

Sección de Oncología Ginecológica y Mamaria de la
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Avances en Oncología Ginecológica y Mamaria

Alfonso J. Herruzo, F.J. Rodríguez-Escudero y R. Comino (Comps.)¹

17

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA
POSTMASTECTOMÍA

Carlos Vázquez Albaladejo
Instituto Valenciano de Oncología. València



INTRODUCCIÓN

La acción quirúrgica, que pretende la curación del paciente mediante la erradicación de la enfermedad, tiene en sí misma un segundo objetivo y es el intento por mantener la integridad corporal, tanto interna como externa, evitando realizar grandes extirpaciones y mutilaciones. En el cáncer de mama, la cirugía ha desempeñado desde siempre, a causa de su eficacia y en ausencia de otros medios, un papel predominante.

Pero la radicalidad quirúrgica, ya no es sinónimo de grandes resecciones, sino de exéresis adecuadas, suficientes para eliminar la enfermedad local y con la intencionalidad de obtener además la mayor cantidad de información sobre la biología del tumor. El criterio empleado para la práctica de las mastectomías supraradicales para intentar frenar la diseminación tumoral, llegando más allá de donde habrían emigrado las células por vía linfática, ya no es válido. No obstante, aún en la actualidad, para la esterilización tumoral locorregional, puede ser necesario acudir a técnicas quirúrgicas descritas hace años, pero empleándolas en un contexto oncológico distinto.

RECONSTRUCCIÓN POSTMASTECTOMÍA (RPM)

Aunque el diagnóstico precoz y las mejoras tecnológicas en Radioterapia (RT), propician el tratamiento conservador (TC), en

un porcentaje entre el 30 y el 60% según los ámbitos, las mastectomías en cualquiera de sus variantes son necesarias para un buen control local de la enfermedad.

Para corregir el defecto estético creado, existe un grupo de técnicas quirúrgicas, que posibilitan la restitución del volumen y de contorno mamario a las pacientes mastectomizadas, con devolución a su estética normal y mejorando su calidad de vida.

El traumatismo que en el orden psíquico y físico sufre una mujer al verse privada del seno, tanto en el desarrollo de su vida social y sexual, como en la de relación con familia, amigos, trabajo, etc., se ve paliado en parte, por esta vuelta a su normalidad corporal.

Esta posibilidad reconstructiva, debe ser expuesta cuando se le informa en el preoperatorio sobre la inminente mastectomía, añadiendo el que la situación local de su enfermedad no es la adecuada para un TC. Cuando esto se lleva a cabo, al menos la depresión por la personal apreciación de la gravedad de su proceso, que es suma de las circunstancias que rodean la amputación mamaria y las dudas sobre una posible aparición de la enfermedad en otro lugar del organismo, se ven disminuidas. Cuando se usa esta metódica, la aceptación de estar privadas temporalmente de su mama es mayor (1, 2).

El único inconveniente para efectuar una RPM, desde la perspectiva oncológica, es el que se produzca una aparición de una recidiva local (RL). Esta posibilidad, que históricamente se daba de forma global entre el 8% y el 27%, disminuyó de forma importante por el acceso a la cirugía de pacientes con tumores menos evolucionados y por la aplicación de la RT de supervoltaje, llegándose a las cifras actuales del 1 al 5% (3, 4, 5).

METODOLOGÍA

En la estrategia a seguir conviene resaltar varios aspectos:

- 1.- Aspectos tácticos
 - 1.1.- Momento.
 - 1.2.- Personalización.
 - 1.3.- Indicación según estadio.

- 2.- Aspectos técnicos
 - 2.1.- Estado de la zona receptora.
 - 2.2.- Elección de la técnica reconstructora.
 - 2.3.- Segunda mama.

1.- Aspectos tácticos de la reconstrucción postmastectomía.-

1.1.- Momento de la reconstrucción.

Se considera que una RPM inmediata es aquella que se efectúa en el momento de la mastectomía o bien en los tres meses siguientes, y la diferida la que se realiza a partir de los mismos. Si, como ya se ha comentado, el riesgo de RL es fundamental a la hora de indicarla, la selección de las pacientes es básica para decidir el momento a partir del cual se puede reconstruir. Podría efectuarse de forma inmediata en los casos en que precisen o deseen mastectomía en los tumores T1N0, o en los carcinomas ductales no infiltrantes multicéntricos; aún considerando las dificultades que se tienen intraoperatoriamente en estos tumores para conocer si existe una verdadera infiltración canalicular o el estado de los ganglios linfáticos. El resto de las pacientes serían subsidiarias de una reconstrucción diferida; con mayor o menor demora, dependiendo del estadiaje tras la cirugía radical (6).

1.2.- Personalización de la intervención.

La paciente idónea es aquella que verdaderamente lo desea, y por esto su apreciación de los resultados, es tanto más favorable,

cuanto mayor interés ha mostrado tras la información previa. Aunque todo ello se logre a base de varias intervenciones, el desarrollo de las mismas está desprovisto de la ansiedad y tintes depresivos de las mastectomías. Inducir a la operación, significa en la mayor parte de los casos, condicionar una apreciación mediocre del resultado cosmético (7).

1.3.- Indicación según el estadio tumoral.

En base a las probabilidades de RL, es evidente que aquellas pacientes que fueron intervenidas en estadios iniciales, son las candidatas adecuadas para la RPM. No obstante, las que tenían tumores más evolucionados también lo son, siempre y cuando se compruebe que el tratamiento inicial fue oncológicamente correcto. Por tanto, parece una medida prudente instaurar una demora en la RPM, que esté en relación directa al nivel de diseminación locorregional en el momento de la mastectomía. Este período de tiempo puede ser de hasta dos o tres años (8, 9, 10).

2.- Aspectos técnicos de la reconstrucción.

2.1.- Estado de la zona receptora.

Como en la RPM, se emplea la mayor parte de las veces una prótesis, que aunque inerte biológicamente, siempre motiva un cierto rechazo del organismo, el área receptora debe tener una troficidad suficiente para albergarla, con garantías de un enclaustramiento eficaz. Por ello hay que estudiar en la misma los siguientes detalles:

- a) Presencia y consistencia de la musculatura pectoral, con estudio de su funcionamiento, por si se seccionaron sus pedículos durante la mastectomía.
- b) Conocimiento de las posibles irradiaciones de orto o supervoltaje efectuadas, con detalle de las dosis y campos,

así como la valoración de trastornos tróficos en el área a reconstruir o en sus márgenes (Figura 1).

- c) Espesor y movilidad de la piel (en toda la zona en donde se disecó la mama) y de la grasa axilar.
- d) Situación de cicatrices (verticales o transversas).
- e) Existencia de depresiones a nivel de pared torácica, axila o zona subclavicular (dependientes en general de la técnica de mastectomía empleada).



Figura 1.- Área de mastectomía con una gran fibroesclerosis dérmica como consecuencia de la radioterapia postquirúrgica.

La falta de previsión de estas circunstancias puede llevar a la extrusión de la prótesis, ya sea de volumen fijo o del expansor, lo que supone un atraso, que puede durar meses, de la RPM, y que en alguna ocasión lleva al abandono definitivo de la intencionalidad reconstructora por la paciente (Figura 2).



Figura 2.- Extrusión de un expansor tras el intento de reconstrucción postmastectomía y radioterapia.

2.2.- Elección de la técnica reconstructora.

La técnica ideal es aquella que proporciona un buen volumen, consistencia, homogeneidad, movilidad y elasticidad en una sola intervención. Que además es técnicamente fácil, con pocas secuelas en el área dadora, y deja una buena simetría corporal. Por ello, en base a la sencillez, si los pectorales están presentes y la paciente no ha sido irradiada, se puede efectuar el implante protésico con un expansor o con prótesis, colocándolos en zona subpectoral. Se utiliza como cobertura complementaria una pequeña plastia del serrato o del recto anterior del abdomen homolateral. La escasez de piel para el cubrimiento puede suplirse con la práctica de un colgajo exclusivamente cutáneo de vecindad, ya sean homolaterales, como el de avance con o sin fijación costal en semiluna, o el tóraco-epigástrico, o por el contrario pueden ser contralaterales como el abdómino-mamario (Figuras 3 y 4) (11, 12, 13).

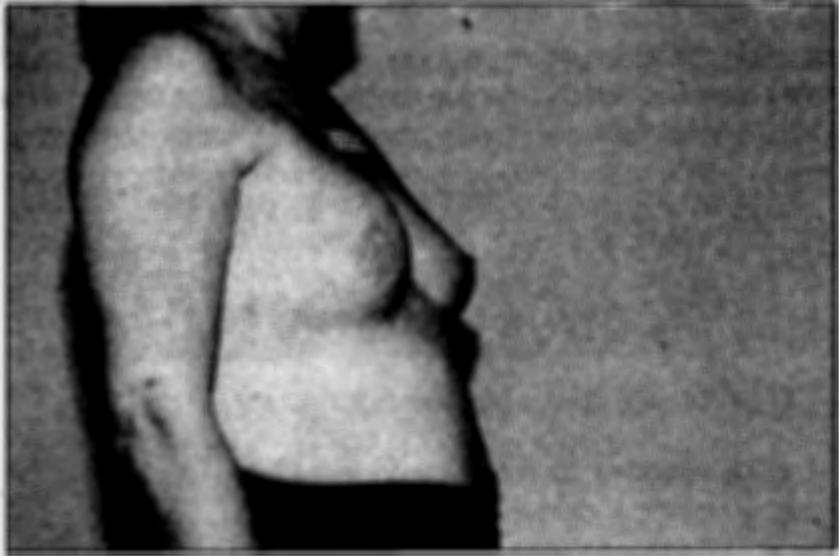


Figura 3.- Reconstrucción subpectoral directa e injerto libre de areola.



Figura 4.- Primer tiempo de una reconstrucción con expansor tipo Radován y adenomastectomía con prótesis de la segunda mama.

Es preferible utilizar un colgajo miocutáneo en los casos en los que no exista posibilidad de cobertura local muscular para el implante, lo que siempre es deseable porque de esta forma la contracción de la cápsula periprotésica es menor, o cuando los trastornos tróficos en el área receptora sean muy intensos y precisen de aportación de piel sana por tener que reseca parte de la piel lesionada. Su composición a base de piel, tejido celular subcutáneo y músculo, en proporción variable propicia una excelente plasticidad a la zona, que permite incluso en algunos casos la reconstrucción sin prótesis.

Entre los más usados por nosotros figuran:

- a) de vecindad: tóraco-epigástrico (14).
- b) a distancia: dorsal ancho (15).
 - transverso abdominal (TRAM) (16).
 - oblicuo externo del abdomen (17).



Figura 5.- Reconstrucción con plastia miocutánea del dorsal ancho, en área irradiada tras mastectomía. Injertos libres para reconstrucción de areola y pezón.

En general proporcionan, en ausencia de pectorales o con secuelas de irradiación importantes en el área de mastectomía, buenos resultados estéticos, aunque su ejecución es mas compleja y requiere cierto entrenamiento.

Su vitalidad depende, entre otras causas, de que al efectuar la transposición al área receptora, el riego vascular sea suficiente para nutrirlo; lo que en el caso del dorsal ancho y los de vecindad, dependerá de que sus pedículos hayan sido seccionados o no, durante la mastectomía y el vaciamiento axilar (Figura. 5).

Las plastia TRAM, ya sea con pedículo uni o bilateral, puede aportar importantes cantidades de tejido, incluyendo la piel, lo que puede obviar la colocación de una prótesis. Se trata de una intervención larga y compleja, pero cuyos resultados, si la selección de casos es la apropiada, son excelentes tanto en volumetría y posición, como por la disminución de tejido abdominal que supone (Figura. 6).



Figura 6.- Reconstrucción con plastia miocutánea transversa abdominal (TRAM), sin prótesis. No desea implante de areola y pezón.

2.3.- Segunda mama.

Su tratamiento en la dinámica reconstructora tiene dos importantes facetas:

1.- Estética. Una de las finalidades de la RPM es la simetría en posición y volumen entre ambas mamas, la reconstruida y la segunda, que no está intervenida. Para ello en la mayor parte de los casos, hay que abordar esta última con el fin de hacerla de la forma más semejante posible con la reconstruida, efectuando mamoplastias de reducción, aumento o elevación.

2.- Oncológica. La incidencia ya comentada de cáncer en la segunda mama y sobre todo en pacientes jóvenes es un factor a considerar por su mayor frecuencia. Por ello, en este grupo de riesgo puede considerarse la posibilidad de efectuar una adenomastectomía subcutánea con prótesis subpectoral inmediata, que proporciona unos excelentes resultados estéticos y evita además la problemática mamográfica que en el seguimiento se plantea, con las suturas quirúrgicas de las mamoplastias (18, 19, 20).

De todo lo anteriormente expuesto se infiere que cuando se plantea qué alternativa locorregional es la más adecuada para tratar un carcinoma mamario, como problemática oncológica que es, cualquier decisión ha de tomarse huyendo de planteamientos que sitúen el tratamiento del cáncer de mama en una dinámica que intente evitar la mastectomía con la finalidad de ahorrar malos momentos a las pacientes. Cada estadio tiene tanto su indicación quirúrgica, como radio y quimio-hormonoterápica que han de ejecutarse en todos sus pasos. La conservación mamaria es en ocasiones posible, pero dentro de unas presentaciones tumorales concretas. En los demás casos, la mastectomía radical

es la técnica de elección, pasando la restitución corporal a un segundo nivel del tratamiento integrado, y estando también sus indicaciones, sometidas a un protocolo estricto.

Bibliografía

- 1.- Clifford E., Clifford M.: Mastectomía y vulnerabilidad. En: De la Plaza R.: El cáncer de mama y su reconstrucción. pp. 111-115. Edit. Altalena. Madrid. 1983.
- 2.- Dinner M.L., Labandter H.P.: Total mammary adenectomy with histologic evaluation and immediate reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 68: 505-509. 1982.
- 3.- Valagussa P., Bonadonna G., y Veronesi V.: Paterns of relapse and survival following radical mastectomy. *Cancer* 41: 1170-1178. 1978.
- 4.- Fisher B., Slack N.H. y Cavanaugh P.J. y cols.: Postoperative radiotherapy in the treatment of breast cancer: Results of the NSABP clinical trial. *Ann. Surg.* 172: 711-730. 1970.
- 5.- Pawlaas K.T., Dockerty M.B., y Ellis F.H.: Late local recurrent carcinoma of the breast. *Ann. Surg.* 118: 192-198. 1958.
- 6.- Dinner M.T.: Reconstrucción después de mastectomía. En: *Clin. Quir. N.A.* 6: 1219-1233. 1984.
- 7.- Snyderman R.K.: Reconstrucción de la mama después de la cirugía del cáncer. En: Goldwyn, R.M.: *Cirugía plástica y reconstrucción de la mama.* Salvat Editores. Barcelona. pp 427-444. 1981.
- 8.- Bolufer Cano, J., Sancho Merle, F., Vázquez Albaladejo C.: Tratamiento quirúrgico de las recidivas locorregionales del cáncer de mama. *Cirugía Española.* 38: 15-176. 1984.
- 9.- Meldenson B.C.: Local recurrence of breast cancer: its significance in relation as breast reconstruction. *Aust. NZ. J. Surg.* 52: 59-63. 1982.

- 10.- Spratt J.S.: Locally recurrent cancer after radical mastectomy. *Cancer* 20: 551-553. 1967.
- 11.- Dinner M.I., Dowden R.V.: Breast Reconstruction. *Cancer* 53: 809-814. 1984.
- 12.- De la Plaza R.: Postmastectomy Reconstruction by a Contralateral Abdominomammary Flap. *Annals of Plastic Surgery* 6: 97-102. 1981.
- 13.- Bohmer H.: Postmastectomy reconstruction. En: Strömbeck, J.O.: *Surgery of the breast*. Edit. Georg Thieme Verlag Stuttgart. New York pp 243:-266. 1986.
- 14.- Psillakis J.M.: Reconstrucción de mama: Indicaciones y limitaciones de las técnicas quirúrgicas. En: De la Plaza, R.: *El cáncer de mama y su reconstrucción*. Edit. Altalena. Madrid. pp 193-200. 1983.
- 15.- Vilar Sanchis D.: Colgajo miocutáneo del *latissimus dorsi*. Tesis de Licenciatura. Servicio de Cirugía (I.V.O.). Universidad de Valencia. 1988.
- 16.- Gandolfo E.A.: Breast Reconstruction with a lower abdominal myocutaneous flap. *Brit. J. Plast. Surg.* 25: 452-457. 1982.
- 17.- Marshall D.R., John Anstee E., Stapleton, M.J.: Soft tissue reconstruction of the breast using an external oblique myocutaneous abdominal flap. *Brit. J. Plast. Surg.* 35: 443-451. 1982.
- 18.- Freeman B.S., Wiemer R.: Total glandular mastectomy. Modifications of the subcutaneous mastectomy for use in premalignant disease of the breast. *Plast. Reconstr. Surg.* 62: 167. 1978.
- 19.- Woods J.E.: Reconstruction of the Breast after mastectomy. *Current Concepts in Oncology*. Nov/Dec. pp 17-21. 1981.
- 20.- Larue-Charlus S., Goin J.L.: La mastectomie sous-cutanée avec implants retro-musculaires. *Swis Med.* 8: 55-56. 1986.