

El manejo quirúrgico del cáncer de mama:

Perspectiva de la cirugía oncoplástica

Miguel Echenique, MD

Cirujano de Seno
Director, Departamento de
Clínicas Multidisciplinarias
Hospital del Centro Comprensivo de Cáncer



Derik Marrero, MD

Cirujano Plástico y Reconstructivo
Hospital del Centro Comprensivo de Cáncer

El manejo quirúrgico del cáncer de mama ha evolucionado mucho en las últimas cuatro décadas:

- Antes de la década de 1970, la **mastectomía radical de Halsted** (remoción de la glándula mamaria, músculos del pecho y nódulos axilares a nivel 1, 2 y 3) fue el estándar de tratamiento basado en el potencial curativo de esta intervención (25% a 75% en múltiples escenarios de cáncer de mama);
- La **mastectomía modificada radical** –donde se preservaban los músculos pectorales y se reducía la cantidad de nódulos axilares (nivel 1 y 2)– fue el estándar quirúrgico en la década de 1970 y a principios de la de 1980, basado en estudios del Dr. Fisher que demostraron que esta cirugía, menos invasiva, tenía resultados similares a la de Halsted;
- En las cirugías de la década de 1980 se buscaba la preservación de la mama: en 1977, el grupo del Dr. Veronesi en Milán concluyó que en etapa temprana de cáncer de mama la preservación del seno con remoción del tumor (**lumpectomía**) con márgenes negativos y la remoción de nódulos axilares (nivel 1 y 2) tenían resultados equivalentes a la técnica antes descrita. Con una radioterapia postoperatoria al pecho, se tenían resultados óptimos con esta cirugía;
- En la década de 1990 se estableció que la cirugía axilar con la técnica del **nódulo centinela** era equivalente en términos de recurrencia y sobrevida a la disección de nódulos axilares, pero que se reducían mucho las secuelas de disección axilar (linfedema e infecciones). En esa década y en la de 2000, se estableció la biopsia de nódulo centinela como el estándar para evaluar nódulos axilares negativos, ya sea por examen físico o radiológicamente.

Recomendaciones actuales

Actualmente, se recomienda para las diferentes cirugías de cáncer de mama –en la mayoría de las pacientes– la preservación de la mama, acompañada con radiación y biopsia de nódulo centinela en caso de nódulos negativos, y disección axilar o radiación a nódulos linfáticos en pacientes con nódulos positivos.

Cuando el tamaño del tumor dificulta preservar la mama, se puede usar terapia sistémica preoperatoria. El tipo de terapia sistémica a utilizar depende de los **marcadores o receptores del tumor**. Los marcadores que se utilizan para este fin son el receptor de estrógeno y el marcador genético Her 2 neu. Los tumores malignos se dividen en estrógeno positivos o luminales Her-2 positivos o triple negativos o basales cuando no tienen ninguno de los receptores. En pacientes estrógeno positivos, se puede usar terapia hormonal (tamoxifeno o bloqueadores de aromatasa); en los pacientes Her 2 neu positivos, se combina la quimioterapia con agentes monoclonales; y, en los triple negativos, la quimioterapia. Esta terapia preoperatoria puede reducir el tamaño de los tumores y, en muchos casos, hacer que desaparezcan las células tumorales para efectuar una cirugía de preservación de la mama. Además, cuando se logra una respuesta patológica completa, se tiene gran valor pronóstico, como sucede con frecuencia en los tumores triples negativos y más aún en los Her2 neu positivos.

Si hay cáncer multicéntrico o inflamatorio, o calcificaciones extensas, o si la genética es positiva, se debe de efectuar la mastectomía. Esta también se debe considerar si la patología demuestra carcinoma in situ lobular, que aumenta el riesgo de cáncer 1% por año.

Cirugía oncoplástica

Hoy, la cirugía oncoplástica se ha incorporado a las técnicas de cirugía en cáncer de mama. Esta combina la técnica de cirugía oncológica de lumpectomía o mastectomía parcial con técnicas de cirugía plástica como la reducción de mama y la mastopexia. Varios estudios han demostrado la efectividad de la cirugía de preservación comparada con la mastectomía, con igual sobrevida si hay márgenes negativos en cáncer invasivo y 2 mm de margen para los tumores ductales in situ. Se ha reportado mayor incidencia de recurrencia local con cirugía de preservación de mama con técnicas actuales vs. mastectomía. Pero, por el contrario, estudios recientes con cirugía oncoplástica (removiendo más tejido y logrando un margen mayor) muestran menor incidencia de recurrencia local.

Un estudio randomizado en 235 pacientes reportó una diferencia en márgenes positivos después de la cirugía con y sin escisión adicional de tejido, de 19% vs. 34 %. Además, la necesidad de segundas intervenciones para operar márgenes positivos se redujo (10% vs. 21%). Un estudio en 540 pacientes con cáncer de mama utilizando técnicas oncoplásticas en mastectomía parcial tuvo una incidencia de recurrencia local de 6.8%. En otro estudio, evaluando mastectomía parcial no oncoplástica con mastectomía, la incidencia de recurrencia local con mastectomía fue del 12% vs. el 20%. La cirugía oncoplástica además es una cirugía de reducción: se reduce el volumen de glándula a irradiarse. Además, la incidencia de seromas es menor al recomodar el tejido y obliterar el espacio de la mastectomía parcial.


La mastectomía parcial oncoplástica optimiza los resultados al aumentar el número de pacientes con márgenes negativos. De haber márgenes positivos después de la mastectomía parcial con escisión de márgenes adicionales, la paciente probablemente requerirá mastectomía. La ventaja de una mastectomía parcial con técnicas de cirugía oncoplástica es que, de requerir mastectomía, se utilizan las mismas heridas para esta. En la mayoría de los casos se logra preservar el complejo areola-pezones si este no tiene márgenes positivos.

La mayor desventaja de esta intervención es que es más prolongada, con mayor tiempo de anestesia y que requiere la coordinación del cirujano oncológico con

el cirujano plástico. Sin embargo, estudios que comparan la mastectomía con implante con la mastectomía parcial oncoplástica demostraron un mayor número de complicaciones, infecciones, sangrado y problemas con la herida en las pacientes con mastectomías e implantes. Para lograr buenos resultados cosméticos en la cirugía parcial oncoplástica hay varias técnicas, dependiendo de la ubicación del tumor y de la cantidad de tejido a remover, para lo que el cirujano plástico planifica la herida que utilizará el cirujano oncológico.

El rol del cirujano plástico

La decisión de realizar una cirugía oncoplástica depende del estado de la enfermedad. Se logra mejores resultados al hacerla inmediatamente, ya que se dispone, para reconstruir, tejidos sin fibrosis asociada a cirugías previas. Sin embargo, esto no significa que una reconstrucción tardía no pueda tener buenos resultados a largo plazo.

A diferencia de la mastectomía parcial, la cirugía oncoplástica permite corregir defectos del seno con la movilización glandular usando colgajos dermoglandulares y con reducción del tejido mamario contralateral para obtener una mejor simetría. El procedimiento comienza con una escisión del tumor con márgenes libres. Luego, se usa un pedículo extendido para rellenar el defecto causado por la mastectomía parcial y, al mismo tiempo, se eleva el complejo de pezón y areola. Una vez que se reconstruye el seno afectado, se hace una reducción del contralateral para dar mejor balance y simetría. Idealmente, se busca que el seno afectado quede un 10% más grande que el contralateral, anticipando la contracción y atrofia de tejidos por la radioterapia. 

Referencias

1. Fitoussi AD, Berry MG, Famà F. Oncoplastic breast surgery for cancer. *Plast Rec Surg.* 2010;125(2):454-62.
2. De La Cruz L, Blankenship SA, Chatterjee, A. Outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery in breast cancer patients: a systematic literature review. *Ann Surg Oncol.* 2016;23(10):3247-3258.
3. Chagpar AB, Killelea BK, Tsangaris TN. A randomized, controlled trial in breast cancer. *NEJM.* 2015;373(6):503-510.
4. Pyfer B, Chatterjee A, Chen L. Early postoperative outcomes in breast conservation surgery versus simple mastectomy. *Ann Surg Oncol.* 2016;23(1):92-98.
5. Chatterjee A, Krishnan NM, Van Vliet MM, Powell SG, et al. A comparison of free autologous breast reconstruction with and without the use of laser-assisted indocyanine green angiography: a cost-effectiveness analysis. *Plast Reconstr Surg.* 2013;131(5):693e-701e.
6. Chatterjee A, Dayicioğlu D, Khakpour N, Czerniecki BJ. Oncoplastic Surgery. *Cancer Control.* 2017 Oct-Dec;24(4).