



DR. CARLOS VÁZQUEZ ALVADALEJO  
Cirujano de qGEICAM  
Servicio de Cirugía General del Aparato Digestivo  
IVO (Instituto Valenciano de Oncología)  
Valencia

## La cirugía en el cáncer de mama: Presentación del qGEICAM

Tradicionalmente por razones de necesidad y de eficacia la Cirugía ha sido la única arma terapéutica frente al cáncer de mama. Al abrigo de conceptos halstedianos la extirpación de la mama y sus áreas ganglionares de drenaje ha sido el patrón de resección habitual durante años.

Con la mejora en las técnicas anestésicas y la evolución de la antisepsia las extirpaciones quirúrgicas fueron mayores, llegando incluso a realizarse linfadenectomías cervicales, hasta que los primeros estudios cooperativos europeos de los años 70, demostraron que las mastectomías en cualquiera de sus variantes, proporcionaban dentro del mismo estadio iguales supervivencias. Técnicas como las de Halsted, Madden, Patey-Merola, Auchincloss, etc... con amplitudes distintas en sus niveles de resección que comprenden los músculos pectorales o no, linfadenectomías parciales o completas axilares, de la mama interna, etc... no cambian los resultados a largo plazo.

Pero los malos resultados de algunas mujeres sin afectación ganglionar cuestionaron la validez del halstedianismo mecanicista, consolidándose el concepto de que la enfermedad es sistémica desde su inicio y por lo tanto la posibilidad de la diseminación hematológica está siempre presente. Los resultados de los tratamientos farmacológicos adyuvantes mejorando la supervivencia han sido buena prueba de ello.

La implantación de la mamografía como técnica diagnóstica de elección y su extensión a las mujeres asintomáticas para la detección precoz de la enfermedad, junto a la mejora de la tecnología de la radioterapia, y cómo negarlo, la negativa de algunas pacientes a la mastectomía cuando eran portadoras de tumores pequeños, consolidaron el tratamiento conservador. Todos los grupos han comprobado que realizado de forma correcta su validez es incuestionable.

Como consecuencia de todo ello, la Cirugía se ha reconvertido disponiendo en la actualidad de una estrategia diferente según el momento de la enfermedad en que se encuentre la paciente.

En estadios iniciales el tratamiento conservador está totalmente consolidado, pero siempre y cuando la cirugía contemple unos condicionantes técnicos que eviten la recidiva local. En algunos casos en estos estadios la mastectomía puede ser necesaria, generalmente por condiciones locales, derivadas de que la proporción entre el tamaño tumoral y el de la mama, condicionaran el resultado cosmético definitivo.

Es en estas situaciones en donde la quimioterapia primaria tiene una adecuada indicación. La progresión de la enfermedad es excepcional y las buenas respuestas han obligado a los quirúrgicos a dise-

ñar estrategias de marcaje tumoral pretratamiento porque no es infrecuente el no poder determinar el lugar exacto en donde estaba el tumor primario, lo que puede llevar a errores en la extirpación y una mayor posibilidad de recaída local. Cuando por contraindicación del tratamiento conservador la mastectomía sea necesaria, la reconstrucción inmediata puede contemplarse ya sea con un expansor tisular o una prótesis definitiva de inicio.

Existen momentos de la enfermedad en los que la cirugía de rescate es necesaria, porque los tumores ya han sido pretratados y se han hecho refractarios a los tratamientos médicos y/o radioterápicos. Esto ocurre en los estadios avanzados y en las recaídas locales de la enfermedad ya sea tras mastectomía o tratamiento conservador, en los que se debe extirpar la totalidad de la lesión, en ocasiones más allá del contorno mamario, tanto en extensión como en profundidad. Para ello se disponen de una amplia diversidad de técnicas, básicamente para la cobertura tras la exéresis lesional y que se engloban en lo que ha venido en llamarse cirugía oncoplástica.

Una nueva proyección para la cirugía se está planteando para resolver el problema de las mujeres con alto riesgo de cáncer de mama. El cambio de los factores tradicionalmente considerados, básicamente los precursores histológicos a los genéticos como es el conocimiento de la posible mutación de los genes oncosupresores ha supuesto una mejor aproximación al riesgo real de contraer la enfermedad. La mastectomía total con reconstrucción es la solución tradicional pero la mastectomía subcutánea, aún siendo una técnica por validar, puede ser una buena alternativa, ya que con una mejor cosmesis se puede también eliminar el riesgo.

Nuevas alternativas se añaden a la actividad quirúrgica tradicional. El estudio preoperatorio extemporáneo de los tumores está pasando a un segundo lugar porque los métodos diagnósticos invasivos tanto en lesiones palpables como en las no palpables permiten su diagnóstico preoperatorio lo que posibilita arbitrar una estrategia adecuada para cada situación y dirigida como es lógico a lograr métodos quirúrgicos conservadores. La braquiterapia intraoperatoria incluso con la posibilidad de irradiación exclusiva de la mama sólo en el lecho de la tumorectomía precisa de una colaboración muy estrecha del cirujano y radioterapeuta en el momento de la implantación de los vectores.

Pero el mismo acto quirúrgico realizado por distintos profesionales tiene una variabilidad individual que en ocasiones es muy marcada. Esto deriva de la esencia misma de la cirugía, una actividad realizada manualmente. Por lo tanto una de las finalidades de los grupos cooperativos es aunar criterios sobre todo metodología técnica con el fin de homogeneizar los procedimientos. Un ejemplo característico es el estudio de los márgenes de resección de un carcinoma. Existen varias formas de prepararlos para su estudio desde el punto de vista quirúrgico y las consecuencias terapéuticas que se derivan de ello son muy distintas en lo referente al tratamiento local complementario. Igualmente algunas técnicas quirúrgicas requieren de entrenamiento por su complejidad, no tanto cuanto que se pueda alcanzar una satisfactoria radicalidad quirúrgica como por su condicionante estético. El mismo tratamiento conservador participa de esta problemática.

Como toda actividad médica la cirugía de la mama dispone de unos mecanismos de control de calidad semejantes al de otras especialidades. Mortalidad, tasa de recidivas locales, número de ganglios extirpados, etc..., son algunos de ellos pero a los que se añade como se ha comentado, el que los resultados finales participen de una buena cosmesis. La inclusión de las técnicas de reconstrucción inmediata o diferida obligan a resultados satisfactorios.

Consecuentemente la coordinación constante entre los especialistas que elaboran y desarrollan el tratamiento del cáncer de mama ha de ser continua, no solo desde los momentos iniciales de la enfermedad en los que se planifica la parte inicial del tratamiento a través de los Comités Tumorales y Ensayos Clínicos, sino también durante el seguimiento de la misma. Afortunadamente las nuevas terapias combinadas y la eficacia de algunos fármacos en la enfermedad metastásica hacen necesario el abordaje puntual de algunas lesiones, ya sea en el momento de su diagnóstico o como enfermedad residual.

La inclusión de un grupo quirúrgico en GEICAM no solamente es la expresión de una excelente política de colaboración sino la mejor solución para que muchos de los estudios y ensayos de tratamientos en la fase local de la enfermedad y algunos en fase metastásica tengan, en cuanto a la actividad quirúrgica se refieren una homogeneidad instrumental adecuada y desde un punto de vista global permite un trabajo integral permanente que seguro posibilitará excelentes resultados.