



ORIGINAL

Calidad de vida y satisfacción posterior a cirugía oncoplástica unilateral. Experiencia de un hospital oncológico de Latinoamérica



Marcelo Chávez Díaz*, José Tapia Amaya, Danilo Díaz Aybar y María del Rosario Cueva Pérez

Servicio de Mastología, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú

Recibido el 5 de julio de 2023; aceptado el 16 de agosto de 2023

Disponible en Internet el 28 de septiembre de 2023

PALABRAS CLAVE

Cirugía oncoplástica;
Oncoplástica;
mamoplastia;
mastología;
Breast Q;
Calidad de vida;
Cáncer de mama;
Cirugía de mama

Resumen

Introducción: la cirugía oncoplástica (COP), ha tenido un gran desarrollo, permitiendo resecciones oncológicas seguras y previniendo potenciales deformidades y asimetrías. Evaluamos el impacto en la calidad de vida en pacientes con COP nivel I y II, mediante el cuestionario BREAST Q BCT y el deseo de simetrización posterior a la terapia adyuvante.

Metodología: se estudiaron 50 pacientes, con diagnóstico de cáncer de mama, tratadas con COP (nivel I y nivel II) unilateral, durante el periodo entre octubre de 2017 y mayo de 2022, a quienes se les aplicó el cuestionario BREAST Q BCT postoperatorio, además de una encuesta sobre el deseo de simetrización.

Resultados: en los dominios del BREAST Q estudiados se registraron: «bienestar psicosocial» (mediana de 83) «bienestar sexual» (mediana de 66), «bienestar físico» (mediana de 76), «satisfacción con la mama operada» (mediana de 80), «satisfacción con la información recibida» (mediana de 76) y «satisfacción con el equipo de salud» (mediana de 100). No se encontró relación estadística entre las variables estudiadas y las puntuaciones de la mediana del dominio «satisfacción de mama operada». Solo el 10% de las pacientes expresaron el deseo de simetrización.

Conclusión: los resultados demuestran niveles altos de satisfacción en COP nivel I y II unilateral, teniendo un impacto en la calidad de vida de las pacientes; expresando el deseo de simetrización, predominante en mamoplastias de nivel II y COP extrema.

© 2023 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marcelochavezdiaz@gmail.com (M. Chávez Díaz).

KEYWORDS

Oncoplastic surgery;
Oncoplastic;
Mammoplasty;
Mastology;
Breast Q;
Quality of life;
Breast cancer;
Breast surgery

Quality of life and satisfaction after unilateral oncoplastic surgery. Experience of a Latin American cancer hospital

Abstract

Introduction: Oncoplastic surgery (COP) has had a great development, allowing safe oncological resections, preventing potential deformities and asymmetries. We evaluated the impact on quality of life in patients with COP level I and II, using the BREAST Q BCT questionnaire and the desire for symmetrization after adjuvant therapy.

Methodology: 50 patients diagnosed with breast cancer, treated with unilateral COP (Level I and Level II), were studied during the period between October 2017 and May 2022, to whom the BREAST Q BCT postoperative questionnaire was applied, in addition to survey on the desire for symmetrization.

Results: In the domains of the BREAST Q studied, they recorded: "psychosocial well-being" (median of 83), "sexual well-being" (median of 66), "physical well-being" (median of 76), "satisfaction with the operated breast" (median of 80), "satisfaction with the information received" (median of 76) and "satisfaction with the health team" (median of 100). No statistical relationship was found between the variables studied and the median scores of the "satisfaction of operated breast" domain. Only 10% of the patients expressed the desire for symmetrization.

Conclusion: The results show high levels of satisfaction in COP level I and II unilateral, having an impact on the quality of life of the patients; expressing the desire for symmetrization, predominant in level II mammoplasties and extreme COP.

© 2023 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cirugía conservadora es el estándar de tratamiento del cáncer de mama temprano¹, con resultados oncológicos equiparables a la mastectomía y ventajas funcionales, estéticas y psicosociales². Sin embargo, existen factores que pueden impactar en los beneficios mencionados: localización de las lesiones (centrales y cuadrantes mediales)³, diámetro de la resección (>20% del volumen mamario o 5% en cuadrantes mediales), necrosis del tejido al realizar movilizaciones extensas⁴, efecto de la radioterapia en el tejido (radioepidermitis y radionecrosis)⁵, el vaciamiento ganglionar axilar⁶ y complicaciones postoperatorias⁷.

La cirugía oncoplástica (COP) permite realizar resecciones de gran volumen, obteniendo bordes quirúrgicos seguros; previene potenciales deformidades posteriores al tratamiento con radioterapia, evita cicatrices visibles en el área de la mama social y en las pacientes con macromastia y ptosis, permite un mejor planeamiento de la radioterapia⁸. La simetría mamaria es un punto esencial, muchos centros practican la simetrización de la mama de forma simultánea a la resección oncológica, pero no existen guías con recomendaciones específicas de cuándo, ni cómo se debe realizar una simetrización contralateral. Algunos estudios comentan que los pacientes prefieren asumir pequeñas asimetrías antes que aceptar el riesgo de una cirugía mamaria contralateral⁹.

La COP ha tenido un gran desarrollo en búsqueda de mejorar la calidad de vida de las pacientes. El cuestionario BREAST Q, es un medio validado y diseñado para evaluar diversos aspectos de la calidad de vida posterior a la cirugía de cáncer de mama¹⁰, pudiendo aplicarse a la cirugía conservadora, mastectomías y cirugías reconstructivas.

Materiales y método

Objetivo del estudio

El objetivo principal es evaluar el impacto en la calidad de vida en las pacientes operadas de cáncer de mama, utilizando técnicas de COP unilateral nivel I (técnicas de avance y rotación de tejido glandular <20% del volumen glandular con o sin reposición del CAP) y nivel II (mamoplastias con resección de un volumen >20%, técnicas de reducción mamaria, desplazamiento y reposición del CAP)⁴ mediante el cuestionario BREAST Q en cirugía conservadora (BCT). Como segundo objetivo, identificar posibles variables que se pueden asociar a niveles más bajos de satisfacción y conocer el deseo de simetrización.

Pacientes en estudio

Se estudiaron 50 mujeres con cáncer de mama, tratadas con COP unilateral (nivel I y nivel II), entre octubre 2017 y mayo 2022 en un hospital oncológico de Latinoamérica, con diagnóstico, tratamiento y seguimiento en la institución. Se les aplicó el cuestionario BREAST Q BCT, posterior a la radioterapia externa (en un tiempo no inferior a 6 semanas). Siendo los criterios de exclusión: cáncer de mama bilateral, pacientes con mutación BRCA (en los cuales se requiere cirugía oncológica y/o reductora de riesgo en la mama contralateral), gestantes (las cuales no pueden recibir radioterapia adyuvante tras una cirugía conservadora durante el periodo de gestación) y pacientes que requirieron de mastectomía tras el compromiso de los bordes quirúrgicos.

Cuestionario

BREAST Q BCT, cuestionario el cual evalúa la calidad de vida del paciente posterior a la cirugía conservadora¹¹; en el estudio se evaluaron los dominios: «bienestar psicosocial», «bienestar sexual», «bienestar físico», «satisfacción con la mama operada», «satisfacción con la información brindada» y «satisfacción con el equipo de salud», donde las puntuaciones más elevadas expresan mayor satisfacción y mejora en la calidad de vida.

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas a través de frecuencias y porcentajes y de las puntuaciones del BREAST Q con las medidas resumen mediana y rango intercuartílico (porque no fue posible justificar el supuesto de distribución normal de las puntuaciones a través de la prueba de Shapiro-Wilk, que se usó por que el número de puntuaciones es a lo más de 50). Se evaluaron las diferencias entre las técnicas oncoplasticas respecto a las puntuaciones de los dominios del BREAST Q a través de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (por ser más de 2 las técnicas oncoplasticas); previa evaluación del supuesto de distribución normal de las puntuaciones (la evaluación del supuesto de distribución normal se hizo con la prueba de Shapiro-Wilk), supuesto que no se pudo justificar.

Se ajustaron modelos de regresión logística univariado y multivariado con las características en estudio para evaluar su efecto predictor (OR y sus respectivos intervalos de confianza) sobre la posibilidad de tener puntuaciones por debajo de la mediana del dominio de satisfacción con la mama operada. Se consideró una diferencia significativa un valor $p > 0,05$ y para un efecto significativo un intervalo de

confianza que contuviera el uno. En los análisis se usó el programa IBM® SPSS Statistics for windows, version 24.0.

Resultados

Se obtuvieron los datos de 50 pacientes tratadas con COP nivel I y nivel II, unilateral sin simetrización (fig. 1), cuyas características clínicas se ven resumidas en la tabla 1 (anexos). Un 80% menores de 65 años y un 60% con estado posmenopáusico; con tamaños tumorales entre 2 y 4 cm (64%), teniendo como localización más frecuente el cuadrante supero-externo (56%) y sin compromiso ganglionar en 66%. Los estadios clínicos IIA y IIB fueron los más frecuentes (44 y 22%, respectivamente), con un subtipo intrínseco subrogado luminal (68,1%). Sobre el tratamiento quirúrgico, se registraron 6 tipos de mamoplastias, con 2 variaciones en la mamoplastia vertical rama única: lateralizando la rama vertical y el patrón de Grisotti; siendo las mamoplastias: lateral y circular (*round block*) las más utilizadas (30 y 24%, respectivamente), el tamaño patológico más frecuente fue de 2-3 cm (42%), con un 84% de bordes quirúrgicos libres. En relación al tratamiento quirúrgico axilar, se realizó la biopsia del ganglio centinela como único procedimiento en el 56%; requiriendo complementarse con linfadenectomía axilar en 16%. En relación con la terapia sistémica, 36% de los pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante, los cuales presentaban estadios clínicos: IIB (50%), IIIA (25%), IIIB (25%) y IIA (25%); con subtipo subrogado: lumbinales (50%), HER2 (25%) y triple negativo (25%). De los cuales obtuvieron respuesta patológica completa el 10% (compuesta por 60% HER2 positivos y 40% triple negativo). La adyuvancia siempre incluyó la radioterapia tras la cirugía conservadora, siendo la combinación de quimioterapia, radioterapia más hormonoterapia el más utilizado (46,0%). Encontrándose todos los pacientes libres de recurrencia local y a distancia en el control.



Figura 1 A) Mamoplastia lateral. B) Mamoplastia circular o *round block*. C) Mamoplastia transversal o *batwing*. D) Mamoplastia surco submamario. E) Mamoplastia vertical rama única F) Mamoplastia Grisotti. G) Mamoplastia vertical de rama doble.

Tabla 1 Características de los pacientes

Características	Categorías	n	%
<i>Edad por rangos (años)</i>	<50	20	40,0
	50 a 65	20	40,0
	>65	10	20,0
<i>Estado menopáusico</i>	Premenopáusica	20	40,0
	Posmenopáusica	30	60,0
<i>T clínico (cm)</i>	≤2	11	22,0
	>2-3	17	34,0
	3-4	15	30,0
	≥5	7	14,0
<i>Localización</i>	CSE	28	56,0
	CIE	6	12,0
	CSI	4	8,0
	CII	5	10,0
	Retroaréolar	3	6,0
	Periareolar	3	6,0
	Pezón	1	2,0
<i>N clínico</i>	N0	33	66,0
	N1	15	30,0
	N2a	2	4,0
<i>TNM clínico</i>	0	3	6,0
	IA	7	14,0
	IIA	22	44,0
	IIB	11	22,0
	IIIA	4	8,0
	IIIB	2	4,0
	IV	1	2,0
	<i>Inmunohistoquímica</i>	Luminal A	17
Luminal B		15	30,0
HER2 puro		5	10,0
Triple negativo		6	12,0
Luminal B c/sobreexpresión HER2		4	8,0
No realizado		3	6,0
<i>Patrón oncoplástica</i>	Mamoplastia lateral (ML)	15	30,0
	Mamoplastia periareolar (<i>Round block</i> [RB])	12	24,0
	Mamoplastia vertical rama única lateralizado	6	12,0
	Mamoplastia <i>batwing</i> o transversal (BW)	6	12,0
	Mamoplastia vertical doble rama (MVRD)	5	10,0
	Surco submamario + colgajo adiposo fascial (SSM)	3	6,0
	Mamoplastia vertical rama única (MVRU)	2	4,0
	Mamoplastia rama única (Grisotti)	1	2,0
<i>Tamaño patológico</i>	Respuesta completa	5	10,0
	≤2 cm	17	34,0
	>2-3 cm	21	42,0
	4-5 cm	7	14,0
<i>Tratamiento quirúrgico de la axila</i>	BGC	28	56,0
	DRA	11	22,0
	BGC + DRA	8	16,0
	No se realizó	3	6,0
<i>Cirugía complementaria</i>	Ampliación de margen	8	16,0
	No cirugía complementaria	42	84,0
<i>Neoadyuvancia</i>	QT	18	36,0
	No neoadyuvancia	32	64,0
<i>Respuesta clínica (n=18)</i>	Respuesta parcial	17	94,4
	Respuesta completa	1	5,6
<i>Adyuvancia</i>	QT + RT + HT	24	48,0
	RT + HT	13	26,0
	QT + RT	5	10,0

Tabla 1 (continuación)

Características	Categorías	n	%
	QT + RT + Inmunoterapia	3	6,0
	RT + Inmunoterapia	2	4,0

BGC: biopsia de ganglio centinela; CIE: cuadrante inferior externo; CII: cuadrante inferior interno; CSE: cuadrante superior externo; CSI: cuadrante superior interno; DRA: disección radical de axila; HT: hormonoterapia; N: Estadíaje ganglionar; QT: quimioterapia; RT: radioterapia; T: Tamaño; TNM: Estadíaje TNM.

Bienestar psicosocial

La mediana fue 83 (Q1-Q3, 69-87) (tabla 2, anexos), el estudio comparativo entre las técnicas de oncoplastica utilizadas: la mamoplastia de surco submamario (SSM) y mamoplastia vertical (MV), medianas de 100 y 87 (Q1-Q3, 80-87), teniendo los registros más elevados. La mamoplastia transversal o *batwing* (BW), mediana de 83 (Q1-Q3, 62-87), mamoplastia circular o *round block* (RB) mediana de 83 (Q1-Q3, 62-87) y mamoplastia lateral (ML) mediana de 80 (Q1-Q3, 64-87) (tabla 3).

Bienestar sexual

La mediana fue 66 (Q1-Q3, 48-84) (tabla 2, anexos), las técnicas de COP que obtuvieron valores más elevados fueron: mamoplastia vertical y transversal con medianas de 75 (Q1-Q3, 48-84) y 70 (Q1-Q3, 59-90). Las mamoplastias: circular una mediana de 62,5 (Q1-Q3, 48,5-84), mamoplastia lateral mediana de 62 (Q1-Q3, 46-66), mamoplastia surco submamario mediana de 56 (tabla 3, anexos).

Satisfacción con la mama operada

La mediana fue 80 (Q1-Q3, 67-100) (tabla 2), las técnicas de COP con valores más elevados fueron: mamoplastia circular y mamoplastia surco submamario con medianas de 100 (Q1-Q2, 69-100) y 100. La mamoplastia vertical una mediana de 85 (Q1-Q3, 67-100), mamoplastia lateral mediana de 75 (Q1-Q3, 59-88), mamoplastia transversal mediana de 75 (Q1-Q3, 45-100) (tabla 3, anexos). En el análisis de las variables: edad, tamaño patológico, localización, linfadenectomía axilar, quimioterapia neoadyuvante, quimioterapia adyuvante y/o siempre quimio y hormonoterapia adyuvante; estas no influyeron significativamente sobre la posibilidad de una puntuación por debajo de la mediana, tanto en el análisis univariado como multivariado (tabla 4, anexos).

Tabla 2 Puntuaciones del BREAST Q por dominios

Dominios	n	Mediana	RIC
<i>Bienestar psicosocial</i>	50	83	69-87
<i>Bienestar sexual</i>	50	66	48-84
<i>Satisfacción con la mama operada</i>	50	80	67-100
<i>Bienestar físico</i>	50	76	58,75-80
<i>Satisfacción con la información recibida</i>	50	76	71-100
<i>Satisfacción con el equipo médico</i>	50	100	-

RIC: rango intercuartílico.

Bienestar físico

La mediana fue 76 (Q1-Q3 58,7-80) (tabla 2, anexos), la técnica de COP que obtuvo el valor más elevado: mamoplastia circular con una media de 78 (Q1-Q3, 71-82). La mamoplastia vertical mediana de 76 (Q1-Q3, 55-76), mamoplastia lateral mediana de 76 (Q1-Q3, 45-85), mamoplastia surco submamario mediana de 76 y mamoplastia transversal mediana de 60 (Q1-Q3, 36-80) (tabla 3, anexos).

Satisfacción con la información recibida

La mediana fue 76 (Q1-Q3, 71-100).

Satisfacción con el equipo de salud

La mediana fue 100 (tabla 2, anexos).

Deseo de simetrización

Cinco pacientes (10%) expresaron su deseo de simetrización (cirugía contralateral). En este grupo tuvieron mamoplastia vertical de rama doble (MVRD) (80%) y mamoplastia transversal (20%). De los que tuvieron mamoplastia vertical de rama doble, 3 tuvieron COP extrema: 2 por tumor multifocal y uno por tumor multicéntrico.

Discusión

El cáncer de mama a nivel mundial, presenta 2,3 millones de nuevos casos anuales y 685.000 muertes en el año 2020¹². En Perú, la incidencia anual es de 28 casos por 100.000 habitantes, con una tasa de mortalidad de 8,5 por 100.000¹³, la incidencia en Lima metropolitana de 43,15 por 100.000 habitantes, lo cual lo coloca como el cáncer más frecuente en la capital y el segundo a nivel nacional¹⁴. Siendo las mujeres que viven en países en vías de desarrollo del 20 al 30% en términos absolutos de las muertes registradas en el 2020¹⁵. El sistema de salud público nacional no cuenta con unidades funcionales de mama, siendo pocos centros acreditados, lo cual viene en demérito de los estándares de atención; así como barreras en el acceso a la salud y las limitaciones de las coberturas del aseguramiento. En este contexto situacional se explica las dificultades para realizar reconstrucciones (inmediatas y diferidas) y simetrización inmediata, debido a la prolongación del tiempo operatorio y listas de espera. Motivo por el cual la realización de técnicas en COP, mamoplastias de nivel I y II, ha sido un importante pilar

Tabla 3 Comparación de técnicas de cirugía oncoplástica respecto a las puntuaciones de los dominios del BREAST Q

Dominios	Técnica oncoplástica					p ^{*,a}
	RB	ML	MV	BW	SSM	
<i>Bienestar psicosocial</i>						
n	12	15	14	6	3	
Mediana [Q1-Q3]	83 [62-87]	80 [64-87]	87 [80-87]	83 [62-87]	100	0,294
<i>Bienestar sexual</i>						
n	12	15	14	6	3	
Mediana [Q1-Q3]	62,5 [48,5-84]	62 [46-66]	75 [48-84]	70 [59-90]	56	0,326
<i>Satisfacción con la mama operada</i>						
n	12	15	14	6	3	
Mediana [Q1-Q3]	100 [69-100]	75 [59-88]	85 [67-100]	75 [45-100]	100	0,156
<i>Bienestar físico</i>						
n	12	15	14	6	3	
Mediana [Q1-Q3]	78 [71-82]	76 [45-85]	76 [55-76]	60 [36-80]	76	0,301

BW: batwing; ML: mamoplastia lateral; MV: mamoplastia vertical; Q1: cuartil 1; Q3: cuartil 3; RB: round block; SSM: surco submamario.

* No se incluye la técnica SSM en la comparación.

^a Prueba de Kruskal-Wallis.

para reducir la tasa de mastectomías en nuestro escenario.

La COP ha tenido un gran desarrollo en los últimos años, en búsqueda de la obtención de márgenes quirúrgicos amplios, conservando y previniendo deformidades mamarias en el tratamiento oncológico; evitando en muchas ocasiones la mastectomía y mejorando la calidad de vida de las pacientes¹⁶. El desarrollo del cuestionario BREAST Q, herramienta validada para evaluar los resultados indicados por los pacientes, en cada tipo de tratamiento quirúrgico del cáncer mama, contándose con 4 módulos que incluyen: mastectomía, reconstrucción, expectativas en la reconstrucción mamaria y terapia de cirugía conservadora; permitiendo tener una forma de valorar el impacto en la calidad de vida¹⁷.

En este estudio en relación al dominio de «bienestar psicosocial», se encontró una mediana de 83, similar a los resultados obtenidos en los estudios de O'Connell y Dahlback, quienes publicaron su experiencia aplicando el módulo BREAST Q BCT en 200 pacientes con cirugía conservadora¹⁸, y superior a lo reportado por Langendijk, mediana de 70,¹⁹ y Vesprini, mediana de 73,²⁰. La mediana de 83 refleja un impacto favorable en la mayoría de pacientes, presentando valores más elevados en las MV y SSM; sin embargo, cabe resaltar que el número limitado de pacientes que tuvieron la técnica de SSM, limita la comparación estadística.

En el análisis del dominio «bienestar sexual», se encontró una mediana de 66 siendo marcadamente inferior en comparación a los otros dominios, con valores superiores a los reportado por Rose (mediana de 58), aunque cabe mencionar que en dicho estudio hubo solo una tasa de respuesta de 69,6%, puesto que muchas mujeres no son sexualmente activas al momento del cuestionario y decidieron consignar no aplicable, lo cual limitaría la interpretación²². En nuestro estudio no se registró el número de pacientes que tuvo atenciones por el servicio de psicología oncológica, lo cual podría impactar en el resultado de la puntuación obtenida.

En el análisis del dominio «satisfacción con la mama operada», se obtuvo una mediana de 80 similar a lo obtenido por Rose²¹, superior a lo registrado por: Vesprini (59,3)²⁰, Langendijk (65,7)¹⁹, Dahlback (66)⁶ y por O'Connell (68)¹⁸. Siendo las mamoplastias RB y de SSM las que presentaron una mayor puntuación, esto podría asociarse a las cicatrices imperceptibles en estas mamoplastias. Se ha descrito la asociación de variables en las fuentes revisadas de: linfadenectomía axilar completa, quimioterapia neoadyuvante, resecciones mayores al 15% y baja densidad mamaria, con niveles inferiores de satisfacción en análisis univariado; sin embargo, en los mismos estudios en el análisis multivariado no se encontraron diferencia estadística significativas²², similar a lo registrado por nosotros, donde la edad, tamaño patológico, localización, linfadenectomía axilar, quimioterapia neoadyuvante, quimioterapia adyuvante y/o siempre quimio y hormonoterapia adyuvante, no mostraron relación estadística con la obtención de valores inferiores a la mediana en el análisis univariado y multivariado.

En el análisis del dominio «bienestar físico», se obtuvo una mediana de 76, similar a lo descrito por Langendijk¹⁹ y Vesprini²⁰, e inferior a lo descrito por O'Connell¹⁸, Dahlback⁶ y Rose²¹ obteniendo 82 de media este último. Siendo la mamoplastia RB la que obtuvo un mayor puntaje, lo que estaría en relación con el menor porcentaje de necrosis grasa posterior a radioterapia y el volumen de resección. Por otro lado, la mamoplastia BW fue la que obtuvo una menor puntuación, lo cual podría estar en relación a los colgajos de rotación glandular para cubrir los defectos del cuadrante supero-interno, en donde el volumen glandular es escaso y en los cuales, algunos pacientes (2 casos) presentaron áreas de necrosis grasa posterior a la radioterapia.

En el análisis del dominio «satisfacción con la información recibida», se obtuvo una mediana de 76, la cual estaría en relación con el número de consultas desde el diagnóstico, seguimiento y toma de decisión quirúrgica compartida. Si bien se obtuvo un valor de la mediana aceptable, no se cuenta con el registro del nivel de preparación académica de

Tabla 4 Evaluación de características predictivas de la posibilidad de una puntuación por debajo de la mediana en el dominio satisfacción con la mama operada

	≥ 80 (%)	<80 (%)	OR (IC del 95%) ^a	OR (IC del 95%) ^b
<i>Edad por rangos</i>				
< 50 años	10 (50,0)	10 (50,0)	Ref.	Ref.
50 a 65 años	11 (55,0)	9 (45,0)	0,82 (0,24-2,84)	0,31 (0,05-1,97)
> 65 años	4 (40,0)	6 (60,0)	1,50 (0,32-6,99)	0,39 (0,05-3,08)
<i>Tamaño patológico</i>				
4-5 cm	1 (14,3)	6 (85,7)	Ref.	Ref.
Respuesta completa	3 (75,0)	1 (25,0)	0,06 (0,003-1,23)	0,55 (0,004-72,41)
≤ 2 cm	9 (50,0)	9 (50,0)	0,17 (0,02-1,68)	0,48 (0,03-8,32)
> 2-3 cm	12 (57,1)	9 (42,9)	0,13 (0,01-1,23)	0,13 (0,009-1,86)
<i>Localización^c</i>				
CSE	11 (39,3)	17 (60,7)	Ref.	Ref.
CIE	5 (83,3)	1 (16,7)	0,13 (0,01-1,26)	0,08 (0,003-1,89)
CSI	2 (50,0)	2 (50,0)	0,65 (0,08-5,29)	3,39 (0,16-73,22)
CII	4 (80,0)	1 (20,0)	0,16 (0,02-1,64)	0,09 (0,005-1,45)
Retroareolar	2 (66,7)	1 (33,3)	0,32 (0,03-4,01)	0,20 (0,006-7,24)
Periareolar	1 (33,3)	2 (66,7)	1,29 (0,10-16,04)	0,52 (0,02-15,26)
Pezón	0 (0,0)	1 (100,0)	-	-
<i>Linfadenectomía axilar</i>				
No	17 (54,8)	14 (45,2)	Ref.	Ref.
Si	8 (42,1)	11 (57,9)	1,67 (0,53-5,29)	2,39 (0,33-17,25)
<i>QT neoadyuvante</i>				
No	13 (40,6)	19 (59,4)	Ref.	Ref.
Si	12 (66,7)	6 (33,3)	0,34 (0,10-1,14)	0,14 (0,01-2,03)
<i>QT adyuvante</i>				
No	11 (64,7)	6 (35,3)	Ref.	Ref.
Si	14 (42,4)	19 (57,6)	2,49 (0,74-8,35)	1,32 (0,15-11,39)
<i>HT adyuvante</i>				
No	8 (61,5)	5 (38,5)	Ref.	Ref.
Si	17 (45,9)	20 (54,1)	1,88 (0,52-6,85)	4,52 (0,49-41,39)

QT: quimioterapia; HT: Hormonoterapia.

^a Análisis univariado

^b Análisis multivariado, OR: odds ratio, IC: intervalo de confianza, CSE: cuadrante superior externo, CIE: cuadrante inferior externo, CSI: cuadrante superior interno, CII: cuadrante inferior.

^c No se consideró la categoría pezón en los análisis univariado y multivariado por presentar solo un caso.

los pacientes, lo cual podría ser una variable que impacte en la comprensión de la información brindada.

En el análisis del dominio «satisfacción con el equipo de salud», se obtuvo una mediana de 100. Si bien el sistema de salud nacional presenta limitaciones descritas anteriormente, tener acceso a una unidad de mastología, donde se realiza diagnóstico, tratamiento y seguimiento de forma individualizada y contar con un equipo multidisciplinario, impacta en forma positiva en los resultados del dominio evaluado.

Cabe mencionar que si bien los resultados en los diferentes dominios del BREAST Q BCT, obtenidos por las diferentes mamoplastias empleadas en el presente estudio, guardan relación a los datos publicados, la falta de significación estadística se puede deber al uso de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, debido a que esta prueba es menos eficiente que su contraparte paramétrica (prueba ANOVA); sin embargo, el uso de esta prueba no paramétrica está justificado debido a que no fue posible justificar, a través de la prueba de Shapiro-Wilk, el supuesto de distribución normal de las puntuaciones. Otro factor a tomar en cuenta en el análisis estadístico fue el número de casos limitados en

ciertas técnicas de COP, lo cual implica que se requieran diferencias más grandes que las observadas para alcanzar una significación estadística. Lo cual nos sugiere el uso de forma rutinaria de la prueba BREAST Q BCT, con el objetivo de contar con mayor número de casos en las futuras investigaciones lo cual impactaría en el análisis estadístico.

Con respecto a la simetrización, un 10% de pacientes expresó su deseo, los cuales tuvieron mamoplastias de nivel II y COP extrema, no se registró deseo de simetrización en la mayoría de pacientes con mamoplastias nivel I, similar a lo reportado por Gardfjell et al.²².

Si bien, la simetría mamaria es un objetivo en la cirugía conservadora de la mama, se han de considerar factores como: los cambios de volumen en la mama irradiada, ganancia de peso y acentuación de la ptosis de la mama contralateral²³, en la toma de decisión de la simetrización de forma sincrónica al tratamiento oncológico. Algunos autores sugieren diferir la decisión de la necesidad de una cirugía de simetrización hasta por 12 meses, con el fin de lograr mejores resultados a largo plazo; tomando en cuenta que la mama tratada ya ha registrado cambios por los tratamientos adyuvantes, puesto que predecir dichos

cambios a lo largo del tiempo en el escenario de un procedimiento sincrónico es más difícil²².

Otro punto a considerar son los gastos en salud, la simetrización requiere un tiempo operatorio más prolongado y/o un equipo adicional de cirujanos, lo cual podría impactar en los tiempos de espera para la realización de tratamientos oncológicos.

También se han de considerar los efectos de la simetrización: mayor dificultad, en la detección de un eventual cáncer de mama contralateral^{23,24}, cicatrices, potencial pérdida de sensibilidad del complejo aréola-pepón y así como posibilidades de complicaciones quirúrgicas²⁵, lo cual debe ser comprendido y aceptado por la paciente. Todo ello nos lleva a recomendar que la cirugía contralateral de simetrización se debería ofrecer en cirugía sincrónica con la resección oncológica en casos seleccionados, y de lo contrario, como procedimiento diferido tras la evaluación individual de las pacientes.

Conclusiones

El presente estudio realizado en pacientes tratadas en un hospital oncológico de Latinoamérica, con COP: mamoplastias nivel I y II de forma unilateral, mediante el cuestionario BREAST Q BCT, aplicado posterior a radioterapia, nos ha permitido conocer el grado de satisfacción de la mama operada, teniendo como control la mama contralateral, la cual preservaba su forma y tamaño natural. Así como el impacto en la calidad de vida de las pacientes y el registro de deseo de simetrización para la valoración de toma de decisiones según el escenario de salud.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Responsabilidades éticas

El presente manuscrito se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes, siendo aprobado para su publicación por el comité de ética de investigación de la institución. Se ha respetado la privacidad, manteniéndose en confidencialidad los datos de identificación de la paciente, y se cuenta con el consentimiento de los pacientes para su publicación.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron en la concepción, diseño del trabajo, redacción e interpretación de los resultados, para la realización del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Annual report from the national breast cancer registry 2015 [Swedish]. Regional cancer centres in collaboration. [consultado 14 Ene 2019]. https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/nationell_brostcancer_rapport_2015-2pdf.pdf.
2. Litiere S, Werutsky G, Fentiman IS, Rutgers E, Christiaens MR, Van Limbergen E, et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I-II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial. *Lancet Oncol*. 2012;13(4):412–9.
3. Cochrane RA, Valasiadou P, Wilson AR, Al-Ghazal SK, Macmillan RD. Cosmesis and satisfaction after breast-conserving surgery correlates with the percentage of breast volume excised. *Br J Surg*. 2003;90(12):1505.
4. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM. Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Ann Surg Oncol*. 2010;17(5):1375–91.
5. Yi A, Kim HH, Shin HJ, Huh MO, Ahn SD, Seo BK. Radiation-induced complications after breast cancer radiation therapy: a pictorial review of multimodality imaging findings. *Korean J Radiol*. 2009;10(5):496–507.
6. Dahlback C, Manjer J, Rehn M, Ringberg A. Determinants for patient satisfaction regarding aesthetic outcome and skin sensitivity after breastconserving surgery. *World J Surg Oncol*. 2016;14(1):303.
7. Waljee JF, Hu ES, Newman LA, Alderman AK. Predictors of breast asymmetry after breast-conserving operation for breast cancer. *J Am Coll Surg*. 2008;206(2):274–80.
8. Franceschini G, Terribile D, Magno S, Fabbri C, Accetta C, Di Leone A, et al. Update on oncoplastic breast surgery. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012;16(11):1530–40.
9. Smeele HP, EMLV Der Does De Willebois, Eltahir Y, De Bock GH, Van Aalst VC, Jansen L. Acceptance of contralateral reduction mammoplasty after oncoplastic breast conserving surgery: a semi-structured qualitative interview study. *Breast*. 2019;45:97–103.
10. Al-Ghazal SK, Blamey RW, Stewart J, Morgan AA. The cosmetic outcome in early breast cancer treated with breast conservation. *Eur J Surg Oncol*. 1999;25(6):566–70.
11. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: The BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124:345–53.
12. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA A Cancer J Clin*. 2021;71:209–49.
13. Palacios V, Ortega L, Gonzales A, Medina W, Velasquez J. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú. [consultado 15 Dic 2017] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4234.p_df, 2017–2021.
14. Payet E, Poquioma E, Diaz E, Rojas J, Pérez P. Registro de cáncer de lima metropolitana, incidencia y mortalidad. [consultado 17 Jun 2021] Disponible en: https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2022/01/REGISTRO-DE-CANCER-DE-LIMA-METROPOLITANA-2013-2015.p_df, 2013-2015.
15. Arnold M, Morgan E, Rungay H, Mafra A, Singh D, Laversanne M, et al. Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. *Breast*. 2022;66:15–23. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.08.010>.
16. Weber WP, Soysal SD, Fulco I, Barandun M, Babst D, Kalbermatten D, et al. Standardization of oncoplastic breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol*. 2017;43:1236–43.

17. Liu LQ, Branford OA, Mehigan S. BREAST-Q measurement of the patient perspective in oncoplastic breast surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2018;6, e1904.
18. O'Connell RL, DiMicco R, Khabra K, O'Flynn EA, de Souza N, Roche N, et al. Initial experience of the BREASTQ breast-conserving therapy module. *Breast Cancer Res Treat.* 2016;160: 79–89.
19. Legendijk M, van Egdome LSE, van Veen FEE, Vos, EL, Mureau MAM, van Leeuwen N, et al. Patient-reported outcome measures may add value in breast cancer surgery. *Ann Surg Oncol.* 2018;25:3563–71.
20. Vrouwe SQ, Somogyi RB, Snell L, McMillan C, Vesprini D, Lipa JE, et al. Patient-reported outcomes following breast conservation therapy and barriers to referral for partial breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2017;141:1–9.
21. Rose M, Svensson M, Handler J, Hoyer U, Ringberg A. Patient-reported outcome after oncoplastic breast surgery compared with conventional breast-conserving surgery in breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2020;180:247–56.
22. Gardfjell A, Dahlback C, Ahsberg K. Patient satisfaction after unilateral oncoplastic volume displacement surgery for breast cancer, evaluated with the BREAST-Q. *World J Surg Oncol.* 2019;17:96.
23. Kim H, Kang BJ, Kim SH, Kim HS, Cha ES. What we should know in mammography after reduction mammoplasty and mastopexy? *Breast Cancer.* 2015;22(4):391–8.
24. Oliveira-Junior I, Silva IA, Silva FCB, Silva JJ, Sarri AJ, Paiva CE, et al. Oncoplastic surgery in breast-conserving treatment: Patient profile and impact on quality of life. *Breast Care (Basel).* 2020;15:1–11. <https://doi.org/10.1159/000507240>.
25. McCulley SJ, Durani P, Macmillan RD. Therapeutic mammoplasty for centrally located breast tumors. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(2):366–7.