

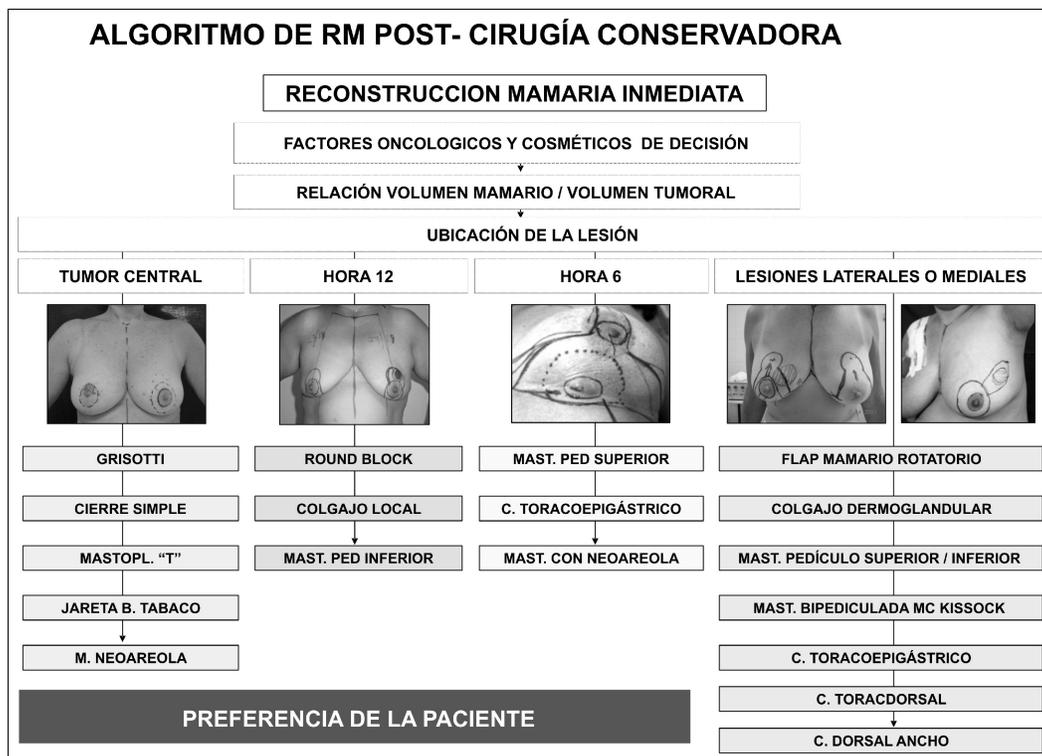
# RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSRECIDIVA LOCAL DE CIRUGÍA CONSERVADORA ¿SIEMPRE ES POSIBLE?

**Eduardo González \***

El tema sobre el que vamos a hablar es la posibilidad de reconstrucción mamaria posrecidiva local del tratamiento conservador.

Ustedes saben que el tratamiento del cáncer de mama ha evolucionado en el tiempo, con relación a la seguridad oncológica, los resultados cosméticos y sobre todo la morbilidad. Cuando hablamos de tratamiento conservador, no podemos dejar de mencionar a Bernard Fisher y

Umberto Veronesi, que durante muchos años lo han posicionado en un lugar fundamental en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Pero también es importante recordar que el tratamiento conservador implica en su definición no dejar secuelas, uno de sus principios básicos. A pesar de ello y aunque tomemos todos los recaudos técnicos, muchas pacientes tienen secuelas, algunas relacionadas a la cirugía y otras al



**Cuadro 1**

\* Departamento de Mastología. Cirugía Oncoplástica. Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Universidad de Buenos Aires.

<b>RL &amp; Cirugía Oncoplástica</b>				
	n	F-up-meses	RL - %	2 do 1rio
Rietjens M.	148	74	3	-
Gonzalez E.	72	54	3.6	2
Clough K.	101	46	9.4	-
Nos C.	50	48	7	-
Vallejos Da Silva	30	15	3.3	-
Leal P.	30	48	6.6	-

**Cuadro 2**

tratamiento radiante.

Sabemos muy bien que cuando indicamos un tratamiento conservador, la reconstrucción mamaria inmediata debe ser considerada de preferencia, porque ahí podemos predecir y evitar las secuelas. La reconstrucción mamaria diferida obviamente, debe ser realizada de necesidad cuando consultan las pacientes con secuelas radioquirúrgicas de diferente complejidad.

Tenemos muchas tácticas o técnicas quirúrgicas para prevenir y/o corregir estas secuelas. El Cuadro 1 muestra un algoritmo que usamos en nuestra Institución para evitar secuelas en tratamientos conservadores con técnicas de reconstrucción mamaria inmediata, donde se analizan los factores oncológicos y cosméticos de deci-

sión, la relación entre volumen mamario y volumen tumoral, y la ubicación de la lesión primaria; como se ve utilizamos múltiples tácticas y técnicas para predecir y evitar los malos resultados estéticos.

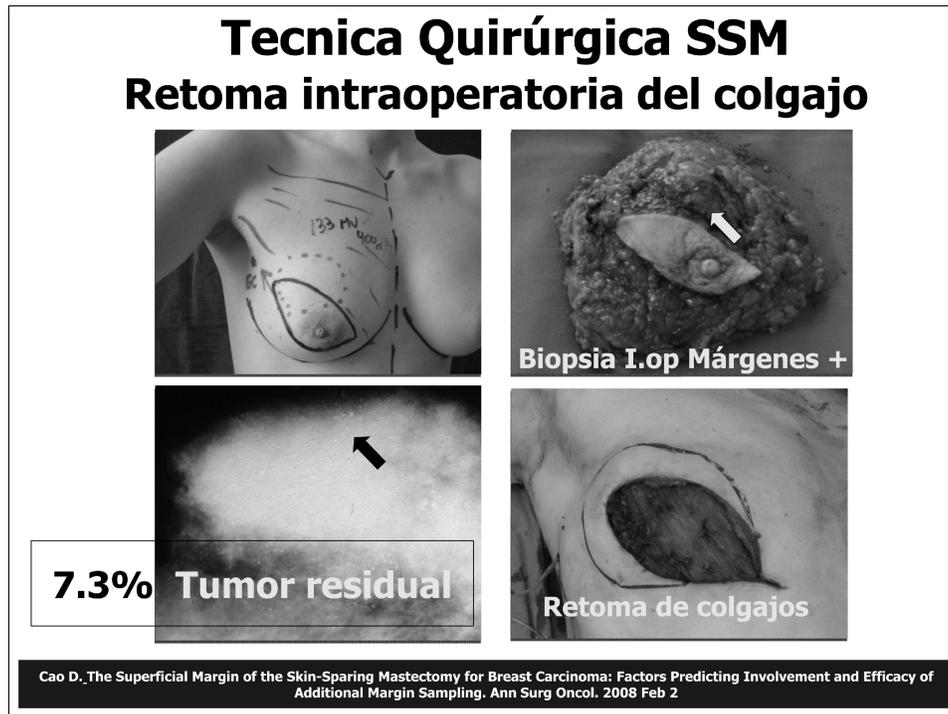
Mucho se habló en la bibliografía de márgenes satisfactorios y su importancia en el tratamiento conservador. La cirugía oncoplástica en este punto da un beneficio adicional marcado y como podemos reseca más tejido, es posible garantizar márgenes amplios. También tenemos algunos artilugios para poder ayudar a los radio-terapeutas a irradiar esa mama, dejando clips de titanio en la zona de resección y poder orientar correctamente para la ejecución del boost.

Con respecto a la parte oncológica, el Cuadro 2 muestra varias publicaciones, inclusive una de nuestra Institución, evaluando la cirugía oncoplástica y las tasas de recurrencias locales. Las recurrencias locales se presentan, en general, igual que en los tratamientos convencionales sin reconstrucción, por lo que la variable reconstrucción inmediata teóricamente no alteraría este parámetro.

Sabemos también que el tratamiento conservador no es un procedimiento perfecto y que estamos expuestos a tasas de recurrencia local

<b>Breast Reconstruction</b>	
<b>2007 - Reconstructive Breast Surgery</b>	
Reconstructive Procedures	Total Patients
Breast Reconstruction	57102
Implant Alone	9074 (16%)
Tissue Expander & Implants	34017 (60%)
Tram Flap	10011 (18%)
Diep Flap	4001 (7%)
Breast Reduction	106179
Breast Implant removals (Reconstructive patients only)	14502

**Cuadro 3**



bien conocidas con el paso de los años; lo estándar es aproximadamente 1% por año, los primeros 10 años. Es importante recalcar; que a pesar que en el pasado se decía que la recurrencia local no tenía implicancia en la sobrevida, hoy es sabido que cada 4 pacientes que recaen, probablemente una fallezca por la enfermedad relacionada a la recurrencia. O sea, que la recurrencia local no es un problema menor y obviamente uno tiene que predecirlo.

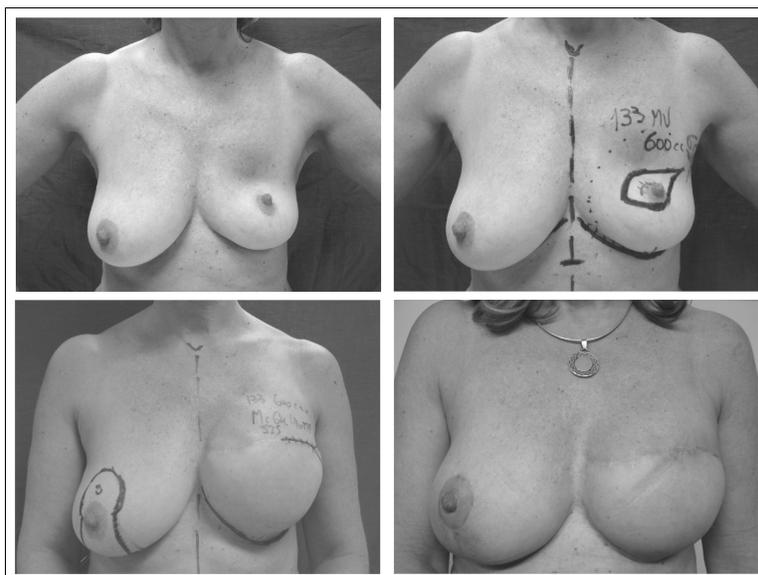
¿Qué pasa cuando se tiene una paciente con una recurrencia local poscirugía conservadora? Sabemos que el tratamiento estándar durante muchos años fue la mastectomía. En este momento hay muchas pacientes, sobre todo las que recurren tardíamente, a las que probablemente se les pueda ofrecer un segundo tratamiento conservador.

Pero en realidad, el tema de esta exposición es ver si es factible que a una paciente con indicación de mastectomía por recurrencia local, hacerle una reconstrucción mamaria en forma in-

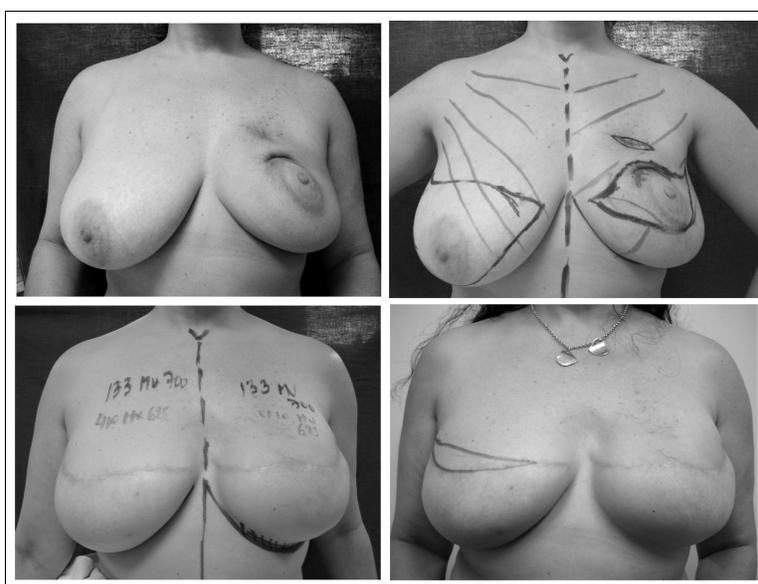
mediata. En el Cuadro 3 se muestran las técnicas de reconstrucción mamaria que se usan en la actualidad. En la gran mayoría de los casos las pacientes se reconstruyen con expansores y prótesis. Una cantidad cada vez menor de ellas es sometida a reconstrucción con tejido autólogo. En realidad el primer problema que enfrentamos en el tema de esta presentación, es ver si es factible una reconstrucción con un expansor, sobre todo en pacientes que ya han sido irradiadas. El segundo tema a discutir, es si en estas pacientes se puede conservar la piel en la mastectomía.

El Cuadro 4 muestra cómo deberíamos hacer para conservar la piel y retomar márgenes en una paciente en la que la biopsia por congelación demostró que los márgenes de la cirugía estaban próximos a la misma.

¿Cuáles son las indicaciones que usamos nosotros en el presente respecto a la conservación de piel en la mastectomía? Éstas son: carcinoma ductal in situ, tumores infiltrantes estadio I y II,



Cuadro 5

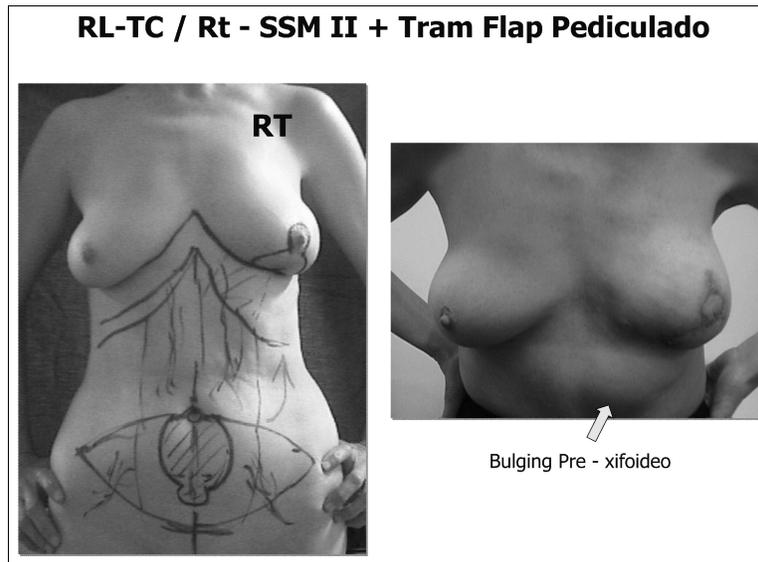


Cuadro 6

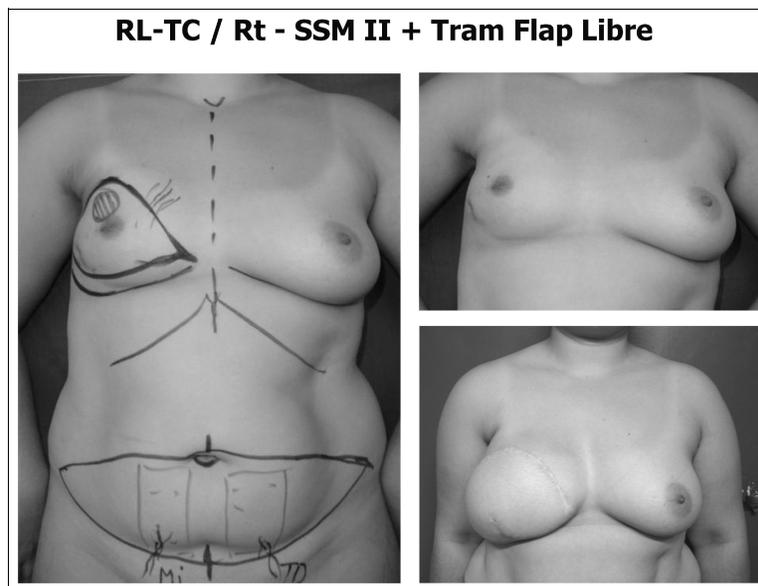
y actualmente incluimos los casos de recurrencia local del tratamiento conservador, pero con ciertas condiciones como pacientes con piel sin secuelas actínicas importantes, para disminuir complicaciones posoperatorias.

Con respecto a la ejecución del ganglio centinela, ese procedimiento también se puede ha-

cer sin inconvenientes. Sabemos que cuando tenemos una recidiva de cirugía conservadora puede haber dos opciones. Un subgrupo de pacientes que recibió vaciamiento axilar en primera intención y otro que recibió sólo ganglio centinela. Entonces tenemos que contemplar si realizamos un vaciamiento axilar o un segundo



Cuadro 7



Cuadro 8

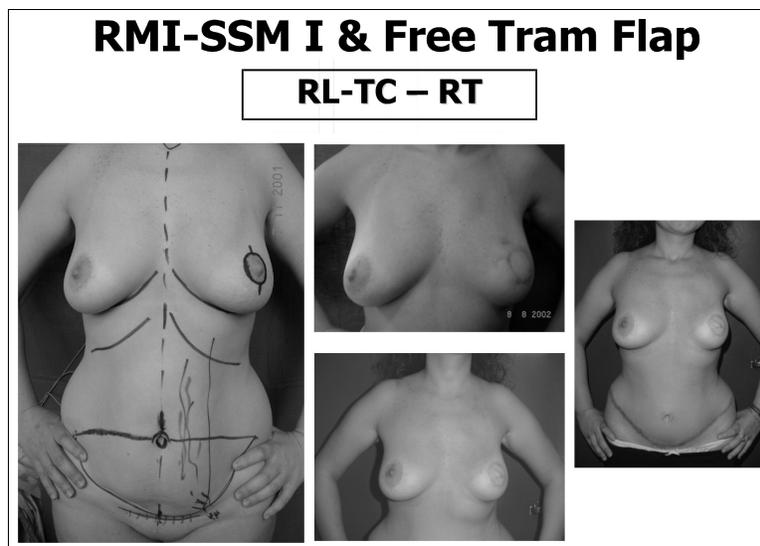
ganglio centinela. Es un tema que hoy en día es controvertido, pero debe ser contemplado en cada caso en particular.

Con referencia al tema que estamos tratando, individualicé en nuestra estadística a 34 pacientes que tuvieron recurrencias locales posttratamiento conservador con indicación quirúrgica.

Sabemos que muchas veces las recurrencias locales pueden ser agudas o pueden ser recurrencias con características de enfermedad local/regional avanzada; o sea, que no entrarían directamente en un tratamiento quirúrgico. ¿Qué nos pasó con las diferentes técnicas de reconstrucción que indicamos? De las pacientes que anali-



Cuadro 9

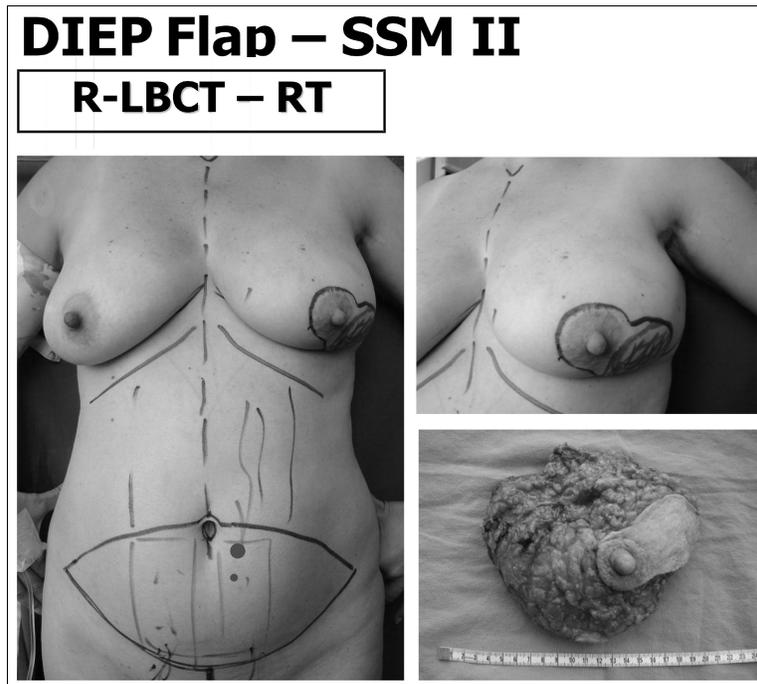


Cuadro 10

zamos tenemos 8 reconstruidas con expansores, 19 TRAM flap y 7 con diferentes variedades de colgajo de dorsal ancho (extendido con prótesis o expansores). A 29 de las 34 pacientes le hicimos conservación de piel. El *follow-up* del primer tumor hasta la recurrencia fue de un poco más de 12 años. El *follow-up* desde la recurrencia hasta la evaluación actual es de 6,46 años. Esta es una casuística interesante para tratar de sacar, obviamente, una conclusión, que no es

una conclusión estadística porque no hay grupo control, pero sí puede ser orientador con respecto a los resultados obtenidos y el control de la enfermedad.

Ahora veamos algunos casos clínicos de recidivas de cuadrantectomía, tratamiento de la axila y radioterapia adyuvante. En el Cuadro 5 se observa una paciente que en 1998 tuvo un tumor ductal in situ y luego una recurrencia en 2006. A esta mujer se le propuso una recons-



Cuadro 11

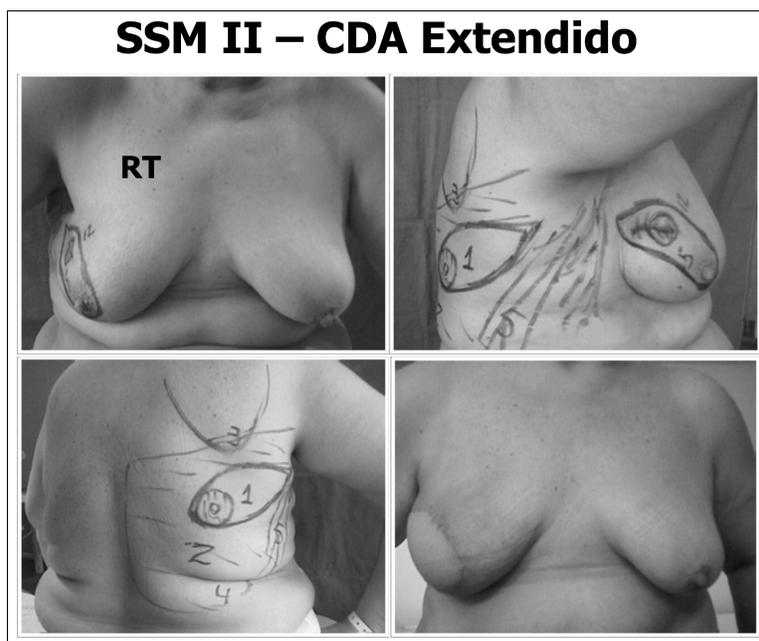


Cuadro 12

trucción inmediata con tejido autólogo. La paciente no aceptó esta técnica y la reconstruimos con un expansor (a pesar de estar irradiada, contemplando la buena calidad de la piel). Se puede ver que a pesar de un buen resultado cosmético inicial, esta mama tiene una contrac-

tura capsular moderada y el resultado probablemente no sea satisfactorio en el tiempo.

Otra paciente con un tumor in situ, tratada en el año 2007; hace un segundo tumor un año después; esta mama estaba irradiada. Es una paciente que forma parte de un grupo de alto



Cuadro 13



Cuadro 14

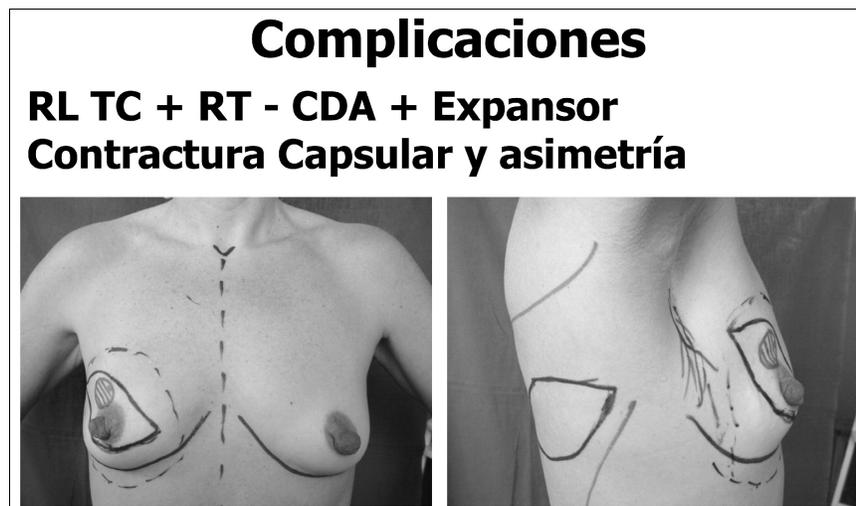
riesgo por antecedentes familiares múltiples de cáncer de mama (Cuadro 6). Se puede ver la mastectomía y la reconstrucción bilateral (en este caso tenemos una mastectomía de reducción de riesgo contralateral con resección del com-

plejo areola-pezones), el cambio de expansor por prótesis en ambas mamas con un resultado satisfactorio.

Otra paciente donde tenemos un tumor invasor tratado en 1991 y una recurrencia local



Cuadro 15



Cuadro 16

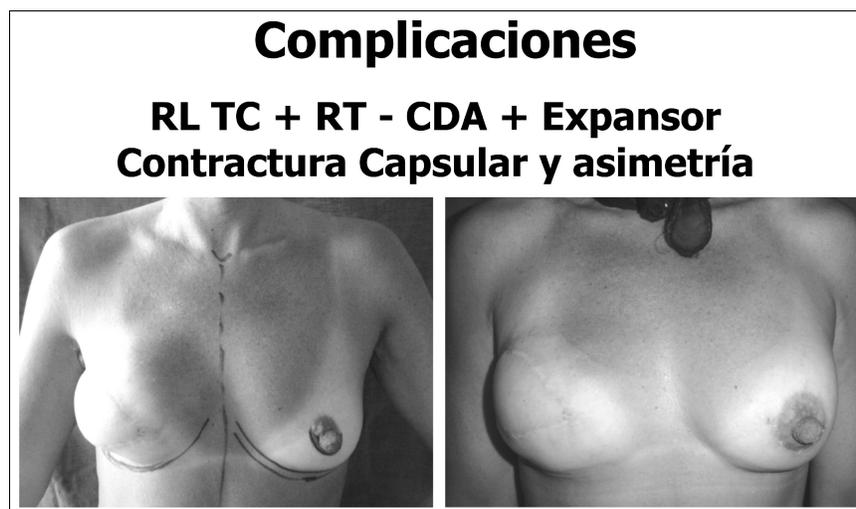
8 años después, con una mama contralateral con ptosis. En esta época utilizábamos frecuentemente el colgajo TRAM pediculado, que fue la técnica seleccionada, y vemos en el Cuadro 7 el resultado final. Esta paciente lleva en la actualidad más de 10 años de *follow-up* de la cirugía de la recidiva y está libre de enfermedad.

Otro caso similar, una paciente joven con un tumor primario tratado en 1998 y una recurrencia en 2005. En este caso no conservamos piel porque la mama era muy pequeña y tenía la lesión de la biopsia alejada del complejo areola-pepón. Se indicó una reconstrucción con un col-

gajo TRAM microquirúrgico con un resultado óptimo (Cuadro 8). La paciente 5 años después está libre de enfermedad.

En otro caso, una paciente con un tumor invasor tratado en el 2000 y una recidiva en el 2003. Mastectomía con una reconstrucción con un TRAM microquirúrgico. El Cuadro 9 muestra el pre y el posoperatorio. Esta paciente lleva 7 años de *follow-up* libre de enfermedad de la recurrencia local.

Otro caso similar de una recurrencia local. Tumor original en el año 1996, recurrencia en el 2001 y una reconstrucción microquirúrgica con



Cuadro 17

un TRAM. El Cuadro 10 muestra el resultado satisfactorio alejado.

Ahora veamos un caso tratado con una recurrencia. En el 2003 paciente operada por un tumor invasor que en el 2006 presentó una recidiva local. Mastectomía con conservación de piel y reconstrucción con un TRAM flap microquirúrgico con perforantes (DIEP flap). El Cuadro 11 muestra la mastectomía con conservación de piel y el TRAM con los vasos perforantes. En el Cuadro 12 tenemos el resultado final. En el año 2009 esta paciente hace una recidiva local/regional en pared torácica, una especie de tumor en coraza, donde queda comprometida la mama opuesta y la mama reconstruida, pero respetando el colgajo. Esta paciente después del tratamiento sistémico lamentablemente falleció.

Ahora veamos una reconstrucción con colgajo de dorsal ancho. En 1995 el primer tumor, en el 2000 la recaída local. El Cuadro 13 muestra los resultados del tratamiento.

Otra paciente que fue tratada en forma conservadora por un sarcoma *phylloides* en el año 1999. Recurre en el 2003 pero con una lesión localmente avanzada, donde se realizó el colgajo de dorsal ancho, no para reconstruir la mama, sino para reparar el defecto de la resección am-

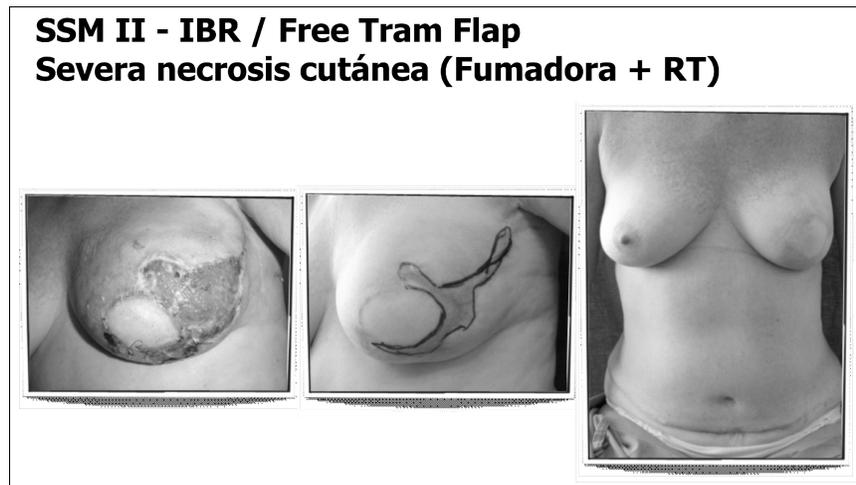
plia. (Cuadro 14).

Analicemos ahora el aspecto oncológico de estos procedimientos. Hay un trabajo muy interesante del Dr. I. Mc Lean de 2005, con una casuística similar a la nuestra, donde se describe la preferencia de las reconstrucciones con colgajos sobre los expansores. En esta publicación con un *follow-up* medio de 4,3 años observan un 5,71% de segundas recurrencias locales. En nuestra experiencia con un *follow-up* mayor (6,4 años) observamos un 2,94%. Pero lo interesante es que la mayoría de estas pacientes tienen un buen pronóstico, una baja tasa de recurrencias locales y a distancia. Cuando evaluamos las complicaciones, vemos que los eventos con los colgajos son menores que con los expansores y prótesis; eso probablemente esté mediado por la presencia de la radioterapia y la asociación negativa con estos últimos.

El Cuadro 15 muestra las complicaciones de una paciente a la que se le hizo una reconstrucción con expansor. Se puede observar la infección, extrusión protésica y la secuela final. En este caso hubo que hacer una reconstrucción secundaria. Esta paciente no aceptó un colgajo TRAM que había rechazado en la primera reconstrucción, así que se le propuso una recons-



Cuadro 18



Cuadro 19

trucción con lipotransferencia primero, y posteriormente una reconstrucción con un expansor definitivo.

Los Cuadros 16 y 17 muestran una paciente con una recidiva local tratada con colgajo de dorsal ancho y expansor-prótesis con una contractura capsular y una corrección secundaria. A pesar de todo, el resultado no es el óptimo. Ac-

tualmente este tipo de defectos los corregimos con un modelado con lipotransferencia.

El Dr. Leonardo Mc Lean hace unos años publicó un raro caso de mioclonía del dorsal ancho en pacientes reconstruidas con esta técnica. Tuvimos en una oportunidad esta complicación en un caso de recurrencia local reconstruida con colgajo de dorsal ancho extendido, que hizo una

mioclonía y tuvimos que individualizar y cortar el nervio del músculo dorsal para su solución (Cuadro 18).

En las pacientes fumadoras, sobre todo si a este hábito se le agrega la radioterapia, estos factores asociados incrementan significativamente las complicaciones. En el Cuadro 19 se ejemplifica esta situación. Necrosis severa y amplia de piel de mastectomía en una reconstrucción con un colgajo TRAM microquirúrgico. En este caso la necrosis de piel se autorreparó perfectamente bien con curaciones locales y conducta expectante y un pequeño retoque secundario.

Para terminar y como conclusiones:

- La recidiva local del tratamiento conservador cuando tiene indicación de tratamiento quirúrgico puede ser reconstruida inmediatamente.
- Son procedimientos oncológicamente segu-

ros, nuestras pacientes no han cambiado su historia con relación a la progresión de la enfermedad.

- Es factible conservar la piel de la mama, en especial si se reconstruye con tejido autólogo, teniendo en cuenta la evaluación previa de la calidad de esa piel. Tiene una tasa más alta de complicaciones, en especial en el grupo de reconstrucción con expansores.
- Los resultados cosméticos son superiores en el grupo de reconstrucciones con tejido autólogo.
- Actualmente la lipotransferencia probablemente pueda mejorar la cosmética en pacientes que han sido reconstruidas con expansores y prótesis y han tenido algún tipo de complicación.

Muchísimas gracias.