

EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSTERIOR A LA MASTECTOMÍA

EN EL INSTITUTO DE ONCOLOGIA "LUIS RAZETTI" 2000-2004

GIUSEPPE PASQUALE¹, HENRY LARES¹, CLAUDIA GONZÁLEZ¹, ALCIMAR VERDES¹, DENISE MATTAR¹, ANA HOLLEBECQ², JOSÉ L. SABOIN², PEDRO MARTÍNEZ¹

¹SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA, ²SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA, INSTITUTO DE ONCOLOGÍA LUIS RAZETTI, CARACAS, VENEZUELA.

RESUMEN

OBJETIVOS: Revisar la experiencia en reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía en un grupo de pacientes tratadas por cáncer de mama. **MÉTODOS:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes con cáncer de mama sometidas a reconstrucción mamaria posterior a una mastectomía entre enero de 2000 y diciembre de 2004. Se registró edad, estadio de la enfermedad, tiempo en que se efectuó la reconstrucción, técnica utilizada y complicaciones. **RESULTADOS:** Un total de 146 pacientes fueron sometidas a reconstrucción mamaria, con edad promedio de 41 años. A 110 pacientes se les realizó la reconstrucción con colgajo miocutáneo de dorsal ancho (75,3 %) y a 36 pacientes con colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen (24,7 %). En 69,9 % de las pacientes el procedimiento de reconstrucción fue realizada en forma inmediata. El 30,8 % de las pacientes presentaron complicaciones secundarias al procedimiento de reconstrucción. La principal complicación en la reconstrucción con colgajo de dorsal ancho fue la formación de contractura capsular sintomática (28,8 %). La complicación más frecuente con el colgajo de recto anterior fue la eventración abdominal (13,3 %). **CONCLUSIONES:** La reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía representa un procedimiento seguro, que puede ser realizado de manera inmediata a la mastectomía, empleando diversas técnicas quirúrgicas. El tratamiento adyuvante con radioterapia no afecta de manera significativa sus resultados estéticos, con un gran beneficio psicológico para la paciente mastectomizada. Igualmente se puede realizar en cualquier estadio sin afectar la morbilidad posoperatoria.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, tratamiento, cirugía, reconstrucción mamaria, mastectomía.

Recibido: 31/07/2005 Revisado: 12/08/2005
Aprobado para Publicación: 16/11/2005

SUMMARY

OBJECTIVES: Analyze the experience with breast reconstruction after mastectomy in a group of patients who received treatment for breast cancer. **METHODS:** Retrospective review of the medical charts of female patients with a diagnosis of breast cancer who underwent breast reconstruction following mastectomy between January 2000 and December 2004. Age, tumor stage, time between radical surgery and breast reconstruction, surgical technique and postoperative complications were registered. **RESULTS:** A total of 146 patients underwent breast reconstruction, with a mean age of 41 years. In 110 patients breast reconstruction was performed with a myocutaneous latissimus dorsi flap (75.3 %) and in 36 patients a rectus anterior abdominal flap was done (24.7 %). In 69.9 % of patients breast reconstruction was done immediately after mastectomy. Postoperative complications due to the reconstructive procedure were seen in 30.8 % of patients. The main complication after latissimus dorsi reconstruction was a symptomatic capsular contraction (28.8 %), whereas after a rectus anterior abdominal flap, the abdominal incisional hernia was most commonly observed (13.3 %). **CONCLUSIONS:** Breast reconstruction after mastectomy is a safe procedure and can be done immediately after mastectomy, employing diverse surgical techniques. Adjuvant radiotherapy does not affect significantly the cosmetic results. These procedures offer considerable psychological benefits to the mastectomized patient and can be performed in any tumor stage without notably influencing postoperative outcome.

KEY WORDS: Cancer, breast, treatment, surgery, breast reconstruction, mastectomy.

Correspondencia: Dr. Denise Mattar F.
Servicio de Patología Mamaria, Instituto de Oncología
"Luis Razetti", Calle Real de Cotiza, San José, Cotiza,
Caracas. Venezuela. Telf. 58416- 6257080 / 58212-
2428381 - E-mail: dmattar@cantv.net

INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años, hemos visto gran avance en la evolución de la cirugía reconstructiva de la mama posterior a la mastectomía por cáncer. Desde la introducción en 1982 de la técnica para la reconstrucción con colgajo miocutáneo del recto abdominal (TRAM) por Hartrampf y col.⁽¹⁾, se han descrito muchas otras opciones entre la que se incluyen el uso de prótesis y expansores⁽²⁾, colgajos dermograsos, miocutáneos e injertos libres⁽³⁾. La selección del procedimiento adecuado depende de múltiples factores tales como: la edad del paciente, estadio de la enfermedad, hábito tabáquico, obesidad, necesidad de tratamiento adyuvante, experiencia y capacidad técnica del centro donde se va a realizar la reconstrucción, entre otros⁽⁴⁾.

Similarmente el momento de la realización del procedimiento, bien sea inmediatamente posterior a la mastectomía o de manera diferida, depende del centro donde se realice el tratamiento⁽⁵⁾. Hay autores que defienden las reconstrucciones diferidas (entre 6 meses a 1 año posterior a la mastectomía), basándose en la posibilidad de recurrencia local, la necesidad de tratamiento adyuvante y su posible efecto deletéreo en los colgajos y el impacto psicológico sobre la paciente que permaneció un tiempo "mutilada" y que ahora tiene la ventaja de la reconstrucción. Sin embargo, la mayoría de los centros recomiendan que ésta se haga de manera inmediata, puesto que múltiples estudios sugieren que no existe diferencia en cuanto a seguimiento, recurrencia local y sobrevida libre de enfermedad, sumado a la mejoría sobre el estatus psíquico y la necesidad de menos intervenciones quirúrgicas.

El objetivo de este trabajo es revisar la experiencia en reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía en las pacientes tratadas con cáncer de mama en el Instituto de Oncología

Luis Razetti, sus características y complicaciones.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, revisando las historias clínicas de las pacientes con cáncer de mama que fueron sometidas a reconstrucción posterior a una mastectomía, en el Instituto de Oncología Luis Razetti, entre enero de 2000 hasta diciembre de 2004.

Se determinó edad, estadio de la enfermedad, tiempo en que se efectuó la reconstrucción, técnica utilizada, y complicaciones posoperatorias.

RESULTADOS

Un total de 146 pacientes fueron sometidas a reconstrucción mamaria por el Servicio de Cirugía Plástica del Instituto de Oncología Luis Razetti entre enero de 2000 y diciembre de 2004. La edad de las pacientes varió desde los 25 hasta los 61 años con un promedio de 41 años. Quince pacientes tenían diagnóstico de carcinoma *in situ* (10,3 %), 10 (6,8 %) cáncer de mama estadio I, 70 (47,9 %) pacientes estadio II, 46 (31,5 %) estadio III y 5 (3,4 %) estadio IV.

Las dos técnicas quirúrgicas utilizadas para estas pacientes fueron el colgajo miocutáneo de dorsal ancho y de recto anterior del abdomen (TRAM). En el caso del TRAM todos los colgajos fueron bipediculados. A 110 pacientes se les realizó la reconstrucción con dorsal ancho (75,3 %) y a 36 pacientes con TRAM (24,7 %).

En el 69,9 % de los pacientes el procedimiento de reconstrucción fue realizada en forma inmediata (102 pacientes). En el restante 30,1 % (44 pacientes) se realizó el procedimiento reconstructivo de manera tardía, entre 1 a 10 años posterior a culminar el tratamiento adyuvante, con un promedio de 3,14 años.

De las pacientes a quienes se les realizó la reconstrucción con dorsal ancho, en 85 pacientes se realizó de manera inmediata y en 25 de manera diferida. De las pacientes reconstruídas con colgajo TRAM, 17 fueron realizadas de manera inmediata y 19 en forma tardía.

El 30,8 % de las pacientes presentaron complicaciones secundarias al procedimiento de reconstrucción. La principal complicación posoperatoria (28,8 % del total de complicaciones) fue la formación de contractura capsular sintomática en la reconstrucción con colgajo miocutáneo de dorsal ancho. La complicación más frecuente en los pacientes que se reconstruyeron con colgajo tipo TRAM fue la eventración abdominal (13,3 %). Hubo necrosis del colgajo en 6,6 % de los pacientes, 2 con dorsales y 1 con TRAM. Las complicaciones inmediatas del procedimiento, independientemente del tipo de colgajo utilizado, fue epidermiolisis (22,2 %), seromas (13,3 %) y celulitis (6,6 %). Seis de 105 pacientes con prótesis como parte de la reconstrucción presentaron extrusión y rechazo de la misma. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Frecuencia y tipo de complicaciones en las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria. Instituto de Oncología Luis Razetti 2000-2004.

Complicación	Nº
Formación de cápsula	13
Epidermiolisis	10
Seroma	6
Eventración	6
Extrusión de prótesis	4
Necrosis	3
Celulitis	3
Total	45

Del total de pacientes, 106 recibieron radioterapia adyuvante y de éstas, 33 presentaron complicaciones (31,1 %). De las 40 restantes que no recibieron radioterapia, 12 tuvieron complicaciones con la cirugía reconstructiva (30 %). (Cuadro 2).

Cuadro 2. Frecuencia de las complicaciones según estadio de la enfermedad y la aplicación de tratamiento radiante.

Estadio	Radioterapia		Sin radioterapia	
	Compl.	Sin compl.	Compl.	Sin compl.
0	-	-	6	7
I	-	1	-	4
II A	6	17	4	4
II B	11	22	-	3
III A	4	20	-	2
III B	11	11	2	4
IV	1	2	-	4
Subtotal	33	73	12	28
Total	106		40	

Se observó recaída local en 5 pacientes, que representa el 3,42 % del total de la muestra.

DISCUSIÓN

En las últimas décadas la reconstrucción mamaria se ha convertido en parte fundamental del tratamiento integral de las pacientes con cáncer de mama.

Las pacientes candidatas ideales a reconstrucción son aquellas pacientes que a pesar de presentarse en estadios tempranos de la enfermedad, no son susceptibles de ser sometidas a tratamiento quirúrgico conservador, debido a la relación mama/tumor. En nuestra revisión la mayoría de las pacientes (65 %) se encontraban en estadios tempranos de la enfermedad (estadios 0, I y II). Sin embargo, un grupo

considerable de pacientes (45 % restante) se encontraban dentro de los estadios más avanzados (III y IV), lo que demuestra la factibilidad técnica del procedimiento en este grupo de pacientes, similar a los resultados descritos en la literatura⁽⁶⁾.

La realización de procedimientos reconstructivos en tipo y número varía ampliamente de un centro a otro, desde un 5 % a 10 % en países como Australia e Inglaterra, hasta un 30 % de las pacientes mastectomizadas en EE.UU.^(7,8). A pesar de las múltiples técnicas descritas⁽³⁾, en nuestro centro sólo realizamos dos de ellas: el colgajo miocutáneo de dorsal ancho y el TRAM. La técnica más utilizada fue la primera representando un 75 % de los casos casi siempre acompañada de la colocación de una prótesis en el mismo acto quirúrgico. En las últimas décadas se ha incrementado a nivel mundial el uso del TRAM como método de reconstrucción por sus múltiples ventajas⁽⁵⁾, sin embargo, en nuestro centro sólo representa la técnica usada en el 25 % de las pacientes.

El momento de la cirugía reconstructiva es otro tema controversial en la literatura⁽⁹⁻¹¹⁾. Inicialmente se proponía que ésta debía ser realizada de manera tardía básicamente por las probabilidades de recurrencia local, y la necesidad de tratamiento adyuvante. Sin embargo, en los últimos años se ha demostrado que esto no afecta de manera importante los resultados de la reconstrucción⁽⁵⁾. Así se prefiere la reconstrucción inmediata versus la tardía, siempre individualizando a cada una de las pacientes y escogiendo el procedimiento más adecuado para ella. En nuestra revisión en el 69,9 % de los casos la reconstrucción se realizó

en el mismo acto quirúrgico de la mastectomía en comparación con un 30,1 % de procedimientos diferidos desde 1 hasta 10 años posterior al tratamiento completo.

La reconstrucción inmediata puede proporcionar un gran beneficio psicológico a la paciente mastectomizada y, por ello, disfruta actualmente de una gran popularidad. Sin embargo, se asocia a un porcentaje mayor de complicaciones, tales como necrosis tisular, dehiscencia de suturas, seroma e infección. Estas complicaciones están relacionadas principalmente con el adelgazamiento de los tejidos preservados, tensión a la que son suturados y realización de dos procedimientos quirúrgicos en el mismo acto operatorio. En este caso, las complicaciones se presentaron en el 30,8 % de los pacientes, siendo la más frecuente la formación de cápsula alrededor de la prótesis, seguida de la epidermiolisis.

Por último, el porcentaje de recurrencia local en las diferentes series oscila entre 3 % - 15 %^(12,13). En este estudio reportamos un 3,4 %, correspondiéndose con los datos revisados de la literatura.

Concluimos que la reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía con sus diferentes técnicas representa un procedimiento seguro y que se debe implementar en todos los centros en que se manejen pacientes con cáncer de mama. Es ideal realizarlo en el mismo acto quirúrgico, individualizando la decisión para cada paciente, ya que el tratamiento adyuvante con radioterapia no afecta de manera significativa sus resultados estéticos, con un gran beneficio psicológico para la paciente mastectomizada.

REFERENCIAS

1. Hartrampf CR, Schefflan M, Black PW. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69(2):216-225.
2. Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69(2):195-208.

3. Grotting JC, Beckenstein MS, Arkoulakis NS. The art and science of autologous breast reconstruction. *Breast J.* 2003;9(5):350-360.
4. Pennington DG. Breast reconstruction after mastectomy: Current state of the art. *ANZ J Surg.* 2005;75(6):454-458.
5. Shons AR, Mosiello G. Postmastectomy breast reconstruction: Current techniques. *Cancer Control.* 2001;8(5):419-426.
6. Newman LA, Kuerer HM, Hunt KK, Ames FC, Ross MI, Theriault R, et al. Feasibility of immediate breast reconstruction for locally advanced breast cancer. *Ann Surg Oncol.* 1999;6(7):671-675.
7. Harcourt D, Rumsey N. Psychological aspects of breast reconstruction: A review of the literature. *J Adv Nurs.* 2001;35(4):477-487.
8. Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: A National Cancer Database study. *J Am Coll Surg.* 2001;192(1):1-8.
9. Corral CJ, Mustoe TA. Controversy in breast reconstruction. *Surg Clin North Am.* 1996;76(2):309-326.
10. Tran NV, Chang DW, Gupta A, Kroll SS, Robb GL. Comparison of immediate and delayed free TRAM flap breast reconstruction in patients receiving postmastectomy radiation therapy. *Plast Reconstr Surg.* 2001;108(1):78-82.
11. Alderman AK, Wilkins EG, Kim HM, Lowery JC. Complications in postmastectomy breast reconstruction: Two-year results of the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109(7):2265-2274.
12. Newman LA, Kuerer HM, Hunt KK, Kroll SS, Ames FC, Ross MI, et al. Presentation, treatment, and outcome of local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol.* 1998;5(7):620-626.
13. Simmons RM, Fish SK, Gayle L, La Trenta GS, Swistel A, Christos P, et al. Local and distant recurrence rates in skin-sparing mastectomies compared with non-skin-sparing mastectomies. *Ann Surg Oncol.* 1999;6(7):676-681.