectomy with reconstruction).

Key words: Breast cancer. Oncoplastic surgery.

Introducción

La cirugía conservadora del cáncer de mama consigue el control local de la enfermedad cuando el cirujano realiza una es-

cisión local que incluya el tumor con bordes libres de enfermedad, asociada después a radioterapia. En las pacientes con tumores grandes y mamas de tamaño medio o pequeño, y en las que la escisión que se requiere para conseguir el objetivo oncoló-

gico es superior a un quinto del volumen mamario, el resultado cosmético que se obtiene es insatisfactorio. Además, en estas pacientes entran en conflicto la necesidad oncológica y el objetivo estético; en algunas de ellas se decide como tratamiento quirúrgico la mastectomía total ante el posible mal resultado de la cirugía conservadora. Después de la cirugía conservadora y de la posterior radioterapia, más del 20% de las pacientes tienen deformidades importantes que precisan tratamiento reparador¹.

La cirugía oncoplástica pretende conseguir el control local del cáncer (objetivo oncológico) con la menor alteración de la estética de la mama y sin pérdida de la imagen corporal (objetivo estético). Para alcanzar el objetivo estético se precisa una cirugía de remodelación de la mama afectada, y en muchas pacientes, para lograr una buena simetría, también de la mama contralateral².

En nuestro centro, la tasa de cirugía conservadora para el año 2000 es del 53%, con una proporción de reingresos motivados por bordes quirúrgicos insuficientes de un 13%. Esta información, no publicada, procede de una auditoría externa realizada por la empresa Gestnova Tecnica en nuestro hospital (Santander, Cantabria). Estas proporciones son un objetivo claramente mejorable, dado que la conservación de la mama es un deseo en la mayoría de las pacientes.

Este trabajo pretende valorar, en nuestro centro, la oportunidad de la aplicación de técnicas de cirugía oncoplástica en el cáncer de mama, reconstrucción y/o remodelación después de cirugía conservadora.

Material y método

El trabajo se ha realizado en dos fases: una revisión retrospectiva de los datos incluidos en la historia clínica, con el objetivo de valorar las posibilidades de aumentar las indicaciones de cirugía conservadora, y la valoración de los resultados cosméticos de las pacientes con cirugía conservadora.

Material

– Veintisiete historias clínicas de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, elegidas de forma aleatoria entre las 68 pacientes mastectomizadas en el año 2000 en nuestro centro, según los datos suministrados por la base de datos del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC).

– Revisión retrospectiva de las indicaciones, y búsqueda de aquellos casos en los que no existan contraindicaciones absolutas para la realización de cirugía conservadora. Consideramos como tales, de acuerdo con el protocolo “Comité de tumores ginecológicos” de diciembre de 1992, y con vigencia en la práctica clínica de nuestro hospital: mayor de 70 años, multicentricidad, cáncer inflamatorio, linfangitis carcinomatosa, carcinoma intraductal extenso y deseo de la paciente.

Valoración de los resultados estéticos de las pacientes con cirugía conservadora

Seguimos el método, utilizado por otros autores³⁻⁵, de una escala del 1 al 5; el 1 se considera un muy buen resulta-

do, y el 5, un muy mal resultado estético. Tres diferentes evaluadores han valorado los resultados estéticos de la cirugía conservadora del cáncer de mama de 16 pacientes, seleccionadas de forma aleatoria entre las 56 pacientes intervenidas en el año 2000, según los datos suministrados por el SADC.

Los evaluadores han sido:

– A: especialista en cirugía general, varón, que ha valorado los resultados con la observación directa de las pacientes.

– B: diplomada en enfermería.

– C: médico de empresa y, a su vez, paciente mastectomizada por cáncer de mama y en la actualidad con reconstrucción mamaria.

Estas dos últimas personas valoraron los resultados con el estudio de tres fotos (de frente, tres cuartos y de la cicatriz). Las valoraciones han sido independientes. Se ha puntuado el resultado global, y también aspectos parciales, como simetría de ambas mamas en lo que respecta a su volumen, situación y desplazamiento del complejo areola-pezones, y calidad de la cicatriz.

Resultados

Los resultados de la revisión de las historias clínicas de las pacientes mastectomizadas se exponen en la tabla 1. En 10 historias (37%) no se constatan criterios que contraindiquen la posibilidad de realizar cirugía conservadora con remodelación o reconstrucción (cirugía oncoplástica).

Los resultados de la valoración estética de las pacientes intervenidas con cirugía conservadora se exponen en la tabla 2. Los resultados estéticos son malos o muy malos en el 46% de las pacientes.

Discusión

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente, si excluimos los tumores malignos de piel, que padece la mujer⁶. Su elevada frecuencia y el asiento sobre la mama, órgano con gran repercusión en la esfera sexual y psi-

Tabla 1. Revisión de las indicaciones de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama; contraindicaciones para la práctica de cirugía conservadora

Contraindicación	Casos	Porcentaje
Multicentricidad	3	11
Carcinoma inflamatorio	0	0
Linfangitis carcinomatosa	0	0
Carcinoma intraductal extenso	5	18,5
Mayor de 70 años	7	26
Deseo de la paciente	2	7,5
Ausencia de contraindicaciones	10	37
Total	27	100

Tabla 2. Valoración de los resultados estéticos de las pacientes tratadas de un cáncer de mama mediante cirugía conservadora; promedios de puntuación y porcentaje de casos con resultados inaceptables

Evaluable	Aspecto global	Simetría	Situación CAP	Cicatriz	Puntuación 4-5 (%)
A ^a	3,00	2,80	2,46	2,86	33
B ^b	4,00	4,40	3,80	3,53	66
C ^b	2,93	2,80	2,86	3,26	40
Todos	3,31	3,33	3,04	3,21	46

Puntuación: 1 = muy bueno, 2 = bueno, 3 = mediocre, 4 = malo, 5 = muy malo.

^aEvaluación directa de las pacientes.

^bEvaluación de fotografías.

A: cirujano; B: enfermera; C: médico y paciente; CAP: complejo areola-pezones.

quica, convierte a esta enfermedad en un problema de salud grave; tal es así, que se ha dedicado un día al año –el 19 de octubre– como día internacional de lucha contra el cáncer de mama.

En la actualidad, al tratamiento quirúrgico de la enfermedad se le exige el control local de la misma, colaborando de una forma sustancial a la curación de la paciente, con la mínima alteración cosmética. Esta nueva exigencia es el resultado de considerar la calidad de vida como un bien preciado en nuestra sociedad. Los cirujanos, en un ánimo perfeccionista, han desarrollado técnicas –que no son nuevas, sino fruto de una formación transversal en diferentes especialidades (cirugía general, ginecología, cirugía plástica y reparadora)– que permiten el cumplimiento de los dos requisitos: oncológico y estético⁷.

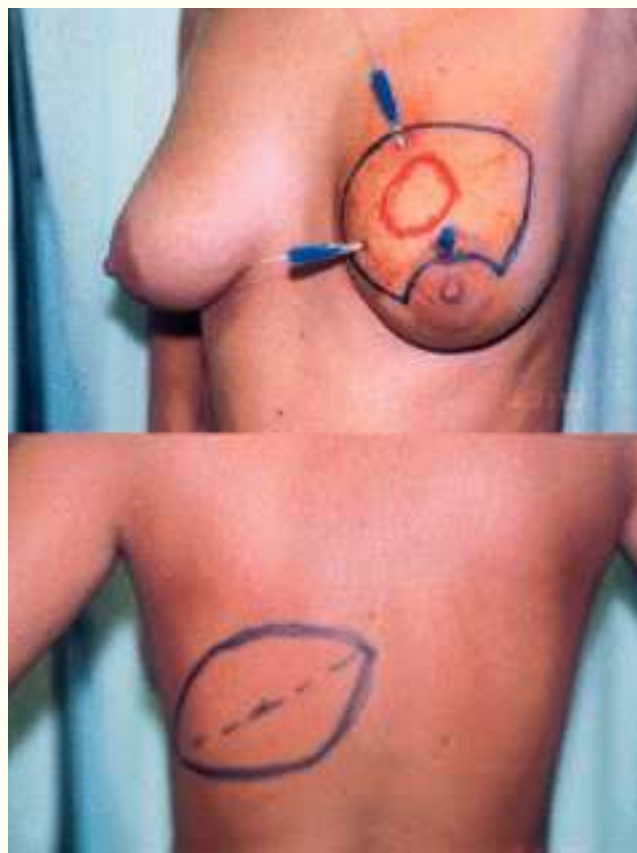
Estas técnicas, conocidas como *cirugía oncoplástica* (término atribuible al profesor W. Audretsch⁸), requieren la combinación de diferentes especialistas en el mismo acto quirúrgico: cirujano general o ginecólogo y cirujano plástico, pero también pueden llevarse a cabo –cosa que el autor prefiere– por el cirujano que en el mundo anglosajón recibe el nombre de *breast surgeon*, cuya formación le permite el conocimiento de las técnicas oncológicas y de las técnicas reparadoras. Esta necesidad de formación transversal, encaminada al tratamiento del proceso y enfocada a satisfacer las necesidades asistenciales de la paciente, es un reto para aquellos médicos implicados en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama⁹. Actualmente, el Department of Health del Reino Unido está financiando la formación en esta nueva formación horizontal (cirugía oncoplástica de la mama)¹⁰.

Estas técnicas, en la actualidad minoritarias, se encuentran en fase de difusión y expansión. David Rew ha manifestado sus precauciones y la necesidad de evaluar sus beneficios reales, más allá de su incuestionable atractivo inicial, antes de que la mayoría de los cirujanos oncológicos las asuman o las recomienden a sus pacientes¹¹.

Los primeros resultados oncológicos, con el suficiente seguimiento, han sido publicados recientemente. En una serie de 101 pacientes, Clough obtiene unos porcentajes de recurrencia local, supervivencia global y libre de metástasis a los 5 años iguales a los obtenidos con las técnicas clásicas, a

pesar de haber tratado tumores de mayor diámetro. Los resultados estéticos fueron favorables en el 82%. Un hecho digno de destacar de dicha serie es que salvo las 15 primeras pa-

Figura 1. Diseño de la cirugía: tumor localizado en la intersección de los cuadrantes superiores de la mama izquierda; tres agujas colocadas a un centímetro de la tumoración en sus límites medial, profundo y retroareolar; límites de la mastectomía parcial. Isla cutánea del colgajo de músculo dorsal ancho.



cientes, que fueron intervenidas por un equipo formado por un cirujano general y otro plástico, las 86 restantes fueron intervenidas por un mismo cirujano entrenado en aspectos oncológicos y plásticos¹².

En un 37% de las historias revisadas, con un criterio retrospectivo, no se han encontrado contraindicaciones absolutas para la práctica de cirugía oncoplástica. Los resultados cosméticos de la cirugía conservadora sin remodelación o reconstrucción son mediocres; la asimetría mamaria parece el factor más importante que incide en este pobre resultado. La mitad de las pacientes tienen un resultado inaceptable desde el punto de vista de la estética.

Si bien el número de historias y pacientes es escaso desde un punto de vista estadístico, los resultados del estudio tienen un interés clínico evidente. Estos resultados, añadidos a los previos del informe externo (tasa de cirugía conservadora del 53%; tasa de reingresos del 13%), permiten concluir que en nuestro hospital existe una oportunidad de mejora en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama con la incorporación de técnicas de cirugía oncoplástica.

Proponemos la incorporación y el desarrollo de las técnicas de cirugía oncoplástica (mastectomía parcial con remodelación), que han sido aceptadas mediante consenso, para lograr los objetivos parciales:

1. Aumento de la cirugía conservadora con conservación del seno en las pacientes que lo deseen y no tengan contraindicaciones absolutas.

2. Descenso de las mastectomías radicales modificadas con la consiguiente disminución de los procedimientos quirúrgicos reconstructivos posmastectomía (más de dos en casi la totalidad de las pacientes).

3. Mejora de los resultados cosméticos de la cirugía conservadora.

4. Mastectomías parciales amplias con disminución de la tasa de reingresos motivados por reintervenciones en pacientes con bordes quirúrgicos afectados.

Y finalmente, para mejorar la calidad asistencial del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.

En el anexo 1 describimos las indicaciones, el tiempo de aplicación y la elección de dichas técnicas. En el anexo 2 se describe un caso clínico en que su uso evitó la práctica de una mastectomía total en una joven de 22 años.

Figura 2. Reconstrucción del defecto mediante el colgajo de músculo dorsal ancho: aspecto al final de la intervención. Pieza de mastectomía parcial.



Figura 3. Resultados cosméticos a las dos semanas de la cirugía.



Anexo 1. Indicaciones, tiempo de aplicación y elección de técnicas de cirugía oncoplástica

Aplicación de las técnicas de cirugía oncoplástica:

- ¿Cuándo? Inmediata. La necesidad de la radioterapia posquirúrgica obliga a que la remodelación se realice en el mismo tiempo quirúrgico que la resección, dado que la cirugía realizada después de la radioterapia es pobre en resultados cosméticos y tiene un elevado porcentaje de complicaciones^{1,12}.
- ¿Qué técnicas? Elección individualizada. Para remodelar la mama se pueden utilizar técnicas de mamoplastia, colgajos locales glandulares y colgajos pediculados dermomusculares. La elección de la técnica es individualizada para cada caso y depende, fundamentalmente, del tamaño del tumor, de la localización del mismo y del tamaño y de la forma de la mama afectada y de la contralateral^{2,5,8,12-14}.

En líneas generales:

1. Mamoplastia de reducción (pedículo superior) para la resección de tumores localizados en el polo inferior de la mama y para la simetrización de la mama contralateral.
 2. Colgajos locales para resecciones de tumores centrales.
 3. Colgajo de músculo dorsal ancho para reparar el defecto después de resecciones de tumores localizados en cuadrantes superiores: superoexterno y cuadrante interno.
- ¿Qué pacientes? Pacientes con indicación de cirugía conservadora en las que se espere un mal resultado cosmético por la presencia de contraindicaciones relativas: relación tumor/mama y localización del tumor, o indicación de mastectomía por tumor de localización central sin multicentricidad.

Anexo 2. Caso clínico en que la cirugía oncoplástica evitó la práctica de mastectomía total

NHC 763661. 22 años. Cistosarcoma filoides maligno situado en la intersección de los cuadrantes superiores de la mama izquierda, de 2,5 cm de diámetro medido por ecografía. Mastectomía parcial, de los cuadrantes superiores de la mama izquierda, guiada mediante la colocación de tres agujas para delimitar con un margen de seguridad de un centímetro el límite tumoral en su profundidad, borde medial y retroareolar (fig. 1). La pieza se remite para estudio anatomopatológico intraoperatorio que informa que la tumoración se encuentra a 1,4, 2, 3 y 4 cm de los bordes de resección. Remodelación de la mama mediante un colgajo pediculado de músculo dorsal ancho (fig. 2). Resultados quirúrgicos precoces (fig. 3).

Bibliografía

1. Clough KB, Cuminet J, Fitoussi A, Nos C, Mosseri V. Cosmetic sequelae after conservative treatment for breast cancer: Classification and results of surgical correction. *Ann Plast Surg* 1998;41:471-81.
2. Clough KB, Nos C, Fitoussi A. Oncoplastic conservative surgery for breast cancer. *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery* 1999;6:50-60.
3. Clough KB, O'Donoghue JM, Fitoussi AD, Nos C, Flacou MC. Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: I. Implant reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:1702-9.
4. Clough KB, O'Donoghue JM, Fitoussi AD, Vlastos G, Flacou MC. Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: II. TRAM flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001;107:1710-5.
5. Nos C, Fitoussi A, Bourgeois D, Fourquet A, Salmon RJ, Clough KB. Conservative treatment of lower pole breast cancers by bilateral mammoplasty and radiotherapy. *Eur J Surg Oncol* 1998;24:508-14.
6. Parkin DM, Muir CS, Whelan SL, Gao YT, Ferlay J, Powell J, editors. Cancer incidence in five continents. *IARC Sci Publ* 1992;VI:802.
7. Mustonen P, Harma M. Viewpoints on oncoplastic surgery in invasive breast cancer. *Scand J Surg* 2002;91:255-62.
8. Audretsch W, Rezai M, Kolotas C, Zamboglou N, Schnabel T, Bojar H. Tumor-specific immediate reconstruction (TSIR) in breast cancer patients. *Perspect Plast Surg* 1998;11:71-6.
9. Hernanz F. El cirujano general en el cáncer de mama. *Cir Esp* 2002;71:219-20.
10. Baildam AD. Oncoplastic surgery of the breast. *Br J Surg* 2002; 89:532-3.
11. Rew DA. Towards a scientific basis for oncoplastic breast surgery. *Eur J Surg Oncol* 2003;29:105-6.
12. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falco MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg* 2003; 1:26-34.
13. Clough KB, Kroll SS, Audretsch W. An approach to the repair of partial mastectomy defects. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104:409-420.
14. Rainsbury RM. Breast-sparing reconstruction with latissimus dorsi flaps. *Eur J Surg Oncol* 2002;28:891-5.