

AVANCES EN MASTOLOGIA

Segunda Edición

EDITOR

Dr. Gerardo A. Hernández Muñoz

RECONSTRUCCION POSTMASTECTOMIA

DR. CARLOS VÁSQUEZ ALBALADEJO

INTRODUCCION

La reconstrucción postmastectomía (RPM), es la posibilidad de reintegrar a la normalidad psicofísica a las mujeres que han sufrido la amputación de la mama, generalmente como parte del tratamiento de un tumor maligno. Un componente muy importante en este contexto terapéutico, lo conforman las estrategias psicoterapéuticas de apoyo, que posibilitan la adaptación de las pacientes a la nueva situación que les supone mastectomizadas.

La mama tiene un significado en la actualidad, muy distinto de cuando era considerada una parte importante de la reproducción humana. Hoy, las connotaciones sociales y sexuales que supone el disfrutar de un busto atractivo, llevan a situaciones altamente dramáticas cuando se debe practicar una mastectomía. La repercusión que este hecho supone sobre la convivencia social, familiar e incluso profesional de las pacientes que desgraciadamente la deben padecer, son altamente conocidas. Se dan negativas a perder la mama de algunas pacientes dedicadas al espectáculo, aunque esto haya supuesto el poner en peligro sus posibilidades de curación.

Cuando tras un diagnóstico de malignidad, se plantea a una paciente, el que la mastectomía es la única alternativa por la extensión locoregional del tumor, o porque se dan cualquiera de los condicionantes que contraindican un tratamiento conservador, es altamente recomendable informar de qué posibilidades reconstructivas se pueden disponer a corto y medio plazo. Esto tiene como consecuencia inmediata, una mejor aceptación de la amputación del seno, conviniendo en que la única posibilidad para lograr la curación de su cáncer de mama es el realizarla. Aunque ello suponga perder una

parte muy importante de su feminidad.

La comunicación preoperatoria, debe ser extensa y preferiblemente a lo largo de dos o tres entrevistas, que por necesidad no pueden ser muy espaciadas en el tiempo. En las mismas, tras exponer el diagnóstico médico, se da información completa sobre las posibilidades que existen de restitución corporal, incluso propiciándoles entrevistas con otras mujeres ya reconstruídas. Esto es conveniente porque en nuestro medio, son las pacientes las que en más de un 50% de las ocasiones, la desean aún en contra de la opinión de los cirujanos especialistas que las intervinieron de mastectomía o de los oncólogos que practican las revisiones.⁽⁸⁾

Con la RPM, la depresión por la personal apreciación de la gravedad de su proceso, que es la suma de las circunstancias que rodean la amputación mamaria y las dudas sobre una posible reaparición de la enfermedad en otro lugar del organismo, se ven disminuídas. Cuando se usa esta metódica, la aceptación de estar privadas temporalmente de su mama es mayor.⁽¹¹⁾

Cuando se realiza la RPM, se logra un mayor equilibrio emocional, y una visión más favorable acerca de la posible evolución de su enfermedad. El no depender de la prótesis externa, les hace tener una mayor autoapreciación y seguridad, volviéndose a sentir más femeninas. Se da habitualmente la circunstancia de que la mayor parte de las pacientes reconstruídas encuentran el resultado mas positivo, y generalmente con mayor grado de brillantez, que el médico que las intervino.⁽⁴¹⁾

Por tanto, médicamente se han estudiado toda una serie de estrategias que componen una logística, a la que recurrir

en caso de que una paciente opte por esta alternativa, con un grupo de técnicas quirúrgicas, que posibilitan la restitución del volumen y contorno mamario .

RECIDIVAS LOCALES

El único inconveniente para efectuar una RPM, desde la perspectiva oncológica, es el que se produzca una recidiva local (RL), o reaparición del tumor en el área tratada, siendo una situación que no conviene nunca dejar de valorar.

1.- POSTMASTECTOMIA. Antes de realizar la reconstrucción, conviene considerar que esta posibilidad históricamente se daba de forma global entre el 8% y el 27%, disminuyendo de forma importante tras el acceso a la Cirugía de pacientes con tumores menos evolucionados, así como por la aplicación de Radioterapia de supervoltaje, llegándose a las cifras actuales del 1 al 5%. Son factores predictivos de la misma, el tamaño tumoral y la infiltración de los ganglios axilares, observándose una mayor frecuencia de aparición, (60%), en los dos primeros años de finalizado el tratamiento. Entre los motivos de RL están los restos celulares tumorales del tumor primario tras una mastectomía inadecuada o incompleta, y las diseminaciones celulares hematógenas o linfáticas en el campo quirúrgico. (40, 33, 42)

La supervivencia global tras RL está comprometida, siendo menor que la prevista tras la mastectomía, existiendo una clara relación con la forma de recidivar la neoplasia, nodular o múltiple, así como con la detección precoz de la misma. En relación a esto según subgrupos, puede variar entre el 28% al 41% a 5 años. Como el 33% de las pacientes con RL van a tener metástasis a distancia o volverán a tener una nueva RL, se considera que la terapia sistémica adyuvante es necesaria, clasificando estas pacientes como Estadio IV-NED (Sin enfermedad demostrable). (23, 2)

2.- TRAS TRATAMIENTO CONSERVADOR. Es la reaparición del tumor en

la mama tratada conservadoramente, tiene una tasa esperable tras 5 años del 4 al 8%, y aparece generalmente en la misma zona en donde se ubicaba el tumor primario. En orden pronóstico es más benigna que las RL tras mastectomía radical.

Su tratamiento consiste habitualmente en la mastectomía de rescate, siendo excepcional la posibilidad de una segunda esperanza conservadora. En algunas ocasiones tanto por su extensión como por su agresividad local requiere de tratamiento sistémico previo seguido de una Cirugía de rescate, consistente en la mastectomía radical a lo Madden e incluso a lo Halsted, con una área de resección cutánea muy amplia que puede precisar de técnicas reparadoras usando colgajos cutáneos de vecindad y mas raramente mio-cutáneos de traslación a distancia. (39, 37, 15)

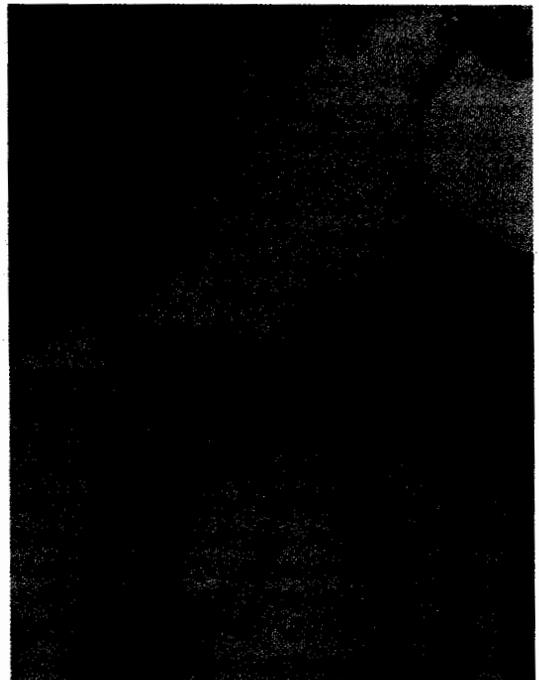


Fig. 1 *Plastia abdominomamaria para rescate quirúrgico de una recidiva local postmastectomía.*

Se consideran factores predictivos de dicha recaída local, tumores con un tamaño limite para la conservación, la afectación ganglionar significativa, la simple

lumpectomía, no alcanzar en la Radioterapia las dosis adecuadas, la predominancia de áreas de carcinoma ductal no infiltrante, el grado de malignidad tumoral, y la juventud de la paciente.^(19, 7, 45)

3.- POST-RECONSTRUCCION. También tras la RPM puede aparecer una RL, aunque está contrastado que la práctica de la reconstrucción no aumenta las posibilidades. En general en estos casos, la detección es muy evidente porque en su mayor parte aparecen en los colgajos cutáneos de la mastectomía. Pero en otras ocasiones lo hacen en profundidad, ya sean en restos ganglionares sobre todo de los grupos interpectorales o en zonas profundas próximas a la pared torácica, lo que hace que su diagnóstico sea más tardío, disminuyendo de manera importante sus posibilidades de rescate quirúrgico y consecuentemente sus expectativas de supervivencia.

Por ello en el seguimiento locorregional de la zona reconstruida, se recomienda la revisión anual mediante exploraciones, como tomografía computarizada o resonancia magnética. También aquí, es de sumo interés la detección precoz de la RL, porque su rescate quirúrgico radical mejora las posibilidades de supervivencia, que en las RL iniciales es del 70% mientras que en las más avanzadas es del 41%.^(38, 1)

Con frecuencia al plantear la problemática reconstructora, la RL es una eventualidad que tiende a minimizarse, cuando en realidad es una de los ejes sobre los que gira toda la estrategia. De hecho, la demora realizarla, viene dada en la prevención de esta circunstancia, y condiciona la logística en el tiempo.

La RPM debe enmarcarse en un todo oncológico, por lo que la opinión de los especialistas no debe dejar de oírse antes de proceder a la misma.

La filosofía del tratamiento quirúrgico tras cualquier tipo de RL, esta dirigida en dos sentidos. Aumentar la supervivencia, intentando lograr la curación

completa, y a la vez mejorar la calidad de vida, evitando lo que puede calificarse de una segunda enfermedad, que es la progresión local hasta lesiones cutáneas ulceradas, sangrantes y odoríferas. Es conveniente que en el armamentario quirúrgico de los especialistas dedicados a la Patología Mamaria, se disponga de un buen conocimiento de las técnicas quirúrgicas reparadoras de la pared torácica en el sentido plástico, tanto para darles una utilidad estética, como para usarlas simplemente como cubrimiento.

La mayor parte de los colgajos cutáneos y transposiciones dermomusculares, son habituales en la Cirugía Oncológica, y no solo Mamaria sino de cabeza y cuello, partes blandas, e incluso coloniales. Es imprescindible un planteamiento desde una perspectiva oncológica y no solo cosmética.

LOGISTICA RECONSTRUCTORA

Supone, con un buen conocimiento de las técnicas y materiales que pueden ser usados en la reconstrucción, cómo organizar la secuencia tanto informativa como operativa, para restituir a las pacientes su integridad corporal.

En nuestra estrategia a seguir destacamos varios aspectos:

1.- Tácticos:

- 1.1.- Indicaciones
- 1.2.- personalización.
- 1.3.- momento.

2.- Técnicos:

- 2.1.- estado de la zona receptora.
- 2.2.- elección de la técnica reconstructora.
- 2.3.- segunda mama.

1.1.- Indicaciones. En este sentido el ámbito de la reconstrucción mamaria, no abarca solo la restitución volumétrica del seno, sino el empleo de todas las técnicas quirúrgicas que pueden resolver situaciones de ocupación neoplásica o des-

trucción tisular motivada por tumores localmente avanzados de mama (CLAM), radionecrosis, recidivas locales postmastectomía y postratamiento conservador, y en general toda la cirugía de rescate, que bien podía denominarse cirugía mamaria de segunda generación.

Pero existen otros motivos de RPM consecuencia de situaciones puntuales como, puede ser el *mal resultado cosmético tras el tratamiento conservador*, como la finalidad del mismo, es la conservación de la mama pero manteniendo una buena estética, el resultado plástico, es uno de los factores que puede justificar la actuación médica en el sentido de la conservación, tras un discurrir de la paciente por los caminos de una actuación terapéutica compleja y dilatada en el tiempo. Suele tener su origen en incisiones inadecuadas, imperfectas reconstrucciones glandulares, dosis de radiación elevadas, mala planimetría o sumación de efectos secundarios de los citostáticos antraclínicos. (32, 20, 3)

Esta terapéutica multifactorial, deja la mama en una situación cosmética determinada, que es fácilmente evaluable. Pero en otras ocasiones graves defectos cosméticos, como retracciones, importantes disminuciones de volumen y alteraciones dérmicas que pueden llegar a la ulceración, tardando incluso años en aparecer, precisan de una reparación quirúrgica que entra dentro del concepto que supone la RPM.

La mastectomía de rescate, por mal resultado estético tras tratamiento conservador y sin evidencia de RL, es una circunstancia poco habitual, pero que con el aumento que se está dando de pacientes tratadas de esta forma tendrá mayor incidencia en el futuro. En estos casos puede efectuarse una reconstrucción inmediata subcutánea o subpectoral tras la mastectomía, con la gran ventaja de tener en exposición todo el campo quirúrgico para la perfecta ubicación y cobertura de la prótesis. Si se efectuó la irradiación exclusivamente sobre la pirá-

meide mamaria, la plasticidad de los tejidos es la habitual.

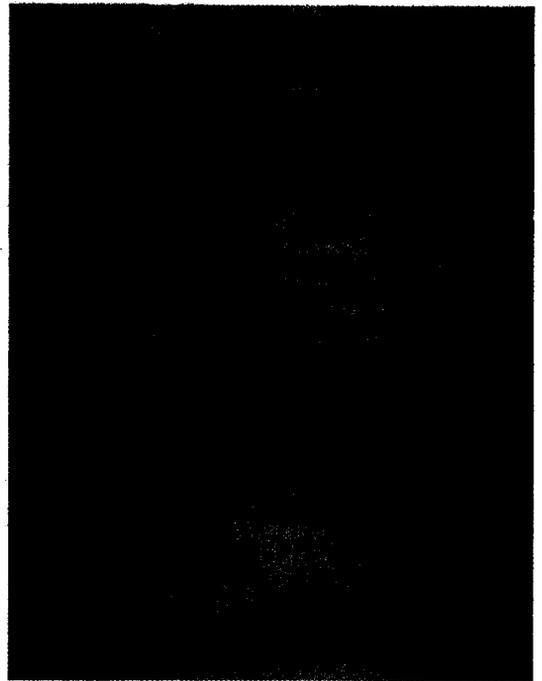


Fig. 2. Sobreirradiación en mama y axila, 10 años antes, por inadecuado tratamiento conservador. Adenomastectomía y reconstrucción glandular mediante prótesis y cutánea con colgajo miocutáneo del dorsal ancho.

1.2.- Personalización. La paciente idónea es aquella que verdaderamente lo desea, lo que hará que el grado de autoapreciación sea mayor, muy en relación con el interés que mostró en la información previa.

Aunque la R.P.M. se logre mediante intervenciones largas y dolorosas, el desarrollo de las mismas está desprovisto de la ansiedad y tintes depresivos de las mastectomías. Esta personalización puede llevar incluso a determinar la técnica a utilizar, ya que existen pacientes que no desean intervenir de la segunda mama, rechazan cicatrices en otras partes del cuerpo, tienen una obesidad marcada, edad avanzada o patologías en otras localizaciones corporales como aparato genital, vías biliares, etc.⁽⁶⁾

La restitución del volumen mamario, y

la simetría es fundamentalmente lo que se busca, por lo que en una gran proporción de casos, se rechaza la nueva intervención que supone la restauración del complejo areola-pezón. En cualquier caso, la reconstrucción areolar se puede realizar mediante injertos de piel pigmentada, tales como pliegue inguinal o labios mayores, y el pezón con fragmentos de pezón contralateral o injertos de cartílago subcutáneos.

Como no se le puede negar a una mujer el beneficio de tener un nuevo seno, la indicación puede alcanzar incluso, y si la paciente lo desea, a las que presentan metástasis de larga evolución, y que han tenido una respuesta completa al tratamiento oncológico, sobre todo cuando técnicamente se prevea que la RPM no entraña una gran dificultad. No es una circunstancia habitual, pero tampoco debe descartarse.⁽¹³⁾

1.3.-Momento. Habitualmente se considera RPM inmediata como la 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 cuando se puede reconstruir, con un momento diferente según el estadio inicial de la enfermedad. Podría efectuarse de forma inmediata en los casos en que precisen o deseen mastectomía, en los estadios iniciales y carcinomas in situ, aún considerando las dificultades que se tienen intraoperatoriamente en estos casos, para conocer, tanto si existe una verdadera infiltración canalicular en algún punto de la mama, o el estado de todos los ganglios linfáticos resecaados. Pero si clínicamente ya se supone su no afectación, aún a pesar del error habitual (No+), que es del 20 al 30%, como la única consecuencia de la infiltración axilar microscópica sería la necesidad de Quimioterapia, el resultado plástico por la colocación de una prótesis o expansor no se vería alterado. El resto

de las pacientes serían subsidiarias de una reconstrucción diferida, demorada hasta los 2 años en caso de estadio II y a partir de 3 años para las demás.^(21, 12, 14)

2.1- estado de la zona receptora. Como en la reconstrucción 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 funcionalismo, por si se seccionaron sus pediculos durante la mastectomía.

b- conocimiento de las posibles irradiaciones de orto o super-voltaje efectuadas, con detalle de las dosis y campos, así como la valoración de trastornos tróficos en el área a reconstruir, en sus márgenes o incluso en el esqueleto costal subyacente.

c.- espesor y movilidad de la piel (en toda la zona en donde se diseco 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).

Por ello se recomienda en el momento de la mastectomía el preservar las estructuras vasculonerviosas fundamentalmente de la axila, como son los pediculos de los musculos serratos y gran dorsal, cuya buena troficidad puede ser necesaria para realizar una reconstrucción.^(24, 5)

2.2- elección de la técnica reconstructora. Decidir este punto es el paso de mayor envergadura en este proceso, ya que salvo contingencias inesperadas, de la adecuada selección de la misma depende el éxito de la intervención. La téc-

nica ideal es aquella que proporciona un buen volumen, consistencia, homogeneidad, movilidad y elasticidad en una sola intervención. Que además es fácil, con pocas secuelas en el área dadora, y deja una buena simetría corporal.⁽¹⁰⁾

Existe dos factores que son altamente discriminantes en el momento de decidirla, y son la existencia o no de pectorales, y conocer si la paciente está irradiada, y a qué dosis. Por ello, si tiene pectorales y no ha sido irradiada, se puede efectuar el implante con un expansor tipo Becker o Radován, o con prótesis directa si se logra una buena cobertura, siempre intentando colocarlos en la zona subpectoral. (Fig. 4. Superior). Se pueden utilizar complementariamente pequeñas plastias del serrato, o del recto anterior del abdomen homolaterales. La escasez de piel para el cubrimiento, puede suplirse con la práctica de un colgajo exclusivamente cutáneo de vecindad, ya sea homolateral

como el de avance o tóraco-epigástrico, o por el contrario puede ser contralateral como el abdómino-mamario. El surco submamario puede remarcarse mediante fijación costal transcutánea o subcutánea, con semilunas dérmicas desepidermizadas o con liposucción.^(4, 34, 9) (Fig. 3. Inferior)

En los casos en los que se ha liberado Radioterapia postquirúrgica, es preferible utilizar un colgajo miocutáneo sobre todo cuando además no exista posibilidad de cobertura local muscular para el implante, porque se haya practicado una mastectomía a lo Halsted.) Este cubrimiento muscular periprotésico es siempre deseable, porque de esta forma la contracción de la cápsula periprotésica es menor, y más aún cuando los trastornos tróficos en el área receptora son muy intensos y precisen de aportación de piel sana por tener que reseca parte de la lesionada. La simple colocación de expan-

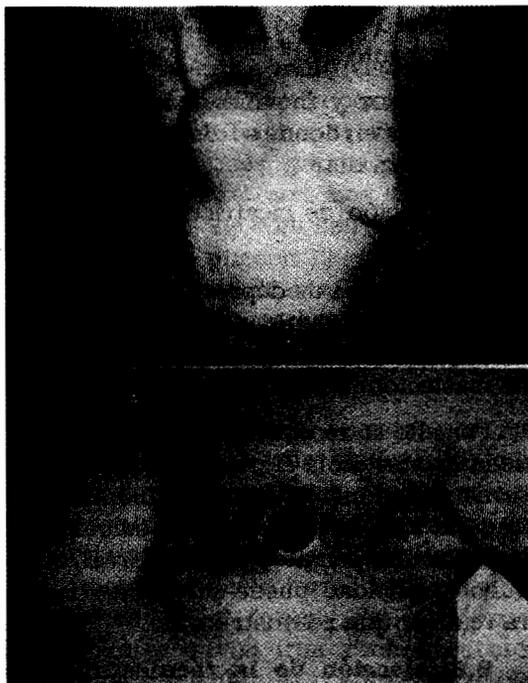


Fig. 4. Expansor subpectoral de Radován. Nótese la válvula de inyección (superior). Extrusión de expansor, en zona de irradiación postmastectomía (inferior).

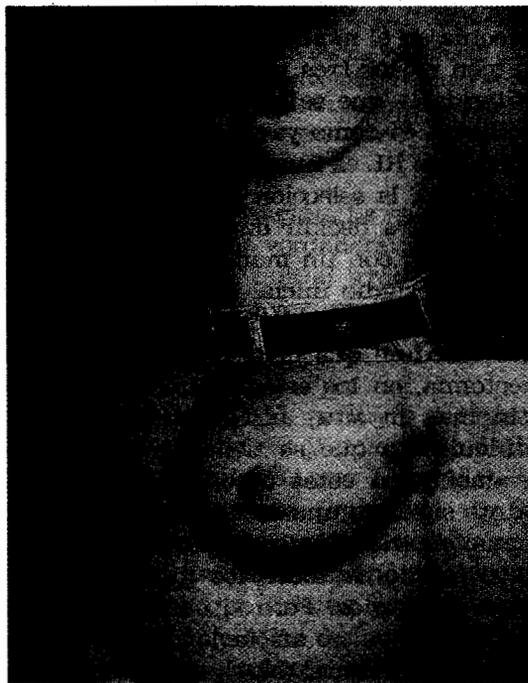


Fig. 3. Adenomastectomía subcutánea de la segunda mama, con colocación inmediata de prótesis, dentro del proceso reconstructivo (superior). Reconstrucción diferida subpectoral directa, con injerto de labio mayor, para areola (inferior).

sores en estos casos, pueden llevar por la escasa distensibilidad de la piel, a extrusiones de los mismos, con muy malos resultados cosméticos y la producción de ulceraciones e infecciones subcutáneas que tardan mucho en cicatrizar. (Fig. 4. Inferior) Estas plastias miocutáneas están compuestas de piel, tejido celular subcutáneo y el músculo dador a través de cuyo pedículo llega la vascularización. Proporcionan una excelente plasticidad a la zona, lo que permite incluso en algunos casos la reconstrucción sin prótesis.

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, supone el que sus pedículos hayan sido seccionados o no, durante la mastectomía y el vaciamiento axilar. Esto en ocasiones pueda obviarse por la práctica de una anastomosis microquirúrgica.

En general son buenos los resultados estéticos, su ejecución es mas compleja, re-

quiere un cierto entrenamiento, y por no ser difíciles de realizar, deben ser conocidas por los grupos quirúrgicos dedicados preferentemente a la Mastología.

Personalmente cuando la zona receptora está en buen estado de trofismo y consistencia, preferimos la colocación subpectoral directa de una prótesis, completando el receptáculo con una pequeña plastia muscular de vecindad. En los casos en los que se resecaron los pectorales o existan secuelas importantes tras la Radioterapia practicamos la técnica del dorsal ancho o el TRAM. La primera tiene la ventaja de que es de fácil ejecución y tiene una menor frecuencia de necrosis de la isla cutánea. Debe orientarse al realizar el arco de rotación, según si su colocación va a ser vertical o transversa, dependiendo de si la cicatriz de mastectomía fue mediante técnica de Halsted o Stewart. Permite rellenar el hueco axilar de la linfadenectomía, aunque por otra parte deja una cicatriz en la espalda visible y con una cierta retracción).^(43, 30, 25)

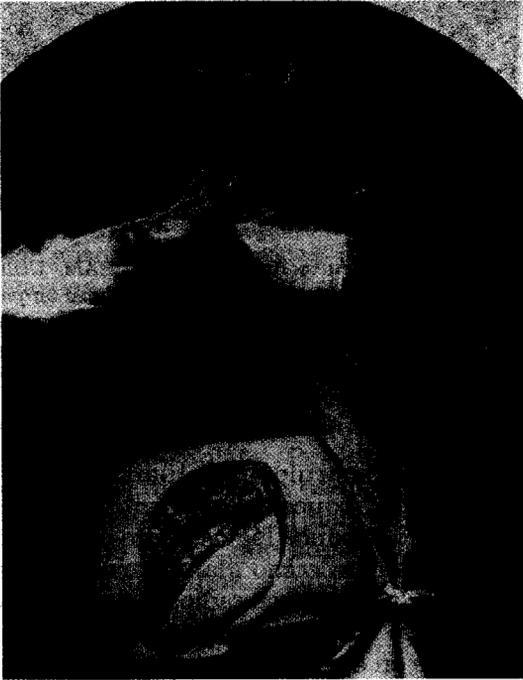


Fig. 5. Aspectos de la anatomía quirúrgica del colgajo del dorsal ancho. Vascularización según pieza anatómica (superior). Tallado en campo operatorio (inferior),

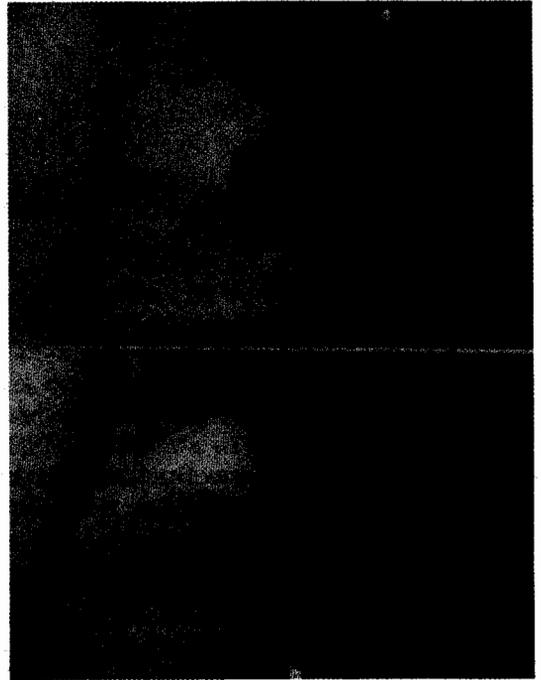


Fig. 6. Pacientes distintas reconstruidas con dorsal ancho, ambas en campos irradiados postmastectomía. Nueva aréola y pezón, realizadas en un segundo tiempo.

El TRAM proporciona unas islas de mayor tamaño que no precisan de prótesis en los casos de cierta adiposidad abdominal, pero que tienen una mayor incidencia de necrosis en las mismas. Es necesario transponer el ombligo y si el apoyo muscular se efectúa por debajo del arco de Douglas hasta la inserción pubiana, es preciso la colocación de una malla de polipropileno para evitar las eventraciones. Pueden tomarse como fuente vascular uno o los dos rectos abdominales, irrigados por las arterias epigastralgicas

superiores, ramas terminales de las mamas internas y una cierta limitación la suponen la presencia de cicatrices en hemiabdomen inferior. En algunos casos de pacientes que habían sufrido extrusión de las prótesis tras mastectomías subcutáneas, hemos tenido la oportunidad de resolver el problema con este colgajo, aportando la mitad a cada lecho subcutáneo mamario, previa desepidermización de los mismos.^(35, 27, 44) (Figuras 7 y 8).

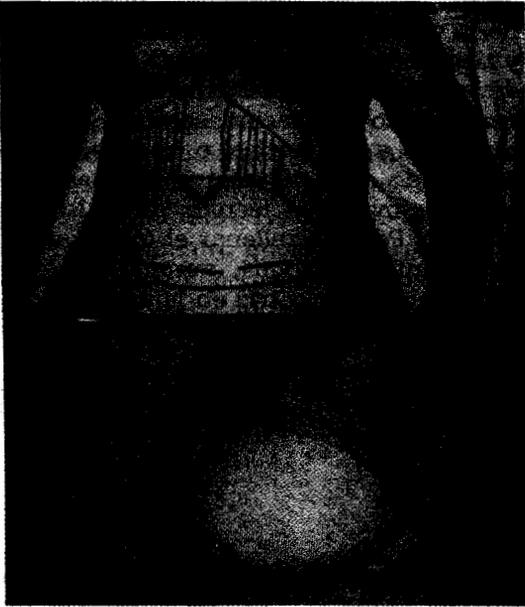


Fig. 7. Reconstrucción sin prótesis con colgajo transversal TRAM de apoyo en ambos músculos rectos abdominales. Tallado (superior). Postoperatorio tardío con buena volumetría.

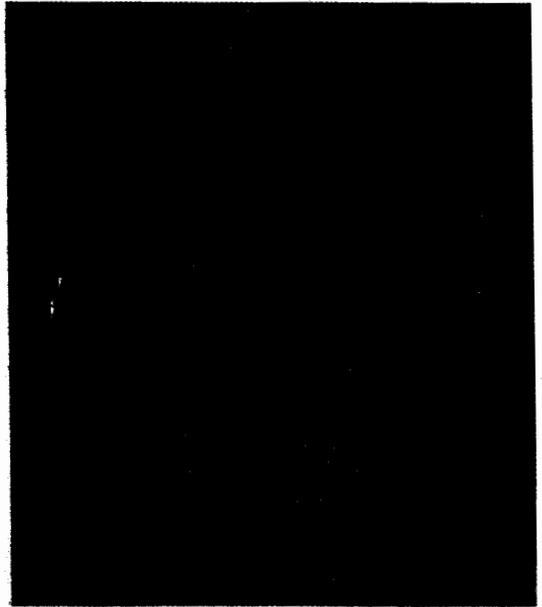


Fig. 8. Reconstrucción con colgajo TRAM. Utilización de manera desepidermizada bilateral en paciente que había sufrido extrusión de prótesis por infección tras adenomastectomía subcutánea (superior). Colocación de prótesis tras el colgajo de forma diferida (inferior).

2.3.- segunda mama. Su tratamiento en la dinámica reconstructora tiene dos importantes facetas:

1.- *estéticas.* Una de las finalidades de la R.P.M. 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 posicionarla de la forma más semejante

con la reconstruida, efectuando mamoplastias de reducción, aumento o elevación. Esto produce lógicamente cicatrices tanto dérmicas como glandulares, lo que da lugar a imágenes radiográficas de retracciones fibrilares o microcalcificaciones, que en ocasiones son difíciles de distinguir por las originadas por tumores malignos.⁽¹⁶⁾

2.- *oncológicas.* La incidencia de cán-

cer primario en la segunda mama es un factor a considerar por su frecuencia, que es del 2 al 15%, lo que supone una tasa anual del 1%. Su prevalencia está en función del tipo histológico y TNM del primero, así como de la duración y métodos empleados en el seguimiento. El grupo de alto riesgo de padecerlo, está constituido por las mujeres jóvenes con un primer tumor en estadio precoz y por tanto de favorable pronóstico, con antecedentes tumorales familiares y displasia mamaria avanzada en la segunda mama como la hiperplasia lobulillar atípica o carcinoma lobulillar in situ.^(18, 36)

En un estudio comunicado por nosotros en 1987, sobre 900 carcinomas mamarios tratados, detectamos una incidencia en segunda mama, del 5% con seguimientos de hasta 10 años. Estos segundos tumores primarios se diagnosticaron con menor tamaño, pero presentaron altos índices de afectación ganglionar axilar con importante disminución en la supervivencia. Por esta circunstancia cuando por razones estéticas se haya que remodelar la segunda mama, se puede valorar la adenomastectomía radical subcutánea con colocación inmediata de prótesis subpectoral, con unos excelentes resultados estéticos y evita además la problemática mamográfica que en el seguimiento se plantea, con las suturas quirúrgicas de las mamoplastias.^(17, 22, 26)

Aunque siempre queda un pequeño resto mamario retroareolar, que contiene el abocamiento de los galactóforos, la resección glandular puede hacerse prácticamente completa. Por otra parte el control de dicho resto es muy fácil, por estar situado sobre el plano fijo y relativamente rígido que supone la musculatura pectoral que cubre la prótesis. (Figura 3 Superior)

TRATAMIENTO CONSERVADOR VS RECONSTRUCCION

Dados los magníficos resultados que

se alcanzan con la RPM, puede plantearse una problemática sobre qué alternativa locorregional es la más adecuada para tratar un carcinoma mamario en estadios iniciales I y II. En algunos centros se ha recogido esta inquietud y se han diseñado protocolos, que randomizan el tratamiento conservador y la RPM inmediata tras la mastectomía, con idénticos resultados en cuanto al control locorregional.⁽²⁹⁾

Como problemática oncológica que es, cualquier decisión ha de tomarse desde esta perspectiva, huyendo de otros planteamientos que sitúan el tratamiento del cáncer de mama en una dinámica que intente evitar la mastectomía y ahorrar malos momentos a las pacientes. Cada estadio tiene tanto su indicación quirúrgica, como de otros tratamientos, que han de ejecutarse en todos sus pasos. La conservación mamaria es en ocasiones posible, pero dentro de unas presentaciones tumorales concretas. En muchos casos, la mastectomía radical es la técnica de elección, pasando la restitución corporal a un segundo nivel del tratamiento integrado. La reconstrucción diferida está dirigida a los grados de mayor avance locorregional de la enfermedad, y su materialización debe esperar, según se ha expuesto, a que los riesgos calculados de RL sean mínimos.

Pero en los casos en los que las pacientes aún no hayan sido intervenidas de su neoplasia, puede plantearse la disyuntiva de conservar o reconstruir. En los estadios iniciales del cáncer de mama, la RPM inmediata es la alternativa para los momentos en los que el tratamiento conservador no pueda o no deba practicarse, según las siguientes circunstancias, que podíamos denominar:

1.- criterios absolutos:

1.1.- Rechazo a la conservación por parte de la paciente, en base a los argumentos que considere oportunos, una vez haya recibido puntual información médica de la estrategia terapéutica a seguir.

1.2.- Dificultad por parte del cirujano en dejar una estética aceptable tras la intervención quirúrgica, ya sea:

2.a- por escaso tamaño de la mama, que tras la tumorectomía amplia quedaría con un volumen mínimo, o porque,

2.b- existan en la misma, retracciones o defectos estéticos, consecuencia de intervenciones o irradiaciones anteriores con motivo de padecimientos benignos o accidentales.

1.3.- Carcinomas intraductales extensos, que abarcan más de un cuadrante y de la variedad comedón.⁽²⁸⁾

1.4.- la insuficiencia de medios técnicos, propios o concertados, por parte del Centro en donde se pretende efectuar el tratamiento conservador, y su correspondiente seguimiento.

2.- Otras circunstancias, que se pueden calificar como *criterios-relativos* también son valorables a la hora de establecer la secuencia amputación-reconstrucción:

2.1.- Estar la paciente dentro del grupo de alto riesgo de RL tras tratamiento conservador, y que está constituido por las enfermas con menos de 35 años, con tumores de predominio intraductal o alta diseminación intralinfática peritumoral, con ganglios axilares afectos y receptores hormonales negativos.⁽³¹⁾

2.2.- Mamogramas previos al tratamiento conservador con microcalcificaciones difusas en toda la mama, lo que complica extraordinariamente el seguimiento.⁽⁴⁶⁾

2.3.- En los casos en los que por encontrarse dentro del grupo de alto riesgo de carcinoma de la segunda mama, se decida realizar una adenomastectomía con

colocación inmediata de prótesis.

2.4.- Cuando existan dificultades por parte de los radioterapeutas de irradiar homogéneamente toda la mama a tratar, generalmente por gigantomastias, expresadas en la consulta, que con los mismos y para estas ocasiones, debe establecerse siempre en el preoperatorio.

2.5.- En las pacientes mayores de 70 años, o tratadas de cánceres de otras localizaciones y que no desean ni quedar mutiladas ni someterse al tratamiento conservador y sus controles.

2.6.- Cuando se dan alteraciones del estado general, ya sean invalideces motoras sensoriales, ó enfermedades intercurrentes del tipo de diabetes, coronariopatías, etc. que aconsejen un tratamiento breve, no mutilante.

2.7.- Por recidivas locales, nodulares y de pequeño tamaño tras tratamiento conservador, en las que no sea factible la práctica de una segunda alternativa conservadora por imposibilidad técnica y rechazo de la paciente a la amputación

En todos estos casos podría efectuarse una RPM inmediata, de preferencia para aquellas presentaciones tumorales que estén dentro de las indicaciones estrictas de conservación. En definitiva, ésta debe ser la estrategia de elección sobre la base de que conservar con buena estética, es preferible a tener que recrearla. Existen situaciones minuciosamente pormenorizadas, en las que la alternativa amputación-reconstrucción inmediata puede y a veces debe ser contemplada. Esto no supone un antagonismo a la conservación, sino una colaboración con la misma, ya que ambas son distintas alternativas en el esfuerzo común de tratar de vencer la evolutividad del cáncer de mama.

BIBLIOGRAFIA

1. Aberizk, W.J., Sailer, B., Henderson, I.C.: The use of the radiotherapy for treatment of isolated locoregional recurrence of breast carcinoma after mastectomy. *Cancer* 1986; 58:1114-1118.
2. Ames, F.C., Balch, C.M.: Tratamiento de las recidivas locales y regionales después de la mastectomía. *Clin Quir N A* 1990; 5:1123-1133.
3. Beadle, G.F., Come, S., Henderson, J.C.: The effect of adjuvant chemotherapy on the cosmetic result after primary radiation treatment for early breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1984; 10:2131-2137.
4. Becker, H.: The expandable mammary implant. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79:631-635.
5. Bohmert, H., Strombeck, J.O.: Reconstruction of the breast. En: *Diagnosis and treatment of breast diseases*. pp:150-158. Edit. George Thieme Verlag Inc. New York. 1986.
6. Bostwick, III J. Md.: Breast reconstruction after mastectomy. *Sem Surg Oncol* 1988; 4:274-279.
7. Calle, R., Pilleron, J.P., Schlienger, P.: Conservative management of operable breast cancer. Ten years experience at the Foundation Curie. *Cancer* 1978; 42:2045-2053.
8. Clifford, E., Clifford, M.: Mastectomía y vulnerabilidad. En: *De la Plaza R.: El cancer de mama y su reconstrucción*. pp. 111-116. Edit. Altalena. Madrid. 1983.
9. De la Plaza, R.: Postmastectomy Reconstruction by a Contralateral Abdominomammary Flap. *Ann Plast Surg* 1981; 6:97-102.
10. De la Plaza, R.: International Symposium on Breast Reconstruction. Comunicación personal. Roma Mayo. 1985.
11. Dinner, M.I.: Reconstrucción después de mastectomía. *Clin Quir N A* 1984; 6:1219-1233
12. Dinner, M.I., Dowden, R.V.: Breast Reconstruction. *Cancer* 1984; 53:809-814.
13. Derhagopian, R.P., Zaworsky, R.E., Sugarbaker, E.V.: Management of locally recurrent breast cancer adjacent to prosthetic implants. *Amer J Surg* 1981; 141:590-592.
14. Feller, W.F., Holt, R., Spear, S.: Modified radical mastectomy with immediate breast reconstruction. *Am Surg* 1986; 52:129-133.
15. Fisher, B., Bauer, M., Margolese, R.: Five-years results of a randomized trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med* 1985; 312:665-673.
16. Freeman, B.S., Wiemer, R.: Total glandular mastectomy. Modifications of the subcutaneous mastectomy for use in premalignant disease of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1978; 62:167-172.
17. Goldwyn, R.: Subcutaneous mastectomy: perspectives and problems. *J Med Soc N J* 1977; 5:74-72.
18. Hankey, Curtis, Naughton: A retrospective cohort analysis of second breast cancer risk for primary breast cancer patients with an assessment of the effect of radiation therapy. *Am J Med* 1984; 20:60-66.
19. Harris, J.R., Beadle, G.F., Hellman, S.: Clinical studies on the use of radiation therapy as primary treatment of early breast cancer. *Cancer* 1984; 53:705-711.
20. Harris, J.R., Leveine, M.B., Svensson, G.: Analysis of cosmetic results following primary radiation therapy for stage I and II carcinoma of the breast. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1979; 5:257-261.
21. Jhonson, C.H., VanHeerden, J.A., Donahue, J.H.: Oncological aspects of immediate breast reconstruction following mastectomy for malignancy. *Arch Surg* 1989; 124:819-824.
22. Larue-Charlus, S., Goin, J.L.: La mastectomie sous-cutanée avec implant rétro-musculaire. *Swiss Med* 1986; 8:55-56.
23. Magno, L., Bignardi, M., Micheletti, E.: Analysis of prognostic factors in patients with isolated chest wall recurrences of breast cancer. *Cancer* 1987; 60:240-244.
24. Maillard, G.: Recommandations aux chirurgiens généraux et a tous les gynécologues pratiquant la mastectomie. *Swiss Med* 1986; 6:22-23.
25. Maxwells, G.P., McGibbon, B.M., Hoopes, J.E.: Vascular considerations in use of latissimus dorsi myocutaneous flap after mastectomy with axillary dissection. *Plast Reconstr Surg* 1979; 64:771-773.
26. Mayorca Valery, E., Kube Leon, R.: Mastectomía subcutánea. Prótesis mamaria retropectoral y colgajo subcutáneo de pedículo inferior para la reconstrucción mamaria. *Cir Plast Ibero-Latinoamer* 1982; 8:465-472.
27. Montoreano, I.E., Pujato, D.: Latissimus dorsi and rectus abdominis breast reconstruction post-mastectomy: musculocutaneous breast reconstruction. *Sem Surg Oncology* 1987; 3:245-257.
28. Moore, M.P., Kinne, W.: Patient selection criteria for conservative surgery versus mastectomy: Memorial Hospital Breast Service Experience. *World J Sug* 1994; 18:58-62.

29. Noone, R.B., Murphy, J.B., Spear, S.L.: A six-year experience with immediate reconstruction after mastectomy for cancer. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76:258-262.
30. Olivari, N.: The latissimus flap. *Br J Plast Surg*. 1976; 29:126-127.
31. Osteen, R.T.: Risk factors and management of local recurrence following breast conservation surgery. *World J Surg*. 1994; 18:76-80.
32. Pierquin, B., Marin, L.: The Past and Future of Conservative Treatment of Breast Cancer. *Am J Clin Oncol* 1986; 9:476-480.
33. Pawlias, K.T., Dockerty, M.B., Ellis, F.H.: Late local recurrent carcinoma of the breast. *Ann Surg* 1958; 148:192-198.
34. Radován, C.: Tissue expansion in soft tissue reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1984; 74:482-486.
34. Schefflan, M., Dinner, M.I.: The transverse Abdominal Island Flap. Part I: Indications, Contraindications, Results, and Complications. *Ann Plast Surg* 1983; 10:25-35.
36. Schnitt, S.J., Connolly, J.L., Harris, J.R.: Radiation-induced changes in the breast. *Hum Pathol* 1984; 15:545-550.
37. Sotter, A.T., McNeese, M.D., Ames, F.C.: Predicting the rate and extent of locoregional failure after breast conservation therapy for early breast cancer. *Cancer* 1989; 64:2217-2225.
38. Strax, Ph.: Imaging.Follow-up of breast cancer reconstruction cases. *Cancer* 1991; 68:1157-1158.
39. Recht, A., Schnitt, S.J., Connolly, J.L.: Prognosis following local o regional recurrence after conservative surgery and radiotherapy for early stage breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988; 16:3-9.
40. Valagussa, P., Bonadonna, G., Veronesi V.: Patterns of relapse and survival following radical mastectomy. *Cancer* 1978; 41: 1170-1178.
41. Van Vorst Vader, A.E., Berman, R.: Grados de satisfacion de las pacientes tras la reconstrucción de la mama. Estudio psicologico. En: *De la Plaza, R. El Cancer de Mama y su Reconstruccion*.pp 125-127. Edit. Altalena. Madrid. 1983.
42. Vazquez Albaladejo, C., Bolufer Cano, J., Sancho Merle, F.: Tratamiento quirurgico de las recidivas locorregionales del cancer de mama. *Cir Esp* 1984; 38:15-176
43. Vazquez Albaladejo, C., Vilar Sanchis, D.: Colgajo miocutaneo del latissimus dorsi. Experiencia de 68 casos. *Cir Esp*. 1990; 48:63-70.
44. Vazquez Albaladejo, C., Camps Roig, J.F., Vilar, D.: Colgajo miocutaneo transverso abdominal: su aplicación al tratamiento quirúrgico del cáncer de mama recidivado. *Cir Plast Ibero-Latinoamericana* 1984; 10:253-259.
45. Veronesi, U., Zucali, R., Del Vecchio, M.: Conservative treatment of breast cancer with the Q UART technique. *World J Surg* 1985; 9:676-681.
46. Veronesi, U., Luini, A., DelVecchio, M.: Radiotherapy after breast-preserving surgery in women with localized cancer of the breast. *N Engl J Med*. 1993; 328:1587-1591.