

Papel actual de la cirugía oncoplástica en el cáncer de mama

Francisco Javier Villanueva Martínez

Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo. Unidad de Mama de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Hasta hace poco más de 25 años, la Cirugía del cáncer de mama venía manteniendo como “gold standard” en su tratamiento la Mastectomía Radical, entendiéndose mastectomía total con vaciamiento axilar completo.

El desarrollo científico, abandonando la teoría de Haldsted mecanicista y abrazando la Teoría sistémica de Fisher, ha ido proporcionando a la mujer con cáncer de mama, una notable mejora en el control loco-regional de la enfermedad, una importante disminución de la agresividad quirúrgica y una mejor valoración y percepción de su imagen corporal, aumentando su autoestima.

Todo ello ha sido posible por el avance en el conocimiento científico y ha derivado en una cirugía conservadora, abandonando los antiguos conceptos de cáncer de mama como enfermedad loco-regional y sus tratamientos agresivos y mutilantes, y aceptando el concepto actual de enfermedad sistémica, lo que se ha traducido en una cirugía conservadora de la mama. En realidad, el cambio ha sido progresivo desde la década de los ochenta-noventa hasta la actualidad.

En este momento, nos encontramos, gracias al Screening y a los avances tecnológicos, sobre todo en Radiología y radiocirugía, con tumores, mayoritariamente T1, menores de 2 cms. Es decir, lo que era casi un hallazgo en los 80-90, un tumor T1, se ha convertido en el hallazgo habitual.

Es decir, se diagnostica antes y tumores cada vez más pequeños, lo que lógicamente tiene que afectar el tipo de cirugía que hagamos.

Veronesi, cirujano del Instituto Europeo de Oncología de Milán, fue uno de los iniciadores de la cirugía conservadora, que se tradujo en el concepto de Mastectomía Conservadora, en definitiva, Cuadrantectomías y/o vaciamiento axilar. A Veronesi le siguieron otros hasta la definitiva aceptación de las

Técnicas Conservadoras, como el tratamiento base del cáncer de mama.

Ya no realizábamos mastectomías de forma standard (aunque sigue habiendo indicaciones, por supuesto), pero seguíamos realizando Vaciamiento axilares convencionalmente. Nuevo cambio de rumbo a partir de Giuliano y col. con el concepto de Biopsia selectiva de Ganglio Centinela, que vuelve a revolucionar el planteamiento quirúrgico del cáncer de mama.

Esta técnica selecciona los casos en los que hay que realizar un Vaciamiento axilar y aquéllos, en los que si la BSGC es negativa, no hay que realizarlos.

En resumen, tenemos una Cirugía Conservadora, que mantiene la mama y una técnica de investigación axilar que selecciona los casos adecuados de linfadenectomías.

Cada vez la Cirugía del cáncer de mama es menos agresiva.

Pero qué faltaba, se seguían haciendo Mastectomías radicales, algunas mujeres no eran tributarias de la mastectomía conservadora por mala relación entre mama y tumor, o por el pobre resultado estético que podíamos ofrecer, ante esta situación nace la **cirugía oncoplástica**.

La cirugía conservadora trata de lograr dos objetivos principales: el control local de la enfermedad y un resultado estético adecuado y satisfactorio para la mujer.

Pero, con frecuencia, estos dos objetivos tienden a entrar en conflicto, ya que asegurar el control local de la enfermedad, lleva consigo en muchos casos, resecciones más amplias, lo que conlleva un resultado estético pobre, que no satisface las expectativas de la paciente, y por otro lado, un tratamiento quirúrgico conservador demasiado benevolente con la estética con extirpaciones reducidas, condiciona los resultados oncológicos y el control local de la enfermedad con aumento de la recurrencia local.

Existen, además, unos factores de riesgo y de corrección, que incrementan el deterioro estético en la Cirugía conservadora, destacando entre ellos: Resecciones de más del 20 % del volumen mamario, la resección de tumoraciones en cuadrantes inferiores y los efectos de la radioterapia postoperatoria.

Hasta tal punto, que más del 30% de las pacientes intervenidas con técnicas conservadoras presentan defectos residuales,

fundamentalmente asimetrías y/o deformidades mamarias. K.Clough en 1998, publica la primera clasificación al respecto, vigente hasta la fecha.

La Cirugía Oncoplastica es el siguiente paso en la evolución de la Cirugía conservadora en el cáncer de mama, se trata de la simbiosis entre la Cirugía Oncológica y la Cirugía plástica.

La introducción de técnicas de cirugía plástica para mejorar el resultado estético de este grupo de mujeres y que se ha denominado **cirugía oncoplastica**, permite aumentar la indicación de la conservación mamaria, dando lugar a un adecuado control oncológico y a un buen resultado estético, disminuyendo el impacto psicológico de la paciente y reforzando su autoestima.

Estas técnicas se desarrollan en cuatro niveles de ejecución: una técnica quirúrgica oncológica adecuada para la exéresis y control tumoral, una remodelación inmediata del defecto-volumen de la extirpación tumoral, la recolocación del complejo areola-pezones (CAP) tras la remodelación y la corrección de la asimetría contralateral en la mama sana.

Un beneficio suplementario de la Cirugía oncoplástica es la mejora de la planificación y ejecución de la radioterapia postoperatoria, en especial en mamas voluminosas, que en la mayoría de los casos sufren más intensamente los efectos de la radioterapia. Se mejora el tratamiento con el marcaje intraoperatorio tras la excisión quirúrgica con clips metálicos de titanio en el lecho quirúrgico.

Indicaciones básicas

La selección de la técnica- patrón adecuado para cada caso, viene dada por la localización tumoral y el tipo de mama (tamaño y ptosis). Para ello tenemos una serie de patrones diseñados que incluyen la mayor parte de las localizaciones anatómicas y que se ajustan a los diferentes tipos de mama.

En general, se precisa un volumen mamario mínimo para efectuar la extirpación tumoral y el remodelado posterior, lo cual excluye a la mayoría de mujeres con mamas de pequeño tamaño.

Tipos de tecnicas y patrones.

Mamoplastia vertical de rama única (pedículo superior)

Se extirpa el polo inferior de la mama en su porción central, desde el CAP hasta el surco submamario. Se utiliza en mamas pequeñas-medianas. Está indicada para tumores de la unión de los cuadrantes inferiores.

Mamoplastia vertical de doble rama (pedículo superior)

Se reseca el polo inferior mediante un patrón horizontal basado en dos ramas, horizontal y vertical. Se produce una reducción mamaria importante por lo que se viene utilizando en mamas voluminosas.

Mamoplastia vertical de pedículo inferior

Se realiza una extirpación del polo inferior mamario en la que se preserva un pedículo vertical inferior para salvar la irrigación del CAP. Se indica en mamas muy voluminosas para tumores situados en cuadrantes lateral y medial de polo inferior e incluso de polo superior.

Mamoplastia de rotacion inferior

Consiste en una separación y movilización con rotación de un colgajo que incluye la porción inferior y lateral de la mama, con despegamiento importante del plano fascial del pectoral mayor. Se usa en tumores situados en la unión de los cuadrantes internos de la mama, a veces incluso cuadrante ínfero interno.

Mamoplastia horizontal

Exéresis del polo superior mamario con un patrón horizontal en "alas de murciélago", es la técnica de mejores resultados en tumores de polo superior de 8 a 4 horas. Se trata de una técnica muy segura y de las más utilizadas.

MAMOPLASTIA LATERAL

Consiste en la resección lateral de la mama a partir de un patrón que se extiende desde el CAP hasta la axila. Se indica en tumores de cuadrantes externos. Es una de las opciones oncoplásticas más utilizadas teniendo en cuenta la frecuente localización tumoral en cuadrantes externos.(CSE). En ocasiones efectuamos rectificaciones del CAP con recolocación para simetrización.

MAMOPLASTIA CIRCULAR

Se trata de una técnica aplicable en tumores cercanos al CAP con movilización del CAP, es una técnica efectiva y con buen resultado estético.

En ocasiones, realizamos la técnica con extirpación completa del macizo central de la mama, incluyendo el CAP (Round-Block o Benelli), indicación en tumores que afectan al complejo areola-pezones.

Limitaciones

Como hemos mencionado anteriormente, siempre la condición imprescindible, que debe imperar en todo momento es la seguridad oncológica., a partir de este punto, hemos de considerar una serie de limitaciones en la aplicación de las técnicas oncoplásticas, a saber

Compromiso vascular: Isquemia y necrosis

Existen dos localizaciones de alto riesgo, que pueden conllevar necrosis parcial o total de la zona: el CAP y los colgajos mamarios Inferiores.

Tumores no palpables. Microcalcificaciones.

Este tipo de tumores no están contraindicados, pero no son la mejor indicación para las técnicas oncoplásticas. Se precisa un estudio radiológico (pre- per y post quirúrgico) pormenorizado y la colocación adecuada de marcadores metálicos (externos e internos) que faciliten la verificación de la exéresis, para salvaguardar la seguridad oncológica.

Cirugía de recidiva

No es una indicación adecuada, salvo casos muy concretos.

Marcaje periareolar con azul de metileno.

Puede afectar en ocasiones a la técnica con necrosis CAP o cutánea, por el compromiso vascular y la manipulación quirúrgica.

Radioterapia

Hay que tener en cuenta el efecto que la Radioterapia postoperatoria sobre la mama, que habitualmente llevará a una disminución del volumen mamario y a cierta fijación del CAP al plano posterior.

Tamoxifeno

El efecto del tratamiento hormonal llevará consigo el aumento del volumen mamario y de su peso, lo que se traducirá en ptosis.

Conclusiones

En nuestra experiencia con *más de 300 casos intervenidos desde 2009 hasta la fecha*, la Cirugía Oncoplástica, es más que una alternativa a la Cirugía Oncológica convencional, se trata de la técnica de elección en estos momentos, logra los mismos resultados oncológicos, con unos resultados estético excelentes, lo que se traduce para la paciente en un tratamiento ideal, con el efecto positivo psicológico y la conservación de la imagen de cada mujer.

Es preciso un periodo de validación y acreditación para su desarrollo en el seno de una unidad multidisciplinar, que garantice la eficiencia y los buenos resultados. Se precisa experiencia en patología mamaria y dedicación.

Con la irrupción de técnicas radiológicas cada vez más sofisticadas, la radioterapia intraoperatoria y las técnicas plásticas de relleno (una vez superadas sus incógnitas), la cirugía oncoplástica se convertirá en el tratamiento quirúrgico “gold standard” del siglo XXI.

Bibliografía

1. Clough K, 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. Cothier-Savey I et al. Value of reduction mammoplasty in the conservative treatment of breast neoplasm. *Ann Chir Plas Esthet* 1996;41(4):346-53
3. Querci della Rovere. *Oncoplastic and Reconstructive surgery of the Breast.* Ed. Taylor. 2004
4. Fitoussi A. *Oncoplastic and Reconstructive Surgery for Breast Cancer. The Institute Curie Experience.* Ed. Springer 2009
5. Petit JY, De Lorenzi F, Rietjens M et al. Technical tricks to improve the cosmetic results of breast-conserving treatment. *Breast.* 2007; 16(1):13-6
6. Krishna B, Clough, Gabriel J, Kauffman, Claude Nos et al. *Improving Breast Cancer Surgery: A Classification and Quadrant per Quadrant Atlas for Oncoplastic Surgery.* *Ann Surg Onco.* 2010
7. Acea Nebriil B. *Técnicas oncoplásticas en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.* Ed. Elsevier 2008.