



**II CONGRESO
ESTATAL DE
ASOCIACIONES
DE CÁNCER
DE MAMA**

INFORMAR PARA PREVENIR

INFORMAR PARA DECIDIR

ZARAGOZA

23 · 24 · 25 MAYO · 97

2. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Ponente:

Dr. CARLOS VÁZQUEZ

Jefe Servicio de Cirugía del Instituto

Valenciano de Oncología.

VALENCIA

Como es natural quiero agradecer al Comité organizador del Congreso su amable invitación, que me proporciona la posibilidad de estar entre ustedes así como el tener la posibilidad también de verme con antiguos amigos, no con viejos amigos, como son el doctor Antón, y el doctor Lanzón, compañeros de otros eventos como éste y con los que mantenemos una amistad de mucho tiempo.

Les voy a hablar a ustedes de las posibilidades quirúrgicas frente al cáncer de mama tanto desde el punto de vista de lo que es la cirugía primaria como las posibilidades de la cirugía reconstructora.

La historia del cáncer de mama ha sido una historia quirúrgica hasta la década de los 70, en la que el mejor conocimiento de la biología del tumor ha condicionado algo tan burdo como perseguir una célula enferma, con un bisturí, que era compatible durante muchos años con nuestros conocimientos. Afortunadamente el esquema ha cambiado y lo que se ha definido como una enfermedad de la molécula, como la molécula enferma, ya no se trata con los métodos técnicamente sofisticados pero conceptualmente burdos, como es el empleo de la cirugía.

En este momento las cosas han cambiado mucho y creo que en general para bien.

Les voy a explicar un poco qué es lo que los cirujanos durante muchos años han hecho, o de alguna manera no han tenido más remedio que hacer, porque los medios no eran todo lo deseables que quisiéramos. Actualmente disponemos de una metodología, y de un armamentario complejo, sofisticado, que en definitiva podemos discriminar en qué momento ya sea inicial o avanzado de la evolución del cáncer de mama, podemos usarlo.

Pero para llegar a esta situación han transcurrido muchos años, desde finales del siglo pasado en que empezaron a definirse las posibilidades quirúrgicas. En la mama siempre se ha argumentado que la diseminación de los tumores, tendría que hacerse a través de las redes linfáticas, rebasadas las cuales se producía el paso de las células tumorales a la sangre.

Este esquema se ha venido en llamar halstediano, en base al autor norteamericano que lo describió. Este esquema de tratamiento es todavía válido para cualquier cáncer, desde el punto de vista quirúrgico, cuando operamos un tumor maligno de laringe hacemos un Halsted, cuando operamos un cáncer de recto estamos haciendo un Halsted porque intentamos también reseca todas las zonas de diseminación linfática del tumor.

La evolución de la técnica quirúrgica antes del año mil ochocientos se basaba en pequeñas resecciones locales y evolucionó a resecciones mucho más amplias hasta lo que se ha llamado mastectomía radical ampliada. Todo ello porque la anestesia mejoró, porque mejoró la antisepsia, porque vinieron los antibióticos y porque vinieron las unidades de cuidados intensivos y por lo tanto la cirugía pudo ser una agresión controlada mucho mayor. Pero se vio con el tiempo, que los resultados en cuanto a supervivencia no mejoraban con una mayor extirpación, por lo que los propios cirujanos nos replanteamos nuestra

situación, volviendo a resecciones menores como las que estamos haciendo.

Se llegó a esta evolución porque analizamos nuestros resultados, a largo plazo, y porque empezó a aparecer la Radioterapia, aproximadamente en la década de los 40. Radioterapia de supervoltaje, radioterapia eficaz y posteriormente porque la quimioterapia y la inmunoterapia pudo colaborar en la década de los 70.

De manera que hay una serie de alternativas, William Stewart Halsted, a finales del siglo pasado en Estados Unidos, estudió la evolución de sus resultados, y comprobó que la supervivencia de las pacientes mejoró conforme pasaban los años: la supervivencia a 5 años del 26%, estaba pasando, al 50% de las pacientes tratadas. Y en el análisis de los resultados de este mismo autor, que hacía una mastectomía total con extirpación de pectorales, siempre ejecutada por él mismo, con la misma técnica, y su técnica suponía 6 horas de duración en el quirófano, empezó a verse que las pacientes se curaban más porque se diagnosticaban antes, no porque la cirugía fuera cada vez mejor. Análisis posteriores con distintas técnicas de mastectomía, ya fueran con extirpación o con conservación de pectorales, e incluso algunas con resección de la cadena mamaria interna, prácticamente a los 10 años tenían unas supervivencias muy iguales (62%, 61% y 57%). Por tanto a mayor resección no aumentaban las posibilidades de curación. Este autoanálisis lo hicimos los propios cirujanos y vimos también que cuando empezamos a disponer de radioterapia de alto voltaje, complementaria de la cirugía, como la que disponemos en este momento, las posibilidades de supervivencia a 10 años eran las mismas, si no se extirpaba la mama, se quitaba sólo el tumor y se irradiaba, que cuando se extirpaba la mama. Por tanto, la curabilidad era la misma, a igual tamaño tumoral, tanto si se amputaba la mama, como si se hacía una resección tumoral y se irradiaba, la mama, con buena tecnología. Supone una ventaja para la paciente ya que evita una mutilación. En esta progresión empezó a comprenderse que la mastectomía

radical, la amputación, todavía tendría un lugar, pero que también era posible la conservación de la mama frente al cáncer. ¿Y dependiendo de qué? Dependiendo fundamentalmente del tamaño tumoral, que fundamentalmente depende del momento que se diagnosticara, en orden a la precocidad.

Pero algunas cosas fallaban; pacientes con el mismo tamaño del tumor, pero con una malignidad histológica del tumor menor tenían unas posibilidades de supervivencia mayores que aquellas que tenían un tumor más agresivo, o sea más maligno.

Vimos que además del tamaño tumoral que era menor al diagnosticar pronto, la biología intrínseca del tumor también afectaba en la supervivencia. Luego ese concepto de resección quirúrgica como único factor pronóstico empezaba a cuestionarse. De hecho, ese modelo en la actualidad no es válido.

¿Qué hacer para mejorar los resultados? En principio, como ya se ha dicho, hay que diagnosticar antes.

Entre las formas de presentación, los tumores no palpables son los que con menor tamaño, al ser lesiones que todavía no han debutado clínicamente, permiten un tratamiento no mutilante y un mejor pronóstico.

Aumentar este número de diagnósticos han contribuido las campañas screening, que han demostrado que efectivamente la detección precoz de la enfermedad mejora la supervivencia. Previamente, uno de los problemas que se planteaba con el screening era el hecho de si diagnosticar antes el cáncer suponía el modificar la evolución de la enfermedad aunque la tratemos. ¿Va a cambiar la marcha evolutiva en el organismo aunque se diagnostique y se trate antes? Es un hecho absolutamente comprobado que sí, que a un diagnóstico temprano corresponde una mayor supervivencia.

Los beneficios del cribado o screening de población son básicamente el aumentar la supervivencia. Ese ensayo clínico está hecho funda-

mentalmente en los Estados Unidos hace 25 años en dos ensayos en Nueva York y repetido por grupos europeos y algunos nacionales. Pero hay una controversia frente a lo que es el cribado de población o los centros de diagnóstico precoz, que todavía no está resuelta, que desde luego es muy interesante, aunque no sea el momento para disentirla.

Efectivamente diagnosticar antes el cáncer prolonga la vida, acorta la evolución del tumor y además permite un tratamiento no mutilante. Estas son las finalidades del cribado de población.

Algunos resultados nuestros ilustran estos hechos. En un grupo de 235 pacientes diagnosticadas de sospecha por microcalcificaciones en mamografías, con un arponcito que se mete para localizarlas (biopsia estereotáxica) y la pieza quirúrgica de extirpación, encontramos que el 60% eran benignos pero el 38% eran malignos, con 2 cm.

¿Qué pasó con estas pacientes? El 86% o sea que estas mujeres tenían un tumor menor de dos centímetros y que además el 84% tenían ganglios negativos. Es decir, eran formas iniciales del tumor absolutamente curables, sólo diagnosticables por una mamografía; y en las que y además pudimos conservar la mama en el 70% de las pacientes. Luego los ensayos de screening se han demostrado como útiles también en nuestro entorno y estos son los resultados: pudimos conservar en la mayor parte de las pacientes, y además en la mayor parte de las pacientes eran tumores muy pequeños y desde luego con ganglios negativos.

Para eso está diseñado el tratamiento conservador que es el tratamiento de elección en estudios iniciales, y que técnicamente consiste en quitar el tumor, con márgenes libres y vaciar la axila por otra o por la misma incisión.

Aunque hace falta comprender que el tratamiento conservador tiene que conservar algo que cosméticamente esté muy bien.

Las incisiones quirúrgicas pueden ser en continuidad o separadas. No se puede hacer tratamiento conservador si no tenemos una buena radioterapia, para irradiar todo el volumen mamario.

Para este tipo de tratamiento, es necesario diagnosticar tumores pequeños y con ganglios axilares clínicamente negativos o a lo más, con alguna palpación sospechosa. Además una serie de condicionantes que podíamos denominar relativos para lograr un buen resultado, tales como que el volumen tumor-mama sea adecuado, que la radioterapia sea eficaz y que la paciente esté dispuesta a hacer un seguimiento mínimo. Algunos criterios de exclusión son muchos ganglios, axilares afectos, tumor difuso, multicéntrico, radiologicamente, o una mama muy pequeña. Con ello además de erradicar la enfermedad, se logra un resultado cosmético excelente.

Se logra que con el diagnóstico precoz, tumores pequeños se traten conservando la mama mediante este tratamiento y con una buena supervivencia a largo plazo (85% de pacientes libres de enfermedad a 5 años).

Finalmente queda el aspecto de las reconstrucciones postmastectomía. Hay un modelo norteamericana, Natuxa, que estaba mastectomizada y que salió en el New York Times, un poco minusvalorando la función de la mama en la mujer, la mujer no es el pecho, efectivamente, no es sólo un pecho, pero también como ya se ha comentado anteriormente, la calidad de vida es muy importante y no cabe duda que tener una buena cosmética corporal lo es.

Las reconstrucciones han planteado siempre los problemas de si inmediatamente con la mastectomía o después de ella, pasados unos meses. Esta decisión se plantea porque siempre hemos tenido la duda de que si se reconstruye, una posible recidiva local no se diagnosticaría pronto.

Aunque esto en términos absolutos es así, hoy en día con la nueva tecnología no lo es tanto, sobre todo usando la tomografía computeriza-

da o la resonancia nuclear magnética que permiten observar la prótesis y la pared torácica de manera que en las pacientes reconstruidas esa duda, que había a la posible caída local es menor y el seguimiento se puede hacer muy bien con tecnología y con expertos.

La reconstrucción evidentemente la paciente la tiene que desear, es deseable que no exista enfermedad activa y que las probabilidades de recidiva local que sean mínimas. Tras la mastectomía por tumores muy grandes irradiados, es bueno esperar un cierto tiempo, pero en otros casos, se puede hacer antes, disponiendo de una serie de posibilidades de técnicas quirúrgicas.

Por ejemplo, una paciente con una mastectomía y una segunda mama enorme, grande, baja, que hipotéticamente podría tener problemas en un futuro, pero bueno ahí está y lo que está claro es que por parte de los cirujanos tenemos que intentar resolver este tema, ¿con qué? Pues con esta serie de técnicas, fundamentalmente: con colgajos que llamamos cutáneos, es decir solamente de piel o músculo-cutáneos, que son grandes superficies de piel traspuesta de un sitio a otro con grasa subyacente y que para nutrirse necesita un eje vascular. Ese eje vascular lo puede dar magníficamente un músculo a través de su pedículo que es el eje nutricional del músculo. Esos colgajos músculo-cutáneos en oncología han venido a sustituir la microcirugía.

Se usan para reparar el labio con colgajos pectorales, reparar los márgenes anales con colgajos glúteos, y reparamos mamas con colgajos músculo-cutáneos de vecindad. Para mama fundamentalmente el músculo dorsal ancho, desde la espalda, o el llamado colgajo transversal abdominal, cuyo acrónimo es TRAM.

En muchos casos se puede hacer una reconstrucción directa, cuando en la paciente se han conservado los pectorales en la intervención y cuando no ha recibido radioterapia. Pues se puede hacer directamente con una prótesis o con un expansor, al que se le va dando volumen y se va inyectando suero fisiológico. No consideramos correcto utilizar

un expansor en pacientes irradiadas, porque puede ocurrir una extrusión o sea que rompe la piel, porque la piel sometida a radiación pierde toda su elasticidad.

El expansor da un buen volumen y luego se sustituye por una prótesis. Es un buen sistema cuando la paciente tiene una gran segunda mama.

En definitiva, se puede primero poner el expansor y luego la prótesis o directamente la prótesis, más tarde la colocación de la areola y el pezón con buenos resultados cosméticos. Si además la paciente tiene la buena suerte de no hacer cicatrices queloides la cicatriz de la mastectomía puede llegar a ser prácticamente imperceptible. Es decir en pacientes que no han llevado radioterapia la reconstrucción directa es posible mediante la colocación de un expansor para dar volumen, o con la colocación de una prótesis directa.

En las pacientes que han llevado radioterapia, la reconstrucción es más difícil y para ello disponemos de los colgajos músculo-cutáneos. Una alternativa es usar el colgajo músculo-cutáneo del gran dorsal, el gran músculo de la espalda, es el músculo que los atletas tensan para remarcar muy bien, que tiene un buen eje vascular. Para su uso es fundamental que este eje, el cirujano lo haya conservado en el momento de la mastectomía, porque a veces hay quirúrgicos que lo cortan y se pierde una posibilidad de reconstrucción. Debe de conservarse por todos los medios en el momento de hacer la mastectomía, excepto cuando por una gran infiltración ganglionar axilar, no haya más remedio que seccionarlo.

Desde la espalda se pasa a la pared anterior del tórax con una isla de piel suprayacente. Esa isla de piel que coincide con la copa del sujetador, permite albergar una prótesis a colocar en la misma intervención.

Esa es una buena técnica, técnicamente no compleja. La posición quirúrgica es en decúbito lateral, la isla de piel se talla, se disecciona, con un

buen colgajo muscular y con la isla de piel por encima se traspone, tunelizándolo, hacia la zona de la mastectomía.

En los pacientes que han llevado radioterapia muchas veces el color de la piel de la isla al principio es distinto, pero el resultado es muy bueno con la prótesis ya colocada.

En otros casos, cuando la paciente tiene una adiposidad abdominal marcada podemos usar de lo que algunos autores llaman la tercera mama. Se utiliza toda la cantidad de piel, que abarca desde el pubis hasta el ombligo y desde una cresta ilíaca hasta la otra. Se puede emplear también como colgajo músculo-cutáneo con el apoyo vascular de los músculos rectos anteriores del abdomen, son los músculos que están en zona paramedial, que tienen además un doble pedículo vascular, uno superior que se llama la mamaria interna o epigástrica superior y otro caudal que es la epigástrica inferior que viene desde la ingle.

Este colgajo lo utilizamos o bien pivotando sobre la epigástrica superior, es decir rotándolo hacia arriba, para reconstruir mama y pared de tórax o bien rotándolo hacia abajo para reconstruir ingle o pierna, incluso pared abdominal. Es un colgajo magnífico que proporciona una gran cantidad de tejido, que es muy seguro porque estos vasos son muy fuertes y que los resultados cosméticos, son excelentes.

Tras la toma de piel, desde ombligo a pubis, se puede llevar para arriba. Se puede utilizar un músculo o los dos; como apoyo vasculonervioso. Todo el complejo se tuneliza por debajo de la piel y exterioriza en la zona de la mastectomía que queremos reconstruir.

Algunos inconvenientes de los colgajos músculo-cutáneos son el que necesariamente precisan de dos cicatrices, porque es una isla de piel que se traspone, al área receptora para dar expansión.

Posteriormente muchas pacientes no quieren ponerse luego la areola y el pezón, dicen que están muy bien de esa forma y no lo desean. Como es natural se respeta su opinión.

En general se suele utilizar un injerto libre de piel de áreas pigmentadas, generalmente de la ingle para hacer las areolas y un fragmento del segundo pezón para hacer el pezón. Pero hay otras técnicas; como pequeñas plastias de vecindad, usar una porción del cartilago de la oreja, etc...

También puede realizarse el pezón tatuado, sin el injerto. No está indicado injertar el pezón en pared abdominal al hacer la mastectomía, preservándolo para usarlo otra vez cuando se reconstruye. Desde un punto de vista oncológico esto es absolutamente condenable.

Los resultados son buenos, en términos generales, cuando las cosas se hacen bien.

En definitiva, aunque supervaloración del aspecto mamario, no es lo más importante dentro de la vida de una paciente amputada por un cáncer de mama, no cabe duda de que la reconstrucción es una alternativa que en los últimos años está perfectamente definida, que tienen unos pasos perfectamente delimitables y que bien hecha proporciona resultados magníficos que en definitiva contribuyen a mejorar la calidad de vida y como tantas veces hemos dicho, a vivir como antes.