

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSTERIOR A MASTECTOMÍA. AUDITORÍA DE DATOS EN NUESTRA INSTITUCIÓN

RAFAEL DELGADO, CARMEN LUCES, ANA HOLLEBECQ, EFRÉN BOLÍVAR, LUIS GALVIS, AREEF AYACH, LIANETH SALAZAR, IVETTE RODRÍGUEZ.

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. LUIS RAZETTI", CARACAS, VENEZUELA.

RESUMEN

OBJETIVO: Revisar experiencia en reconstrucción mamaria en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama sometidas a mastectomía. **MÉTODO:** Datos de pacientes con cáncer de mama sometidas a reconstrucción posterior a mastectomía entre enero 2000 - diciembre 2012. Variables analizadas fueron: número total de casos, tipo, tiempo de reconstrucción, tratamiento oncológico, complicaciones. **RESULTADOS:** 225 pacientes fueron sometidas a reconstrucción mamaria posterior a mastectomía. Edad promedio 43,2 años. La reconstrucción inmediata se practicó en el 72 % (162) de los pacientes y reconstrucción diferida en 28 % (63). El tipo de reconstrucción realizada fue colgajo miocutáneo de dorsal ancho en el 72 % (162), colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen 26,6 % (60) y en 1,3 % (3) se colocaron implantes de mama. El 30,2 % (68) de las pacientes presentaron complicaciones, siendo la más frecuente en la reconstrucción con dorsal ancho, la contractura capsular (30,8 %), y en el grupo de TRAM la eventración (11,7 %). El porcentaje de complicaciones en el grupo de reconstrucción inmediata fue 30 % en el grupo de reconstrucción diferida 26,3 %. **CONCLUSIONES:** La reconstrucción posterior a mastectomía en nuestra institución se realiza con éxito en gran mayoría de las pacientes con una tasa de complicaciones similares a otros centros especializados. La decisión del tipo de reconstrucción a realizar se debe individualizar según antecedentes, características clínicas, deseos de la paciente, tipo de mastectomía, si tiene indicación o no de radioterapia posoperatoria y disponibilidad del recurso.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, reconstrucción mamaria, mastectomía, resultados.

SUMMARY

OBJECTIVE: To review the experience of breast reconstruction in patients with breast cancer undergoing mastectomy. **METHODS:** We evaluated data from breast cancer patients undergoing reconstruction after mastectomy between January 2000 and December 2012 at the Institute of Oncology "Dr. Luis Razetti". The variables analyzed were: The total number of cases, if the reconstruction was performed immediately or delayed, the oncologic treatment received and the complications. **RESULTS:** A total of 225 patients underwent breast reconstruction after mastectomy. The average age was 43.2 years. The immediate reconstruction was performed in 72 % (162) of the patients and the delayed reconstruction in 28 % (63). The type of reconstruction performed was in 72 % (162) the latissimus dorsi myocutaneous flap, transverse rectus abdominis myocutaneous flap (TRAM) 26.6 % (60) and 1.3 % (3) were breast implants. 30.2 % (68) of the patients had complications, the most frequent in delayed the reconstruction was capsular contracture (30.8 %), and ventral hernia in the TRAM group (11.7 %). The complication rate in the immediate reconstruction group was 30 % and in the group of differed reconstruction of 26.3 %. **CONCLUSIONS:** The reconstruction after mastectomy in our institution is successful in the vast majority of patients with a complication rate similar to other specialized centers. The decision to perform the type of reconstruction must be individualized according to the clinical characteristics, the patient wishes, the type of mastectomy, the indication or postoperative radiotherapy and resource availability.

KEY WORDS: Cancer, breast, breast reconstruction, mastectomy, results.

Recibido: 22/01/2013 Revisado: 15/04/2014

Aceptado para publicación: 28/06/2014

Correspondencia: Dr. Efrén Bolívar Abreu. Servicio

de Patología Mamaria. Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti". Calle Real de Cotiza, San José, Caracas.
E-mail: bolivarefren@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción mamaria inmediata (RI) es actualmente parte integral del tratamiento del cáncer de mama con resultados estéticos y psicológicos positivos. En el presente, las opciones quirúrgicas disponibles incluyen el uso de tejidos autólogos, solos o en combinación con expansores o implantes, o el uso de implantes únicamente. La elección está basada en las características y preferencias de las pacientes, estadio de la enfermedad, terapias adyuvantes y predilección del cirujano ⁽¹⁾.

Hay ventajas potenciales de la reconstrucción inmediata sobre la diferida. En una operación el tumor es removido y la imagen corporal conservada. Esto puede tener un profundo impacto en el aspecto emocional y psicológico de las pacientes, especialmente en las más jóvenes ⁽²⁾. Cuando la reconstrucción es diferida algunas pacientes de mal pronóstico pueden no llegar a recibir nunca las ventajas potenciales de la reconstrucción. Otras de las desventajas asociadas con las reconstrucciones diferidas (RD) son la necesidad de una mayor zona donante de piel para recrear la mama, y un segundo estrés psicológico y anestésico para la paciente previa a la reconstrucción ⁽³⁾.

Otros autores han argumentado en favor de un enfoque diferido, un mayor tiempo para explorar las diferentes técnicas, permitiendo a las pacientes optar por un procedimiento reconstructivo, que pudiera no estar disponible en el centro de tratamiento primario. Con la RD hay menos efectos adversos de la radiación en las reconstrucciones basadas en implantes ⁽⁴⁾.

Muchos estudios han confirmado que la RI no afecta el tiempo para iniciar la quimioterapia posoperatoria. Asimismo, los avances en la terapia radiante han minimizado los efectos en estos procedimientos ^(2,4-9).

El objetivo de este estudio es analizar los datos de reconstrucción mamaria en pacientes con diagnóstico de cáncer de mamas sometidas a mastectomía en el Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti" entre los años 2000-2012, tomando en consideración sus

características, complicaciones y su relación con las terapias adyuvantes.

MÉTODO

Se evaluaron los datos de las pacientes con cáncer de mama sometidas a reconstrucción posterior a mastectomía entre enero de 2000 y diciembre de 2012, teniendo como fuente los archivos del Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti".

Las variables analizadas fueron: el número total de casos reconstruidos, tipo de reconstrucción realizada y si se practicó en forma inmediata o diferida, el tratamiento oncológico recibido y complicaciones propias del procedimiento en forma total y su relación con la utilización de radioterapia (RT). Los datos correspondientes a esta última variable entre enero del 2000 y diciembre 2004 no fueron tabulados en forma adecuada por lo que no se incluyen en este estudio.

RESULTADOS

Un total de 225 pacientes fueron sometidas a reconstrucción mamaria posterior a mastectomía. La edad de los pacientes osciló entre los 19 y 61 años de edad, con una edad promedio de 43,2 años. En el grupo de RI el promedio de edad fue de 41,3 y en el de RD de 45,2. Cuando el grupo de estudio se clasificó por estadios (ST) de cáncer de mama según la *American Joint Committee on Cancer (AJCC)*, se observó que 16 pacientes correspondieron al ST 0 (7,1 %), 16 (7,1 %) al ST I, 107 (47,5 %) al ST II, 80 (35,5 %) pacientes al ST III y 6 (2,6 %) al ST IV.

En el 98,7 % (222) el tipo de mastectomía realizada fue la mastectomía radical modificada tipo Madden y en el restante 1,3 % fueron mastectomías preservadoras de piel. La RI se practicó en el 72 % (162) de los pacientes y la RD en el 28 % (63). El tipo de reconstrucción realizada fue colgajo miocutáneo de dorsal ancho

(DA) en el 72 % (162), de las cuales 79 % se realizó de forma inmediata y 21 % en forma diferida; colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen (TRAM) 26,6 % (60), 51,6 % de forma inmediata y el resto en forma diferida y en 1,3 % (3) se colocaron implantes de mama; este último grupo de pacientes corresponden a las 3 mastectomías preservadoras de piel realizadas (Cuadro 1). En el caso del TRAM, solo uno fue de tipo unipediculado.

El 30,2 % (68) de las pacientes presentaron complicaciones secundarias al procedimiento de reconstrucción. La complicación posoperatoria más frecuente en la reconstrucción con DA fue la contractura capsular que corresponde al 30,8 % del número total, y en el grupo de

TRAM fue la eventración abdominal (11,7 %), ambas complicaciones propias de cada técnica. Otras de las complicaciones observadas fueron epidermólisis 20,5 %, infección del sitio operatorio 8,8 %, extrusión de la prótesis 8,8 %, ceroma 8,8 % y necrosis del colgajo 7,3 % (Cuadro 2). Del número total de pacientes complicados el 66,1 % (45) ameritó algún tipo de intervención quirúrgica para su tratamiento.

El porcentaje de complicaciones en el grupo de RI fue del 30 % y en el grupo de RD del 26,3 %. Cuando clasificamos estos pacientes de acuerdo a si recibieron RT, observamos que el 72,2 % de las complicaciones en las RI las habían recibido y el 100 % en el caso de RD (Cuadro 3).

Cuadro 1. Distribución absoluta y porcentual del número, tipo y tiempo de reconstrucción mamaria

	Total		Reconstrucción inmediata		Reconstrucción diferida	
	n	%	n	%	n	%
Número de casos	225	100	162	72	63	28
Tipo de reconstrucción	16	72	128	79	34	21
Dorsal ancho	2	26,	31	51,6	29	48,3
TRAM	60	6	3	100	0	0
Implante mamario	3	1,3				

Cuadro 2. Distribución absoluta y porcentual de las complicaciones posteriores a reconstrucción mamaria

Complicaciones	Número	%
Contractura capsular	21	30,8
Epidermólisis	14	20,5
Eventración	8	11,7
Infección del sitio operatorio	6	8,8
Extrusión de prótesis	6	8,8
Ceroma	6	8,8
Necrosis	5	7,3
Ruptura de prótesis	1	1,4
Cicatriz hipertrófica	1	1,4
Total	68	100%

Cuadro 3. Distribución porcentual de las complicaciones posoperatorias de acuerdo a si recibieron radioterapia y el tiempo de la reconstrucción

Complicaciones	Reconstrucción	Reconstrucción		
	inmediata RT	diferida Sin RT	RT	Sin RT
Contractura capsular	38,8	5,5		
Epidermólisis	11,1	5,5	20	
Infección del sitio operatorio	11,1		20	
Eventración	5,5		20	
Extrusión de prótesis			40	
Necrosis	5,5	5,5		
Ruptura de prótesis		5,5		
Cicatriz hipertrófica		5,5		
Total	72,2 %	27,8 %	100 %	

DISCUSIÓN

Uno de los problemas que se plantean hoy en día es el referente al momento idóneo para la reconstrucción mamaria y a la técnica más adecuada para cada caso. En cuanto a la reconstrucción inmediata sus detractores se han planteado problemas como: demora en la detección de la recurrencia, interferencia con el pronóstico, retraso del inicio de la terapia adyuvante y aumento de las complicaciones propias del procedimiento reconstructivo, aunque ha sido evidente la disminución en el traumatismo psicológico de las pacientes posterior a mastectomía, ocasionando un menor número de cirugías y por ende un impacto positivo en el aspecto económico. La RD puede llevarse a cabo días o años después de la mastectomía, siendo recomendable realizarla alrededor de 6 meses después de la cirugía primaria, sin afectar el inicio del tratamiento oncológico, menor tasa de complicaciones posoperatorias pero sin el beneficio estético y psicológico del procedimiento anterior ⁽¹¹⁾.

En nuestra revisión la edad promedio de pacientes reconstruidas fue de 43,2 años,

resultado que es mucho menor al observado cuando analizamos el número total de pacientes tratadas con cáncer de mama en este mismo centro ⁽¹²⁾. Las pacientes sometidas a RI fueron más jóvenes (41,3 años) que aquellas a quienes se les realizó de forma diferida (45,2 años), otros autores han reconocido la misma tendencia ^(8,10,13). Esto probablemente refleja la preferencia de las pacientes más jóvenes hacia la reconstrucción inmediata, así como el sesgo médico.

El 83 % de las pacientes incluidas en este trabajo tenían un carcinoma de la mama STII y III, las cuales fueron a cirugía radical en su mayoría, considerando la opción de reconstrucción mamaria inmediata en el 72 % de los casos.

El porcentaje de complicaciones observado en el total de pacientes reconstruidos fue del 30,2 % coincidiendo con datos que se obtuvieron en otros estudios clínicos realizados tanto en nuestro centro como a nivel internacional. El número de complicaciones observadas en el grupo de RI fue de 30 % y con RD 26,3 %, lo cual es ligeramente superior en el primer grupo, aunque el porcentaje es inferior al observado en otras series de pacientes donde se practicó la RI con colocación de implantes mamaros

obteniendo un porcentaje de complicaciones que llegan hasta el 40 %, representado principalmente por contracturas capsulares y hasta un 15 % de extrusión de prótesis^(14,15).

Al combinar la variable de complicaciones con la variable de haber recibido o no radioterapia (RT), se observó que el 72,2 % de paciente complicados en este grupo de RI y el 100 % de RD habían recibido RT, cifras que han sido reproducidas en muchos centros a nivel mundial, lo que hace cuestionar la RI en pacientes con indicaciones de RT posoperatoria^(16,17).

No existe actualmente una tendencia clara que apoye a la RI o la RD en pacientes con cáncer de mama posterior a la mastectomía total. Se sabe que los parámetros que valoran resultados oncológicos como la supervivencia global y libre de enfermedad son similares en ambos tipos de reconstrucción. El beneficio estético y psicológico de la RI es irrefutable; sin embargo, el elevado porcentaje de complicaciones obtenidas en RI cuando se agrega la RT posoperatoria es claro⁽¹⁷⁾.

Se puede concluir que la reconstrucción posterior a mastectomía en nuestra institución se realiza con éxito en la gran mayoría de las pacientes con una tasa de complicaciones similares a otros centros especializados. El tratamiento con radioterapia está asociado a un mayor número de complicaciones, sobre todo en pacientes con RI, por lo cual recomendamos diferir la reconstrucción en pacientes con indicación de terapia radiante posterior a la mastectomía. La decisión del tipo de reconstrucción a realizar se debe individualizar según los antecedentes, características clínicas, deseos de la paciente, tipo de mastectomía a realizar, si tiene indicación o no de RT posoperatoria y disponibilidad del recurso.

REFERENCIAS

1. Veronesi P, De Lorenzi F, Ballardini B, Magnoni F, Lissidini G, Cardarella P, et al. Immediate breast reconstruction after mastectomy. *Breast*. 2011;20 (Suppl 3):104-107.
2. Murphy RX, Wahab S, Rovito PF, Kimmel SR, Kleinman LC, Young MJ. Impact of Immediate breast reconstruction on the local recurrence of breast cancer after mastectomy. *Ann Plast Surg*. 2003;50(4):333-338.
3. Pomahac B, Recht A, May JW, Hergrueter CA, Slavin AS. New trends in breast cancer management, is the era of immediate breast reconstruction changing? *Ann Surg*. 2006;244(2):282-288.
4. Nahabedian MY, Momen BV. The impact of breast reconstruction on oncologic efficacy of radiation therapy: A retrospective analysis. *Ann Plast Surg*. 2008;60(3):244-250.
5. Taylor CW, Kumar S. The effect of immediate breast reconstruction on adjuvant chemotherapy. *Breast*. 2005;14(1):18-21.
6. Kronowitz SJ, Robb J. Breast reconstruction and adjuvant therapies. *Semin Plast Surg*. 2004;18(2):105-115.
7. Yule GJ, Concannon MJ, Croll G, Puckett CL. Is there liability with chemotherapy following immediate breast reconstruction? *Plast Reconstr Surg*. 1996;97(5):969-973.
8. Allweiss TM, Boisvert ME, Otero SE, Perry DJ, Dubin NH, Priebat DA. Immediate reconstruction after mastectomy for breast cancer does not prolong the time to starting adjuvant chemotherapy. *Am J Surg*. 2002;183(3):218-221.
9. Tallet AV, Salem N, Moutardier V, Ananian P, Braud AC, Zalta R, et al. Radiotherapy and immediate two stage breast reconstruction with a tissue expander and implant: Complications and aesthetic results. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2003;57(1):136-142.
10. Wolfswinkel E, Lopez S, Weathers W, Wang T, Hilsenbeck S, Rimawi M, et al. Predictors of post-mastectomy reconstruction in an underserved population. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013;66(6):763-769.
11. del Val Gil JM, López B, Rebollo L, Utrillas Martínez AC, Miguillon C. Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cir Esp*. 2001;69:56-64.
12. Carrero N, Betancourt L, Bergamo L, Pinto Y, Díaz F, González C, et al. Perfil clínico patológico de los pacientes del servicio de patología mamaria. Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti". *Rev Venez Oncol*. 2008;20(3):186-191.
13. Brennan ME, Spillane AJ. Uptake and predictors of post-mastectomy reconstruction in women with breast

- malignancy. Systematic review. *Eur J Surg Oncol.* 2013;39(6):527-541.
14. Pasquale G, Lares H, González C, Verdes A, Hollebecq A, Saboin J, et al. Experiencia en reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía, Instituto Oncológico "Dr. Luis Razetti" 2000-2004. *Rev Venez Oncol.* 2006;18(2):98-102.
 15. Nava Mb, Pennati AE, Lozza L, Spano A, Zambeti M, Catanuto Get. Outcome of different timings of radiotherapy in implant-based breast reconstructions. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128:353-359.
 16. Sandelin K, Wickman M, Billgren AM. Oncological outcome after immediate breast reconstruction for invasive breast cancer. *Breast.* 2004;13(3):210-218.
 17. Petit JY, Gentilini O, Rotmensz N, Rey P, Rietjens M, Garusi C, et al. Oncological results of immediate breast reconstruction. *Breast Cancer Res Treat.* 2008;112:545-549.