

# MASTECTOMÍAS CON CONSERVACIÓN DE PIEL Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

María Florencia Calvo,\* Carola Allemand,\* Jorge Piccolini,\* Alejandra  
Wernicke,\*\* Mariana Castro Barba,\*\*\* María Florencia Ilzarbe,\*  
Francisco Corrao,\* Roberto Orti,\* Liliana Zamora,\*\*\*\* María Cecilia Riggi,\*\*\*\*  
Hugo Loustau,\*\*\*\*\* Horacio Mayer,\*\*\*\*\* Claudio Lorusso\*

## RESUMEN

### Introducción

La indicación de conservación de piel en la cirugía radical ha ido tomando un rol de mayor relevancia, asociado al aumento del número de reconstrucciones inmediatas.

### Objetivo

El objetivo de este trabajo fue describir las características de la población sometida a reconstrucción mamaria, compararlas con las de las pacientes no reconstruidas y describir los eventos durante el seguimiento (recaída local, a distancia y muerte).

---

\*Sección de Patología Mamaria, Servicio de Ginecología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

\*\*Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

\*\*\*Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires.

\*\*\*\*Sección de Oncología Ginecológica, Servicio de Ginecología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

\*\*\*\*\*Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correo electrónico de contacto: maria.calvo@hospitalitaliano.org.ar

## **Material y método**

Estudio retrospectivo de cohorte, que incluye a las pacientes con carcinoma invasor de la mama tratadas con mastectomía, con y sin reconstrucción inmediata, entre los años 2007 y 2013 en el Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires. Se evaluaron las características clínicas e histopatológicas.

## **Resultados**

En total, entre los años 2007 y 2013 hubo 466 pacientes sometidas a mastectomía, en 131 de las cuales se hizo reconstrucción inmediata. El número de mastectomías con reconstrucción inmediata creció exponencialmente durante los últimos años, aunque no se evidencia un aumento en la tasa global de mastectomía. Ambas poblaciones –con y sin reconstrucción inmediata– eran comparables en cuanto a la distribución de subtipos intrínsecos, pero hubo mayor edad y proporción de tumores G3 y mayores a 2 cm en las pacientes no reconstruidas. En relación con la sobrevida, observamos que hubo menor proporción de eventos en la población reconstruida.

## **Conclusiones**

En los últimos años, en nuestro servicio ha aumentado la indicación de reconstrucción inmediata. La población de pacientes reconstruidas fue más joven y con tumores más pequeños. Aunque aún falta tiempo de seguimiento, parecería ser que la reconstrucción inmediata sería una opción factible y segura en los cánceres de mama en estadios tempranos.

## **Palabras clave:**

MASTECTOMÍA. RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA. EXPANSOR. MASTECTOMÍA CON CONSERVACIÓN DE PIEL. CÁNCER DE MAMA.

## SUMMARY

### Introduction

Skin-sparing mastectomies have been assigned an increasingly important role in the surgical treatment of Breast Cancer.

### Objective

The goal of this study was to describe the clinical and pathologic characteristics of the population that was submitted to breast reconstruction, comparing them to those without reconstruction and then document the follow-up events (local recurrence, distant recurrence and death).

### Materials and method

The following is a retrospective cohort study, which includes the patients with breast cancer who had surgery between 2007 and 2013 at the Hospital Italiano de Buenos Aires.

### Results

Overall, 466 patients underwent mastectomy. In 131 cases, immediate breast reconstruction was performed. In our hospital, the number of mastectomies with reconstruction has increased exponentially over the past years, without any apparent impact on the global rate of radical surgery. In comparison, the distribution of immunohistochemical subtypes was similar in both groups, but there was a significantly greater number of G3 tumors, and pT over 2 cm in the non-reconstruction cohort. Fewer events were documented in the group of patients who underwent reconstruction.

### Conclusions

Over the last few years, we have greatly increased the number of skin-sparing mastectomies with immediate reconstruction. This group of patients had a tendency to be younger, have less proportion of G3 and T2 tumors. Apparently, immediate reconstruction would be a feasible and safe option in early stage breast cancer.

### Key words

MASTECTOMY, IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION, TISSUE EXPANDER, SKIN-SPARING, BREAST CANCER.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de los años, la indicación de conservación de piel en la mastectomía ha ido tomando un rol de mayor relevancia. A su vez, esto se encuentra íntimamente asociado al aumento en el número de reconstrucciones mamarias inmediatas.<sup>(1,2)</sup>

El objetivo primario del presente trabajo consistió en describir las características de la población de pacientes sometidas a mastectomías con conservación de piel más reconstrucción inmediata en nuestra institución y comparar esas características clínico-patológicas con las de aquellas pacientes sometidas a mastectomías sin reconstrucción. Como objetivo secundario, nos propusimos documentar los eventos acontecidos durante el seguimiento (recaída local, recaída a distancia y muerte por la enfermedad) y evaluar, de este modo, la supervivencia libre de enfermedad y global en ambos grupos.

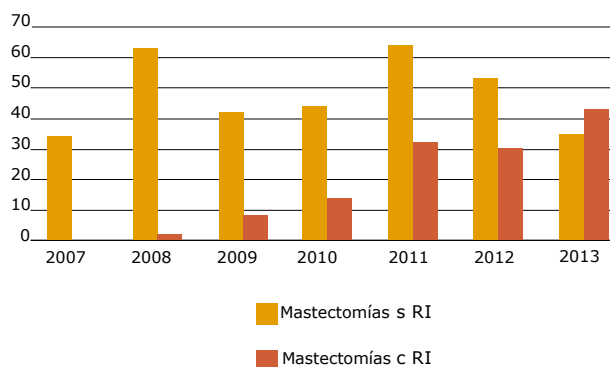
## MATERIAL Y MÉTODO

El presente es un estudio poblacional descriptivo, que toma al grupo de pacientes con carcinoma invasor de la mama (primario o recaído) que fueron sometidas a mastectomía con conservación de piel y reconstrucción inmediata entre el mes de enero de 2007 y diciembre de 2013 en el Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires. Se evaluaron las características clínicas de la población, así como las histopatológicas e inmunohistoquímicas, y se compararon los tratamientos adyuvantes realizados, tomando como grupo control a las pacientes en quienes se realizó una mastectomía sin reconstrucción (o reconstrucción diferida) durante el mismo período.

## RESULTADOS

Entre los años 2007 y 2013, se operaron 1.739 pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama en el Hospital Italiano. Entre ellas, fue elegible para ser incluido en este estudio un total de 466 pacientes que fueron candidatas a mastectomía. De este to-

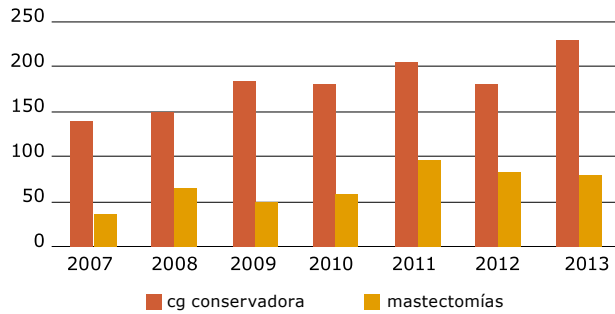
**Gráfico 1.** Mastectomías con y sin reconstrucción



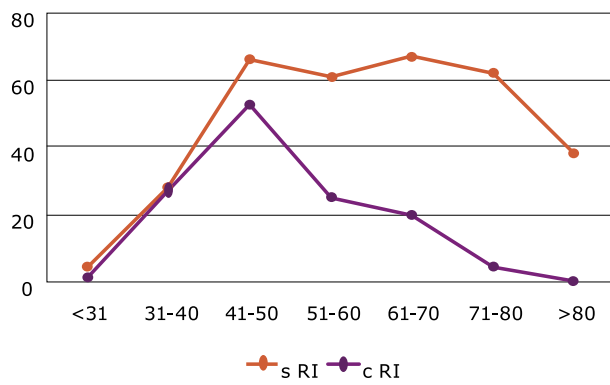
tal, 131 pacientes (28,1%) se sometieron a mastectomías con reconstrucción inmediata y 335 (71,9%) a mastectomía sin reconstrucción. En la mayoría de esos casos, la reconstrucción fue realizada con colocación de expansor tisular en primer tiempo y recambio por prótesis en segundo tiempo quirúrgico. Únicamente en 12 pacientes (9,16%) se hizo reconstrucción mamaria en un tiempo, con colocación de prótesis definitiva, y en 4 (3,05%) se realizó la reconstrucción primaria con colgajo miocutáneo transverso de recto abdominal (TRAM).

En el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), el número de mastectomías con reconstrucción inmediata ha crecido exponencialmente durante los últimos años. Por ejemplo, en el año 2009, fueron indicadas y realizadas 6, mientras que en el año 2013 se realizaron 68. Sin embargo, pese a este incremento en la indicación de la reconstrucción inmediata, no se ha evidenciado un aumento significativo en la tasa global de mastectomías, y se mantuvo constante la relación entre la cirugía conservadora y la cirugía radical. El vuelco progresivo hacia la reconstrucción mamaria inmediata puede objetivarse en los Gráficos 1 y 2.

**Gráfico 2.** Tasa de cirugías conservadoras vs mastectomías

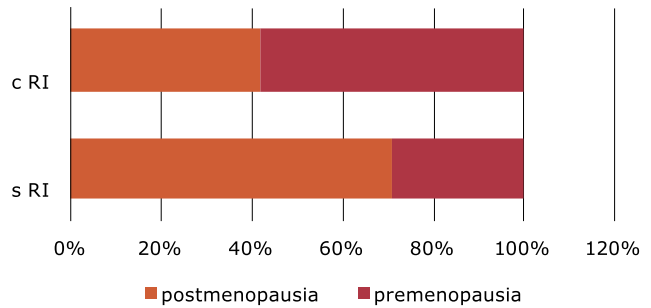


**Gráfico 3.** Edad

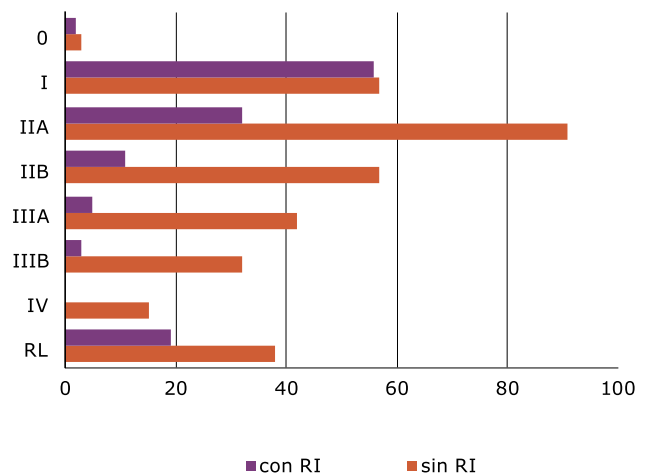


Se analizaron múltiples variables clínicas, entre ellas: la edad, el estadio clínico al diagnóstico y el estatus menopáusico (véase en el Anexo la Tabla A.1). En el Gráfico 3, se puede observar que, a medida que aumenta la edad, disminuye la indicación de reconstrucción inmediata, aunque pareciera no ser una contraindicación formal. En cuatro pacientes (3,05%) mayores de 70 años, se realizó mastectomía con reconstrucción; dichas pacientes no exhibieron complicaciones, salvo una infección postoperatoria mediata que requirió extracción del expansor tisular. Se halló una mayor proporción de pacientes premenopáusicas en la población de mujeres reconstruidas (58%) que en el grupo sin reconstruir (29%) (Gráfico 4).

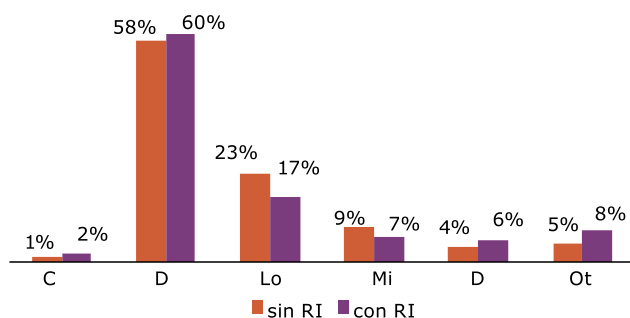
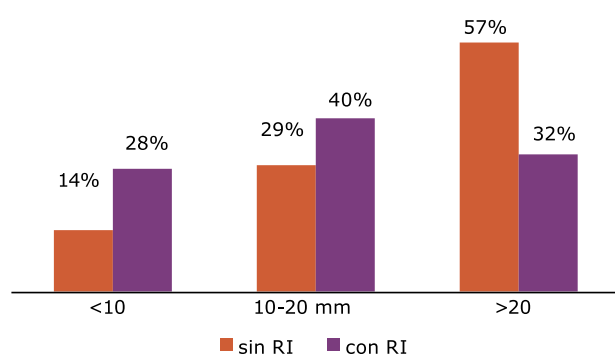
**Gráfico 4.** Estado menopáusico



**Gráfico 5.** Estadificación clínica al diagnóstico

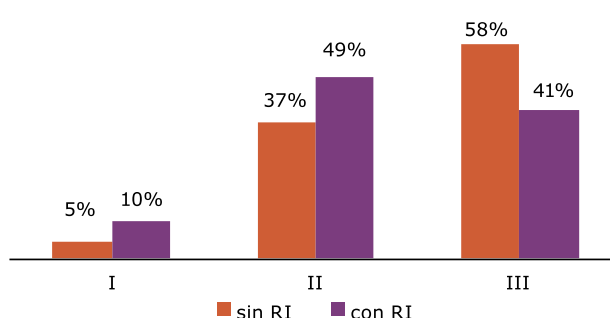
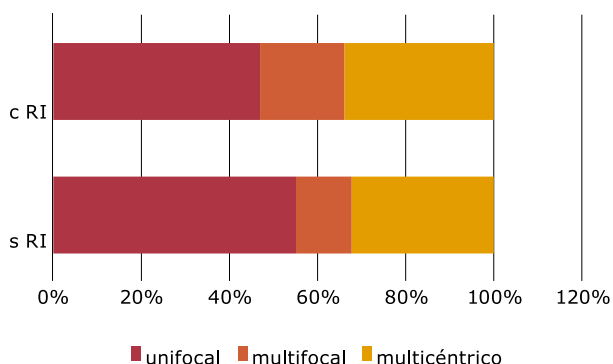


De la evaluación del estadio clínico al diagnóstico, se obtuvieron los siguientes resultados: de las 131 pacientes reconstruidas, 88 (67,17%) se presentaron en estadio temprano (I y IIA) y 19 en Estadios IIB, IIIA y IIIB (14,5%). En ambos grupos, hubo tres pacientes que se diagnosticaron con enfermedad en Estadio 0, lo cual corresponde a un 2,45% y 0,89% en los grupos con y sin reconstrucción, respectivamente. En cuanto a recaídas locales, hubo 18 pacientes (13,7%) en el grupo de reconstrucción inmediata. En este mismo grupo de pacientes, no hubo ninguna metastásica al momento del diagnóstico (Gráfico 5).

**Gráfico 6.** Tipo histológico**Gráfico 7.** Tamaño tumoral

Por otra parte, también fueron evaluadas varias características histopatológicas. Con respecto al tipo histológico, en ambas poblaciones el patrón más frecuente fue el carcinoma ductal invasor de tipo NOS; en el total de pacientes con reconstrucción, representó el 60%, seguido por el lobulillar invasor clásico (17%), el micropapilar (7%), el ducto-lobulillar (6%) y luego otros tipos menos frecuentes (8%). Como puede apreciarse, la distribución en la población de pacientes en quienes no se realizó reconstrucción fue similar (Gráfico 6).

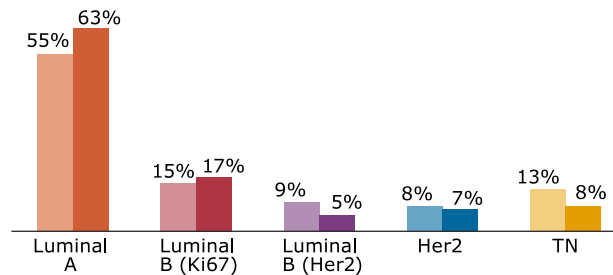
Las pacientes reconstruidas mostraron una proporción significativamente mayor de tumores menores de 2 centímetros (68%, n=85) en relación con aquellas sin reconstrucción (57%, n=191), con un OR 29,1 (IC<sub>95</sub> 1,89-4,46) p<0.0001. Se halló una menor

**Gráfico 8.** Grado Histológico**Gráfico 9.** Distribución (localización tumoral)

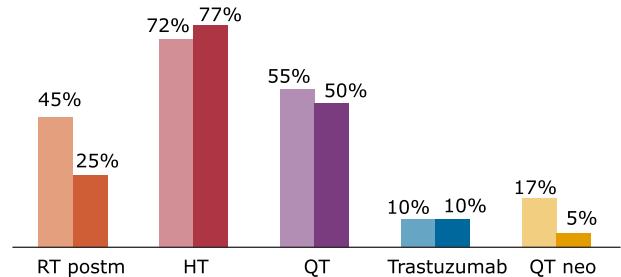
proporción de pacientes con Grado Histológico 3 en aquellas con reconstrucción (51 pacientes vs 192), con un OR 0,47 (IC<sub>95</sub> 0,31-0,71) p=0.0004 (Gráficos 7 y 8).

Por otra parte, como se puede observar en el Gráfico 9, la distribución de la localización tumoral fue similar en ambas poblaciones (unifocal, multifocal o multicéntrico).

Otro parámetro evaluado fue la distribución de subtipos según la inmunohistoquímica en ambas poblaciones. En la población reconstruida, existió un 55% de pacientes con tumores de tipo Luminal A y 22% con tumores de tipo Luminal B. Dentro de este grupo, el 17% está representado por tumores con Ki-67 alto (>14%) o con discordancia en la expresión de receptores hormonales, mientras que el 5% corresponde a pacientes con expresión de

**Gráfico 10.** Subtipos según Inmunohistoquímica\*

\*Las columnas de la izquierda son las pacientes que no realizaron reconstrucción inmediata.

**Gráfico 11.** Tratamientos adyuvantes

\*Las columnas de la izquierda son las pacientes que no realizaron reconstrucción inmediata.

receptores hormonales y sobreexpresión concomitante de HER2/neu. Además, el 7% de las pacientes correspondió al fenotipo HER2 puro (sin expresión de receptores hormonales) y el 8% restante a los carcinomas triple negativos. De esta manera, en esta población, los tumores luminales representaron el 85% (Gráfico 10).

Otro de los aspectos valorados fue el tratamiento adyuvante. La indicación de hormonoterapia fue similar en ambos grupos, lo cual correlaciona positivamente con la distribución de subtipos inmunohistoquímicos en ambas poblaciones (72% vs 77%). Como es de esperar, el porcentaje de pacientes sometidas a quimioterapia neoadyuvante por presentarse con cáncer de mama localmente avanzado fue significativamente mayor en el grupo de mastectomías sin reconstrucción (17% vs 5%). No obstante, el 25% de las pacientes reconstruidas recibió radioterapia post mastectomía. En la mayoría de estas pacientes, la radioterapia fue indicada por mayor carga de enfermedad axilar que la esperada o enfermedad extraganglionar (perforación capsular). En estos casos, en acuerdo con el servicio de cirugía plástica, se indicó la radioterapia luego del recambio de expansor por prótesis definitiva, y no

se documentaron complicaciones. El 50% de las pacientes en el grupo con reconstrucción y el 55% en el grupo control recibieron quimioterapia adyuvante (Gráfico 11).<sup>(4,5,6)</sup>

En relación con el manejo de la axila, 75 pacientes (57,3%) de la población sometida a reconstrucción fueron tratadas con biopsia de ganglio centinela *versus* 72 pacientes (21,49%) de la población sin reconstrucción. En el grupo de reconstrucción, 45 pacientes requirieron linfadenectomía axilar *versus* 226 pacientes del grupo sin reconstrucción. En 11 pacientes del grupo reconstruido y 38 del control no se evaluó la axila (Nx o cirugía de toilette).

Finalmente, se evaluó también el seguimiento a largo plazo de ambas poblaciones. La media de seguimiento en el grupo de pacientes con mastectomía sin reconstrucción fue de 39 meses (4-93 meses). 46 pacientes de ese grupo fueron perdidas en seguimiento. Con respecto a las pacientes con reconstrucción inmediata, la media de seguimiento fue de 28 meses (4-90), habiéndose perdido 2 pacientes en seguimiento. En la Tabla 1 se pueden observar los eventos documentados en el seguimiento de ambos grupos.

**Tabla 1.** Eventos documentados

Evento	Mast. s/Rec (4-93 meses)	Mast. c/Rec (4-90 meses)
Recaída local	24 (7%)	8 (6%)
Recaída a distancia	43 (13%)	4 (3%)
Muerte	50 (15%)	2 (1,5%)
Sobrevida libre de enfermedad	172 (59,5%)	112 (88,8%)

## CONCLUSIONES

La reconstrucción mamaria es una opción terapéutica que los médicos ofrecemos y podemos sugerir, pero la decisión del paciente influye categóricamente en los resultados obtenidos.

Según los hallazgos derivados de nuestro estudio comparativo, hubo significativamente mayor cantidad de tumores de más de dos centímetros en la población con peores resultados, así como también tumores con Grado Histológico 3 en la población de pacientes no reconstruidas. A su vez, la edad promedio en pacientes reconstruidas fue menor.

La distribución de subtipos inmunohistoquímicos fue similar. En cuanto a la escasez de eventos a distancia y muerte en el grupo de reconstrucción, ella podría atribuirse, en parte, a que hubo mayor cantidad de tumores menores a 2 cm, con estadios de presentación menos avanzados y menor grado histológico, por un posible sesgo de indicación debido a que la tendencia es a desaconsejar la reconstrucción mamaria en estadios avanzados. Por otra parte, la falta de eventos podría estar en relación con el tiempo de seguimiento abreviado, dado que el mayor aporte de pacientes a esta población se produjo entre 2011 y 2013, con lo cual el tiempo para evaluar recaída probablemente resulte insuficiente.

De todos modos, la tendencia a proponer reconstrucción mamaria en estadios iniciales (0-IIA) es cada vez mayor en nuestra institución y, sobre la

base de nuestro estudio poblacional, la conservación de piel parecería no ser un factor de riesgo de recaída local.

En la literatura, se constata que algunos grupos postulan que la reconstrucción misma permitiría una mejor percepción de la imagen propia, cuyo efecto sobre el bienestar y la sobrevida no podemos cuantificar objetivamente. Sin embargo, esto podría ser también un factor secundario colaborador en los resultados positivos documentados en esta población.

En resumen, a lo largo de los últimos años, en nuestro servicio, ha aumentado drásticamente la indicación de la reconstrucción inmediata, sin aparente impacto sobre la sobrevida libre de enfermedad. En relación con el grupo sin reconstrucción, nuestras pacientes fueron más jóvenes y tuvieron tumores más pequeños. No se objetivaron complicaciones mayores asociadas a la indicación de reconstrucción. Aunque aún falta tiempo de seguimiento, parecería ser que la reconstrucción inmediata sería una opción factible y segura en los cánceres de mama en estadios tempranos.<sup>3,4,5,7</sup>

## REFERENCIAS

1. Elder E, Brandberg Y, Bjorklund T. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate reconstruction: a prospective study. *Breast* 2005; 14: 201-208.



2. Fernandez-Delgado J, Lopez Pedraza M. Satisfaction with and impact of immediate and deferred breast reconstruction. *Ann Oncol* 2008; 121: 381-388.
3. Momoh AO, Colakoglu S. The impact of nipple reconstruction on patient satisfaction in breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 2012; 69: 389-393.
4. Lee BT, Adesiyun TA. Postmastectomy radiation therapy and breast reconstruction: an analysis of complications and patient satisfaction. *Ann Plast Surg* 2010; 64: 679-683.
5. Barry M, Kell MR. Radiotherapy and breast reconstruction: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2011; 127: 15-22.
6. Clarke M, Collins R. Effects of radiotherapy and differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 366: 2087-2106.
7. Shaikh-Naidu N, Preminger BA. Determinants of aesthetic satisfaction following tram and implant breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 2004; 52: 465-470.

## ANEXO

**Tabla A. 1.** Características de las poblaciones

Característica	Sin Reconstrucción (%) n=335	Con Reconstrucción (%) n=131	Característica	Sin Reconstrucción (%) n=335	Con Reconstrucción (%) n=131
<b>Edad</b>			<b>Tamaño Tumoral</b>		
<31	4	1	<10 mm	14	28
31-40	28	27	10-20 mm	29	40
41-50	66	53	>20 mm	57	32
51-60	61	25	<b>Grado Histológico</b>		
61-70	67	20	I	5	10
71-80	62	4	II	37	49
>80	38	0	III	58	41
<b>Estadio Clínico</b>			<b>Inmuno fenotipo (IHQ)</b>		
0	3	3	Luminal A	184 (55%)	76 (63%)
I	77	70	Luminal B	79 (24%)	27 (22%)
IIa	100	35	HER2	27 (8%)	8 (7%)
IIb	61	12	TN	42 (13%)	10 (8%)
IIIa	42	5			
IIIb	37	3			
IV	15	0			
<b>Tipo Histológico</b>					
CDIS	1	2			
Ductal NOS	58	60			
Lobulillar	23	17			
Micropapilar	9	7			
Ducto-lobulillar	4	6			
Otros	5	8			

## 8. DEBATE

**Dr. González:** El trabajo es muy interesante. Lo que pasa es que, en realidad, es una lectura rápida, pero cuando uno busca sacar resultados... Obviamente, es un trabajo retrospectivo, están mezclándose algunas cosas. Por ejemplo, están mezclando reconstrucción inmediata con conservación de piel *versus* no reconstrucción. Entonces, hay muchas conclusiones en las que, quizás, se está mezclando comparar dos grupos –reconstrucción o no reconstrucción– con otra evaluación que sería la conservación de piel como una cosa independiente. Entonces, sacar conclusiones es medio complicado. Por otro lado, el sesgo es muy marcado para sacar conclusiones, porque, si se consideran grupos prospectivos, es muy lógico que una paciente tenga mal pronóstico. La tendencia –más hoy en día, en que se comparte con la paciente– es a no reconstruir o a reconstruir en forma diferida, sobre todo por los tratamientos adyuvantes; obviamente, los casos más favorables van a ir a reconstrucción inmediata; son los preferibles, los de mejor evolución. Por último, con respecto a la categoría Estadio III, que es una categoría muy complicada y otro subgrupo de recidivas post cirugía conservadora, te quería preguntar algo: porque en recidiva conservadora estamos tratando pacientes irradiadas y yo vi –o por lo menos entendí– que, en toda la cantidad de pacientes reconstruidas, la técnica de reconstrucción más indicada eran las prótesis expansores y que había, creo, tres o cuatro TRAM. Entonces, había muchas más pacientes con recurrencias locales a las que ya hacerle una conservación de piel es algo relativamente riesgoso, y un doble riesgo si la reconstrucción es inmediata con expansores o prótesis. Entonces, la pregunta es: en ese subgrupo de pacientes, ¿qué complicaciones tuvieron? Porque la conservación de piel, obviamente, no es una cosa gratis, tiene riesgos. La segunda pregunta es: cuando ustedes hacen la curva de recaídas locales en los dos grupos, ¿coincidieron como factores independientes el riesgo o no riesgo relacionado con los factores histopronósticos? Porque, por ejemplo, el grupo de mastectomía sin reconstrucción, teóricamente, tendría que tener más recurrencias locales por los factores histopronósticos.

cidieron como factores independientes el riesgo o no riesgo relacionado con los factores histopronósticos? Porque, por ejemplo, el grupo de mastectomía sin reconstrucción, teóricamente, tendría que tener más recurrencias locales por los factores histopronósticos.

**Dra. Calvo:** En la primera pregunta que usted hizo, refería a que eran dos poblaciones basalmente heterogéneas. Por eso no hicimos curvas de supervivencia, ni tampoco un análisis estadístico comparativo directo –aunque en un primer momento lo pensamos como posibilidad–. Evaluamos con nuestro estadígrafo que las dos poblaciones no tenían homogeneidad y que eran ya tan sesgadas las indicaciones que no tenía mucho sentido hacer una estadística de la supervivencia. Tomamos más que nada a la población sin reconstrucción como un grupo de comparación para contar un poco la estadística y también cómo fue la indicación en nuestra experiencia. Pero no lo tomamos como un grupo comparable. Quizás no quedó claro en la explicación, pero entendemos que son dos grupos heterogéneos de por sí; por eso la indicación es totalmente diferente de la conservación de piel o no. Con respecto a las pacientes que habían hecho radioterapia previamente porque eran recaídas, no hubo grandes complicaciones asociadas a la radioterapia. Desde hace muchos años que se está haciendo radioterapia tridimensional en el Centro de Oncología Radiante que depende del Hospital. Por supuesto, las pacientes son sometidas a evaluación en Cirugía Plástica antes de hacerles la propuesta. En general, no tuvimos ningún rechazo del expansor prótesis, ni tampoco tuvimos necrosis de la cicatriz ni de los colgajos. Tratamos de ser lo más conservadores posible con los colgajos, ser lo más oncológicamente seguros para mantener colgajos bien vascularizados. Hasta ahora no hemos tenido grandes complicaciones con eso, aunque son pocos años de seguimiento. Sí tuvimos una paciente, que es una de las más ancianas, que hizo una reconstrucción y que tuvo una infección después de la

colocación del expansor. Fue una paciente que no tuvo recaída post cirugía conservadora, sino que había tenido un cáncer de mama y otro de ovario. Este último unos veinte años antes, y ahora presentaba el cáncer de mama. Se le hizo la mastectomía con reconstrucción, y tuvo una infección post operatoria importante. Se le retiró el expansor. Fuera de eso no hemos tenido grandes complicaciones a nivel de la piel ni de necrosis.

**Dr. Dávalos Michel:** A mí no me queda muy claro el trabajo, porque una conclusión podría ser que ustedes hacen reconstrucción y mastectomía con preservación de piel. Dicen que cuanto más grande es el tumor menos reconstrucciones hacen. Me imagino que harán menos mastectomías con preservación de piel. Porque si uno hace mastectomías para preservar la piel, hace reconstrucción. Cuanto mayor grado, menos reconstrucción. Si hay quimioterapia neoadyuvante, menos reconstrucción. Si hay radioterapia, menos reconstrucción. Si hay linfadenectomía axilar, menos reconstrucción. Entonces, yo quisiera saber ¿cuál es la contraindicación de una no reconstrucción con un alto grado nuclear? Cuando uno hace mastectomía es porque los tumores son grandes o multicéntricos, ¿cuál es la contraindicación de un tumor grande?, ¿cuál es la contraindicación de una poliquimioterapia neoadyuvante?, ¿cuál es la contraindicación de una reconstrucción con una linfadenectomía axilar? Y podríamos discutir de la radioterapia. Eso es lo que tendrían que haber puesto ustedes como conclusión: "Nuestras indicaciones son..." Porque si no, yo digo: "En el Hospital Italiano están haciendo mastectomía con preservación de piel y reconstrucción". Si no, no entiendo la finalidad del trabajo.

**Dra. Calvo:** En realidad, el planteo no es tanto que esas son características que hayan decidido la indicación o no de la mastectomía con reconstrucción. Fueron hallazgos en las poblaciones que fueron sometidas a mastectomía con reconstrucción. En el Hospital tenemos la suerte de contar con punción

percutánea, y todas las pacientes van a quirófano con diagnóstico. En algunos de los casos en los cuales hubo que hacer después un mayor tratamiento adyuvante, fueron pacientes que tuvieron mayor carga axilar de lo esperado, que tuvieron tumores más agresivos de lo que se había diagnosticado inicialmente por la punción histológica. Pero no es que nosotros indiquemos o no la reconstrucción según el grado histológico o sobre la base de las demás características, excepto en el caso de las pacientes que se presentan con tumores localmente avanzados, en los cuales sí les aconsejamos la reconstrucción en un primer momento, porque sabemos de los resultados estéticos después de la radioterapia post mastectomía. No solamente se trata del resultado estético, sino también de la dificultad para la planificación de la radioterapia con la presencia del expansor; se dificulta el uso de la reconstrucción. Pero no es que nosotros no usemos la reconstrucción en esas pacientes. Es simplemente una descripción de los hallazgos a partir de la población en la que hicimos la reconstrucción. La reconstrucción se indica según el estadio clínico del diagnóstico y según la relación volumen tumoral-volumen mamario y demás. No es al revés.

**Dr. Mc Lean:** Escuchar un trabajo de reconstrucción mamaria del Hospital Italiano de Buenos Aires a mí me pone muy contento, y realmente los quiero felicitar. Creo que es un servicio muy importante, por la calidad de los profesionales, por el volumen de trabajo que tienen y por la calidad científica. Creo que es la primera vez que escucho un trabajo de reconstrucción mamaria de ustedes, por lo tanto los aliento a que sigan en esto, porque es muy importante. Hoy la reconstrucción mamaria es parte del tratamiento del cáncer de mama; tiene que estar, y más en un hospital como el Italiano. Con respecto a lo que pude ver de las indicaciones, me parece bien. Yo creo que al principio tiene que haber una curva de aprendizaje y ser cautos con las indicaciones. Estoy totalmente de acuerdo en que en tumores

grandes, que necesitarán radioterapia post mastectomía, no reconstruyan la mama en forma inmediata. Nosotros generalmente lo estamos haciendo de esa manera también. Por último, en la discusión o en las conclusiones, hablaste algo de la satisfacción de las pacientes. Nosotros presentamos acá un trabajo de satisfacción, en el cual estudiamos el tema, y lo que encontramos es algo que está publicado, pero que también lo pudimos ver en nuestras pacientes: la alta satisfacción con reconstrucción mamaria inmediata. Las pacientes están muy contentas, mucho más contentas que nosotros, con el resultado que obtenemos. Al momento de hacer el juicio de evaluación, la paciente categoriza al resultado obtenido como mucho mejor que lo que nosotros como médicos juzgamos. Desde ese punto de vista, la reconstrucción mamaria es algo muy positivo para las pacientes. Nada más. Felicitaciones por el trabajo.

**Dra. Calvo:** Gracias, doctor.

**Dr. Corrao:** Yo quería aportar un poquitito al comentario que había hecho el Dr. Dávalos Michel con respecto a las indicaciones. En este trabajo, nosotros mostramos en parte la evolución que tuvimos en las indicaciones de reconstrucción mamaria, que, al principio, eran muy acotadas. Al principio, la limitábamos a esos casos ideales, que eran pacientes con un carcinoma *in situ*, tal vez extenso, que no daba para un tratamiento conservador y que no iban a tener que hacer un tratamiento posterior. El número menor de reconstrucciones en pacientes que tienen indicada radioterapia post mastectomía y en neoadyuvancia también obedece un poco a que, cuando la paciente tiene que hacer una terapéutica neoadyuvante, después se opera y el paso siguiente que tiene que hacer es la radioterapia. Desde el punto de vista de la cirugía plástica, los cirujanos prefieren que la paciente sea irradiada con el implante definitivo ya colocado y no con el expansor. Cuando recibimos una paciente que tiene que hacer un tratamiento adyuvante, la opera-

mos en el tiempo que está haciendo su adyuvancia con quimioterapia. Se va inflando el expansor, y se puede programar con el servicio de Cirugía Plástica y de Ginecología Oncológica cuándo va a terminar el tratamiento. Se hace la cirugía de recambio, se pone la prótesis y después se irradia. Eso no nos sucede en las pacientes que ya tienen una quimioterapia previa y que, después de operadas, tienen que ir directo a la radioterapia. Ese también es otro de los motivos por el cual no lo indicamos, más allá de que en el cáncer localmente avanzado no nos parece una indicación de las mejores.

**Dr. Cassab:** Yo quería preguntarles si en algún caso consideraron conservar el complejo areola-pezones. Si hicieron mastectomías profilácticas, ¿lo consideraron en ese caso? Otra de las preguntas que me hacen desde el interior es: ¿tuvieron algún tipo de seromas, complicaciones o contractura capsular cuando hicieron la radioterapia con la colocación del implante en las mamas que se reconstruyeron en forma inmediata?

**Dra. Calvo:** Hasta ahora no hemos tenido ninguna complicación estética asociada a la radioterapia. De todas maneras, son pocas pacientes y es poco el tiempo de seguimiento. Deberíamos ver si, en un futuro cercano, observamos alguna paciente que tenga alguna dificultad estética. Sí, por supuesto, tuvimos seromas. El seroma está subdocumentado en nuestra población. En general, dependemos no solamente de nuestro registro, sino también del registro de Cirugía Plástica. A veces no es fácil que todo esté bien documentado. Entonces, sabemos que probablemente la incidencia de seromas sea mayor de la que nosotros podamos rescatar, pero ninguno ha llevado a la necesidad de extraer la prótesis, excepto en un solo caso que fue asociado a una infección del expansor. Respecto de la conservación areola-pezones, sí, las adenomastectomías de reducción de riesgo y cirugías profilácticas no están incluidas en este trabajo, porque todas estas fueron pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama.

Conservamos el complejo areola-pezón en pacientes que hacen cirugías de reducción de riesgo o que hacen cirugías profilácticas y también en algunas pacientes que hacen cirugía por cáncer de mama. Respetamos las contraindicaciones generales de que no haya derrame por pezón, ni microcalcificaciones cercanas al complejo areola-pezón; y en algunas de las pacientes hemos hecho también mastectomías con conservación del complejo. No las discriminé porque eran pocas. Tenemos algo de experiencia en eso, estamos empezando a tener cada vez más, sobre todo en los dos últimos años –que no están incluidos en el seguimiento porque el trabajo cortó en 2013–. En los años 2014 y 2015, apuntamos mayormente a la conservación del complejo areola-pezón.

**Dr. Martín:** A mí lo que me tranquiliza con respecto al auge de las mastectomías con reconstrucción es que no han disminuido el tema del tratamiento conservador. Porque fue uno de los motivos de debate últimamente. Acá tuvimos una mesa hace unos años, en que se comentó que la cirugía oncológica, el tema de la resonancia magnética y todo esto han aumentado radicalmente –por ejemplo, en EE.UU. en la Clínica Mayo– el número de mastectomías –en pacientes con cáncer, no hablamos de las mastectomías profilácticas o de reducción de riesgo–. Creo que el tratamiento conservador es el inicial y de elección en el cáncer de mama, salvo que tenga una contraindicación, porque si no las estadísticas de veinticinco años de Veronesi y de Fisher indicarían que el tratamiento conservador no sirve. Así que me pone bien el hecho de que el aumento de las mastectomías no haya disminuido el número de cirugías conservadoras en el cáncer de mama.

**Dr. Elizalde:** La proporción es 35% a 65%.

**Dr. Martín:** Bueno, en ellos no disminuyó; tal vez en otros lados la cirugía conservadora es más alta, en nuestro país por lo menos.

**Dr. Elizalde:** Con respecto a la mastectomía tuvimos una evolución de pensamiento, y los que tenemos unos años más hemos asistido a mastectomías a secas, y no había ninguna otra cosa que fuera ni siquiera pensable, después pensamos: mastectomía a quien se le podía reconstruir; y hoy pensamos mastectomía a quienes no se les debe reconstruir. Porque hoy, la verdad, mastectomía pasó a ser el nombre y el apellido es “con reconstrucción inmediata” o “con reconstrucción diferida” y con la técnica que quieran. Eduardo podría hablar horas de todas las técnicas posibles que hay para reconstruir una mama. Hoy “mastectomía con reconstrucción” debiera ser el nombre completo. Hablar de mastectomía a secas me parece que es hasta anacrónico. Es la excepción. Son pacientes realmente raras. También es cierto un comentario que me hizo el doctor Barbera: a aquellas pacientes que están mastectomizadas, después de cierto tiempo no es fácil convencerlas de que se reconstruyan. No piden la reconstrucción. Sigue esa filosofía en la gente. No sé si lo compartís, Eduardo, vos que tenés experiencia en esto; pero, después de un tiempo, cuando uno cree que se van a reconstruir porque son mujeres jóvenes que han quedado realmente con un defecto cosmético importante, no lo piden. Y, como bien mencionó Nacho, las que tienen reconstruidas la mama siempre están más contentas que uno. Porque uno busca la perfección, o porque uno tal vez sea perfeccionista y cree que tienen que quedar exactamente igual a como venían antes de ser operadas. Hay mucha conformidad en las que se hicieron la reconstrucción, pero también hay mucho rechazo a hacerla en un tiempo diferido entre aquellas que no hicieron reconstrucción inmediata.

**Auditorio:** Yo te puedo dar mi opinión basada en la experiencia de muchos años en el tema. En realidad hoy, como decía hace un rato Nacho, en la evaluación de las reconstrucciones es mucho más importante la calidad de vida de las pacientes manifestado por los tests de las pacientes, no por nuestros

resultados objetivos, por nuestra visión –que es un análisis muy estricto de los que vemos como simetría y como un montón de factores–. Eso por un lado. Por otro, vivimos más de veinte años haciendo esto, y vimos toda la evolución de las pacientes que nunca se reconstruían y que se empezaban a reconstruir a partir de las que se hacían reconstrucción inmediata y que en la sala de espera del consultorio las “convencían” de que se reconstruyeran. Esa es un poco la evolución. Sobre lo que dijo recién Jorge muy al pasar, recordando la presentación que hizo acá hace unos años –referida a la mastectomía relacionada con la resonancia magnética y demás–, ese es un tema que se discutió mucho: que la cirugía

oncoplástica aumentaba la tasa de mastectomías. Sobre este tema, les recomiendo a todos ustedes, sobre todo a la gente joven, ver un editorial que hice hace tres o cuatro años en la revista de Mastología, dando fundamentos de que, en realidad, sucede todo lo contrario. Hoy, en verdad, la cirugía oncoplástica aumenta la tasa de cirugías conservadoras, porque la mayor cantidad de técnicas descriptas son para conservar mamas que antes no se podían conservar: antes eran resecciones muy amplias, quedaban las mamas deformadas. Inclusive, hoy hasta se puede mejorar la radioterapia en cirugía conservadora a expensas de técnicas oncoplásticas.