

Recidiva local post mastectomía en pacientes reconstruidas con colgajo autólogo

Reporte de casos y revisión de la literatura

Santiago Valentín Acevedo,
Alejandra Mariel García,* Juan
A. M. Isetta,* Lucas Cogorno,*
Gabriela Candás,* Agustina
González Zimmermann,*
Sabrina Marcia Sigal,*
Daniela Martínez Denaro,*
Héctor Daniel Vuoto,*
Juan Luis Uriburu**

RESUMEN

Introducción

Los colgajos autólogos presentan un beneficio cosmético innegable, y a eso también se puede sumar la previsibilidad a largo plazo y la relativa simplicidad con la que se puede realizar su seguimiento. Proporcionan una similitud real con el tejido mamario normal, consiguiendo mamas de consistencia y simetría natural, con resultados que perduran en el tiempo y disminuyen la necesidad de correcciones secundarias.

Objetivo

Evaluar la incidencia de recidivas locales en pacientes mastectomizadas y reconstruidas con colgajos autólogos en el Hospital Británico de Buenos Aires de enero de 1997 a diciembre de 2013 y describir su forma de presentación, diagnóstico y tratamiento posterior.

Material y método

Estudio retrospectivo, descriptivo. Se efectuó la revisión de las historias clínicas de pacientes tratadas por cáncer de mama en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital Británico de Buenos Aires a quienes se efectuó reconstrucción mamaria con colgajo autólogo post mastectomía entre enero de 1997 y diciembre de 2013.

*Servicio de Patología Mamaria del Hospital
Británico de Buenos Aires.

Correo electrónico de contacto:
acevedosantiago@gmail.com

Se obtuvieron los datos de 267 pacientes con reconstrucciones mamarias con colgajos autólogos.

Del total de las pacientes estudiadas, 12 presentaron recurrencias locales. El seguimiento medio fue de 135,1 meses (rango 33-214).

Resultados

Se registraron doce recidivas locorregionales en estas pacientes, lo que representa una tasa de recurrencia del 4,49%.

En el 66,6% de las pacientes, las lesiones fueron dérmicas y/o subdérmicas incluyendo en parte al colgajo autólogo. En el otro 33,3% de los casos, las recurrencias se observaron en el músculo de la neo mama.

En cuanto a los tratamientos de las recidivas, siete pacientes (58,3%) realizaron resecciones locales de las recurrencias en el colgajo, y no hubo necesidad de utilización de colgajos adicionales ya que se pudo llevar a cabo el cierre primario. En una paciente, debido al extenso compromiso de la piel, se debió realizar la resección del colgajo dorsal, y, en forma inmediata, se reconstruyó con colgajo dorsal libre y expansor tisular transitorio.

Conclusiones

Nuestro estudio mostró que la reconstrucción post mastectomía con colgajos autólogos es un procedimiento oncológicamente seguro.

Las recurrencias se pudieron detectar sin demoras y el tratamiento, en la gran mayoría de los casos (91,6%), no requirió la pérdida del colgajo.

Palabras clave

Reconstrucción mamaria. Colgajo autólogo. Recidiva local.

SUMMARY

Introduction

Autologous flaps have an undeniable cosmetic benefit and a long term predictability. It provides similarity to normal breast tissue, breast consistency and natural symmetry, with results that last in time and decrease the need for secondary corrections. Therefore, it remains as a worldwide reconstructive modality.

Objective

To evaluate the incidence of local recurrence in patients who underwent mastectomy and were reconstructed with autologous flaps at the British Hospital of Buenos Aires from January 1997 to December 2013. Describe their presentation, diagnosis and treatment.

Materials and method

A retrospective review of the medical records of patients treated for breast cancer at the Breast Diseases Division of Buenos Aires British Hospital, whom breast reconstruction was performed with autologous flap after mastectomy between January 1997 and December 2013.

We obtained data from 267 patients with breast reconstruction with autologous flaps.

Of the total patients studied, 12 had local recurrences. The average follow-up was 135.1 months (range 33-214).

Results

Twelve locoregional recurrences were reported, with a recurrence rate of 4.49%.

In 66.6% of patients the lesions were dermal and/or subdermal including in part the autologous flap. In the other 33.3% of cases the recurrence was in the muscle.

Seven patients (58.3%) had a local resection of the recurrence in the flap, and there was no need to use additional flaps to perform the primary closure. In one patient, due to extensive skin involvement, flap resection was performed.

Conclusions

Our study showed that post mastectomy reconstruction with autologous flap is a safe procedure.

Recurrences could be detected without delay, and treatment, in most cases (91.6%), did not require flap loss.

Key words

Breast Reconstruction. Autologous Flap. Local Recurrence.

INTRODUCCIÓN

A pesar del incremento del diagnóstico precoz en el cáncer de mama, un gran número de pacientes continúa necesitando la mastectomía como tratamiento quirúrgico de elección.

Los avances en procedimientos diagnósticos y terapéuticos para el cáncer de mama han puesto a nuestro alcance novedades técnicas, cuyas consecuencias alejadas no están todavía suficientemente claras. Tal es el caso de las recurrencias locales en colgajos autólogos empleados para la reconstrucción mamaria post mastectomía.

Actualmente, el tratamiento del cáncer de mama incluye no solo la resección oncológica del tumor con márgenes satisfactorios, sino también la reparación inmediata o diferida de las secuelas originadas por el tratamiento quirúrgico. La reconstrucción mamaria post mastectomía puede hacerse con materiales heterólogos (implantes protésicos-expansores) o con tejidos autólogos.

Afortunadamente, la reconstrucción mamaria ha demostrado ser una alternativa válida, confiable y segura, ocupando un rol fundamental e irremplazable en la terapéutica del cáncer de mama.¹ De hecho, muchos autores sugieren la posibilidad de mejorar el pronóstico de la enfermedad en relación con el beneficio psicológico que produce la conservación de la estructura e imagen corporal.^{2,3} La posibilidad de realizar una reconstrucción mamaria en una mujer con cáncer de mama, luego de una mastectomía, es sin duda uno de los aportes más valiosos dentro del tratamiento de esta enfermedad. La reconstrucción mamaria permite a la mujer reintegrarse a su núcleo social y familiar en mejores condiciones y ayuda a superar la pérdida de un órgano emocionalmente muy importante, símbolo de femineidad y sexualidad. En este sentido, la reconstrucción mamaria inmediata ha demostrado ser la mejor herramienta para combatir el duelo que implica la mastectomía.¹⁹

Los colgajos autólogos presentan un beneficio cosmético innegable, y a eso también se puede sumar la previsibilidad a largo plazo y la relativa simplicidad con la que se es posible realizar su seguimiento. Proporciona una similitud real respecto del tejido mamario normal, consiguiendo mamas de consistencia y simetría natural, con resultados que perduran en el tiempo y disminuyen la necesidad de correcciones secundarias.⁴

A pesar de todo esto, el uso de estas técnicas sigue siendo una cuestión de debate. Las principales preocupaciones en relación con la utilización de este tipo de colgajos son:

- Los márgenes quirúrgicos.

- La posibilidad de que el colgajo pueda enmascarar una recurrencia local, retrasando así su diagnóstico y posterior tratamiento.
- La falta de consensos sobre cuál sería la estrategia de *screening* más adecuada en este tipo de pacientes.

Por lo tanto, no debería sorprendernos que algunos autores especulen que con la utilización de los colgajos autólogos post mastectomía se puedan presentar peores resultados oncológicos, especialmente en pacientes con enfermedad avanzada.⁵

La finalidad de este trabajo es analizar la forma de presentación, el manejo y el seguimiento de las pacientes con recurrencias locales luego de haber realizado técnicas de reconstrucción con colgajos autólogos.

OBJETIVO

Evaluar la incidencia de recidivas locales en pacientes mastectomizadas y reconstruidas con colgajos autólogos en el Hospital Británico de Buenos Aires entre enero de 1997 y diciembre de 2013, y describir su forma de presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución posterior.

MATERIAL Y MÉTODO

Previo aprobación del Comité de Revisión Institucional del Hospital Británico de Buenos Aires, se efectuó la revisión de las historias clínicas de pacientes tratadas por cáncer de mama en el Servicio de Patología Mamaria, a quienes se efectuó reconstrucción mamaria post mastectomía con colgajo autólogo entre enero de 1997 y diciembre de 2013.

Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de 267 pacientes con reconstrucciones mamarias con colgajos autólogos.

En dicho periodo se efectuaron: 167 reconstrucciones con colgajo TRAM pediculado (colgajo miocutáneo transversal de recto abdominal), 95 colgajos musculocutáneos dorsales (Latissimus Dorsi) y 5 DIEP (Perforantes de la Epigástrica Inferior Profunda).

De estas reconstrucciones, el 76,5 % (204) fueron inmediatas y en el 23,5% (63) fueron diferidas.

De las 267 pacientes que realizaron reconstrucción con colgajos autólogos en el periodo de estudio, la media de edad fue de 49,1 años (rango 29-77 años).

Todas las pacientes estudiadas realizaron mastectomía previa a la reconstrucción. No se incluyeron cuatro pacientes que realizaron recons-

trucción con colgajos autólogos para corregir defectos quirúrgicos post cirugía conservadora y una paciente con Síndrome de Poland.

En el 21,3% (57) de los casos, la mastectomía fue posterior a una recidiva de un tratamiento conservador.

Se definió como *recidiva local* a la biopsia probada de carcinoma en los colgajos residuales de piel post mastectomía o en los tejidos transpuestos de la reconstrucción realizada.

Del total de las pacientes estudiadas, 12 presentaron recurrencias locales.

Se revisaron las historias clínicas de estas 12 pacientes y se analizaron los siguientes factores: edad, antecedentes familiares, *status* menopáusicos, características mamográficas y ecográficas, tamaño tumoral, tipo histológico, grado histológico, compromiso axilar, estado de receptores hormonales, Ki67, HER2 neu, estadio, tratamiento quirúrgico, tratamiento quimioterápico, tratamiento radiante, tratamiento hormonal, supervivencia libre de enfermedad y global, forma de diagnóstico de la recidiva, tamaño de la recidiva y tratamiento de la recidiva.

La supervivencia libre de enfermedad se calculó desde la fecha de cirugía que requirió la utilización de colgajos hasta la fecha de última consulta, recidiva locorregional o metástasis a distancia.

La supervivencia global se calculó desde la fecha de cirugía hasta muerte o última consulta realizada por la paciente.

El seguimiento de todas las pacientes reconstruidas consistió en: examen físico semestral con mamografía anual de la mama restante y ecografía anual que incluye la mama reconstruida. El seguimiento medio fue de 135,1 meses (rango 33-214).

RESULTADOS

Se registraron doce recidivas locorregionales en estas pacientes, lo que representa una tasa de recurrencia del 4,49%.

En la Tabla I se presentan los datos de los 12 casos de recidivas en colgajos autólogos.

La edad promedio al diagnóstico del tumor primario fue de 44,9 años (rango entre 31 y 57 años).

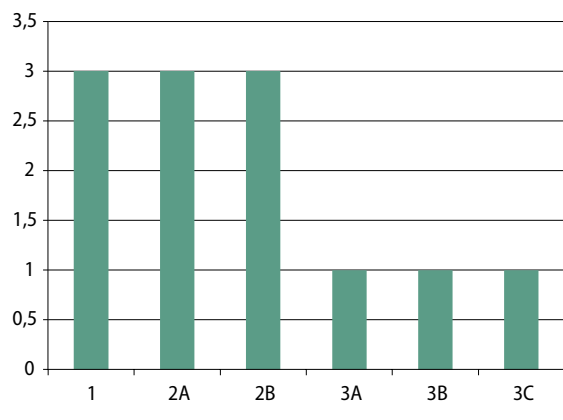
Cuatro pacientes (33,3%) presentaban antecedentes de carcinoma homolateral: una de ellas por Carcinoma *in situ* y el resto por Carcinoma ductal infiltrante. Por lo tanto, todas estas pacientes realizaron tratamiento radiante previo a la mastectomía.

Tabla I: Características de las pacientes

Paciente	Edad	Recidiva de Tto. conservador previo	T	Multicéntrico	Axila	Histología	GH	HER2 NEU	RE	RP	Ki67
1	39	No	1,8	No	Neg.	Mucinoso	2	Sin dato	20%	70%	Sin dato
2	49	No	1,3	Sí	Neg.	NOS	2	Sin dato	90%	60%	Sin dato
3	48	No	3,5	No	9/9	Lobulillar	3	Sin dato	95%	25%	Sin dato
4	45	Sí	2,1	No	Neg.	CDIS	2	Sin dato	85%	90%	Sin dato
5	50	No	1,7	No	Neg.	NOS	2	Sin dato	100%	60%	Sin dato
6	57	Sí	2,2	No	3/26	NOS	3	Neg.	40%	1%	40%
7	50	Sí	0,2	No	Neg.	NOS	3	Neg.	75%	60%	12%
8	41	Sí	3	No	3/14	NOS	2	Neg.	90%	70%	20%
9	57	No	3,8	No	4/12	NOS	2	Neg.	90%	2%	17%
10	31	No	2,8	Sí	3/12	NOS	2	Neg.	Neg.	Neg.	80%
11	38	No	9,5	Sí	22/23	NOS	3	Pos.	1%	40%	10%
12	34	No	2,5	No	Neg.	NOS	3	Pos.	95%	95%	30%

Referencias: GH: Grado Histológico; RE: Receptores de Estrógeno; RP: Receptores de Progesterona; Neg.: negativo; NOS: Carcinoma no específico; CDIS: Carcinoma ductal *in situ*. T: Tamaño tumoral; Tto.: tratamiento.

Gráfico 1. Recurrencias según estadios



El promedio del tamaño tumoral al diagnóstico del tumor primario fue de 2,85 cm (rango entre 0.2 y 9,5 cm). Y en tres casos (25%) se trataba de un carcinoma multicéntrico.

En el Gráfico 1 se presentan las recurrencias locales según el estadio inicial.

En el 25% de los casos (3 pacientes) se trataba de estadios localmente avanzados al momento del diagnóstico. En nueve pacientes, el tumor inicial no superaba los 5 cm.

Todas las recidivas locales ocurrieron en pacientes que realizaron reconstrucciones inmediatas. En todos los casos, el resultado cosmético fue considerado satisfactorio.

Tabla II. Tratamiento del tumor primario

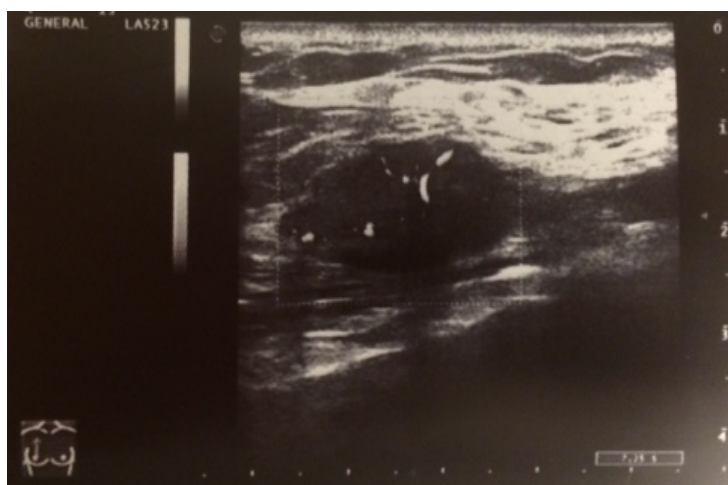
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Tipo de colgajo	TRAM	TRAM	TRAM	TRAM	TRAM	Dorsal	Dorsal	Dorsal	Dorsal	tram	Dorsal	Dorsal
Tto. local del tumor primario	No	No	No	RT previa	No	RT previa	RT previa	RT previa	RT áreas ganglionares y mastectomía	RT áreas ganglionares y mastectomía	RT áreas ganglionares y mastectomía	No
Tto. sistémico del tumor primario	CMF x 6 Tamoxifeno	Tamoxifeno	DC + tamoxifeno	No	CMF x 6	AC x 6	Letrozol	CMF x 6	DC x 4 + paclitaxel x 4 + tamoxifeno	AC x 4 + paclitaxel x 12	AC x 4 + paclitaxel + trastuzumab	AC x 4 + trastuzumab + tamoxifeno

Referencias: Tto.: tratamiento; RT: radioterapia; CMF: ciclofosfamida, metotrexate, 5 fluoracilo; DC: Docetaxel, ciclofosfamida; AC: Adriamicina, ciclofosfamida.

Tabla III. Características de la recidiva

Paciente	Intervalo libre en meses	Diagnóstico de recidiva	Metástasis	Tamaño recidiva (cm)
1	23	Clínica Nódulo Dérmico	No	0,5
2	16	Clínica Nódulo Dérmico	No	0,5
3	177	Clinica Nódulo en el músculo	Sí Subclavicular	3,8
4	144	Ecografía Nódulo en el músculo	No	1,5
5	143	Clínica Nódulo Dérmico	No	0,4
6	26	Clínica Nódulo Dérmico	No	1
7	23	Clínica Nódulo + retracción pezón	No	1
8	24	Clínica Nódulo Dérmico	Ósea	2,5
9	76	Ecografía Nódulo en el músculo	Ósea y mediastino	1,3
10	5	Clínica Nódulo Dérmico	Pulmón	1,2
11	17	Clínica Nódulo Dérmico	Ósea y pulmón	0,3
12	77	Clínica Nódulo Dérmico	No	0,7

Figura 1. Paciente DS, nódulo irregular de 21 mm, doppler positivo, en el espesor del músculo dorsal



Dichas recidivas se presentaron en seis pacientes con colgajo TRAM (50%) y en seis pacientes con colgajo Dorsal (50%). En nuestra serie, no se observaron recurrencias en aquellas pacientes con reconstrucciones con colgajo DIEP. (Tabla II)

En cuanto al diagnóstico de las recurrencias, en diez casos (83,3%) la detección fue por nódulo clínicamente palpable y en los 2 casos restantes (16,6%) por ecografía dirigida. La confirmación histológica se realizó por *core biopsy* o punch de piel. (Tabla III)

En nueve (75%) de las recidivas locales, las lesiones fueron dérmicas y/o subdérmicas, incluyendo en parte al colgajo autólogo. En el otro 25% de los casos, las recurrencias se observaron en el músculo del colgajo transpuesto (recto abdominal o dorsal ancho). En estas pacientes, la ecografía fue de vital importancia para su detección. En la Figura 1 se puede observar un ejemplo de ello.

Con respecto al tratamiento local de las 12 pacientes recidivadas, pudimos observar que en siete pacientes (58,3%) se realizó resección local de la recurrencia y no hubo necesidad de utilización de colgajos adicionales, ya que se pudo hacer el cierre primario. En una paciente (8,3%), debido al extenso compromiso de la piel, se debió efectuar la resección del colgajo dorsal, y, en forma inmediata, se reconstruyó con colgajo dorsal libre y expansor tisular transitorio. En las cuatro pacientes restantes (33,3%), no se efectuó resección de la recidiva debido a la presencia de metástasis a distancia.

El 41,7% (5 pacientes) realizó tratamiento radiante post recidiva. Cuatro pacientes (33,3%) ya habían sido irradiadas debido a que se sometieron a tratamientos conservadores en forma previa a la mastectomía. El 25% recibió

Tabla IV. Tratamiento de la recidiva

Paciente	Tratamiento local	Tratamiento sistémico	Seguimiento post recidiva	Óbito
1	RL+ RT neo mama	Tamoxifeno	169	No
2	RL + RT neo mama	Tamoxifeno	134	No
3	RT supra pectoral + Boost	Capecitabine + Anastrozol	38	No
4	BRQ + VAC axilar + RT áreas ganglionares	AC x 4 + Paclitaxel + Anastrozol	25	No
5	RL + RT neo mama	Letrozol - Anastrozol	39	No
6	RL	Letrozol	23	No
7	RL	Letrozol	22	No
8	RL + RT cresta ilíaca	Paclitaxel + Ácido Zoledrónico + Anastrozol	16	No
9	No	Palbociclib + Letrozol	7	No
10	No	Carboplatino	6	Sí 11 meses
11	RL + dorsal libre	Lapatinib + Capecitabine	44	Sí 61 meses
12	RT neo mama	Anastrozol + Análogos GNRH	13	No

Referencias: RL: Resección local; RT: Radioterapia; BRQ: Biopsia radio quirúrgica; VAC: Vaciamiento; AC: Adriamicina, Ciclofosfamida; GNRH: Hormona Liberadora de Gonadotropina.

radioterapia post reconstrucción inmediata. (Tabla IV).

En cuanto al tratamiento sistémico, el 75% de las pacientes realizó algún esquema de quimioterapia.

Once de las 12 pacientes que recidivaron (91,6%) presentaban tumores receptores hormonales positivos, tanto en el tumor primario como en la recidiva; por lo tanto, todas ellas realizaron tratamiento con hormonoterapia.

En solo un caso la paciente no realizó tratamiento posterior a la mastectomía.

Al momento del diagnóstico de la recidiva local, cinco pacientes (41,6%) presentaron metástasis a distancia, de las cuales 2 fallecieron. Las siete restantes (58,4%), hasta el momento, no presentaron otro evento local o a distancia.

El promedio de la supervivencia libre de enfermedad fue de 62,5 meses con un rango entre 5 y 177 meses.

La supervivencia global fue de 107,25 meses con un rango entre 11 y 215 meses.

DISCUSIÓN

En la literatura, la incidencia de recurrencia local en pacientes post mastectomía varía entre el 2 y el 7,5%.^{5,13,14} La tasa de recurrencia del 4,5 % del presente estudio coincide con los resultados previamente descriptos. Los factores que se asocian con mayores tasas de recidiva

local incluyen: el estadio al diagnóstico, el tamaño tumoral, ganglios positivos y la pobre diferenciación tumoral.

La mastectomía con reconstrucción inmediata con colgajos autólogos es un procedimiento ampliamente utilizado y ha demostrado que es una técnica eficaz y segura, incluso en contexto de carcinomas avanzados.^{11,12}

En este subgrupo de pacientes, las tasas de recidiva local, descriptas en la literatura, varían entre en 1 y el 10%.^{14,15} En la publicación de Trinconi *et al.* en pacientes Estadios IIIA- IIIC, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la recurrencia local y la supervivencia libre

de enfermedad al comparar pacientes que realizaron mastectomía *versus* mastectomía con reconstrucción inmediata con colgajo TRAM.¹⁶

En un estudio poblacional realizado en British Columbia, se describe una supervivencia global del 60% y enfermedad-específica del 68% a 5 años en pacientes Estadio III.¹⁷ Lim *et al.* describen una sobrevida libre de enfermedad a 5 años del 70,6 % y una sobrevida global del 79,4 % en pacientes con carcinomas localmente avanzados asociados a mastectomías con conservación de piel y reconstrucción mamaria inmediata.¹⁸

En nuestro estudio, no se consideró al Estadio III un impedimento para la realización de la reconstrucción con un colgajo autólogo. De las recidivas observadas, el 25% correspondió a dicho estadio.

Una de las preocupaciones con respecto a la reconstrucción con colgajos autólogos es si se impide o retrasa la detección de una eventual recidiva local.⁵

En nuestra serie, 10 (83,3%) de las recurrencias locales fueron detectables mediante el examen físico, incluso en los casos en donde el tumor medía menos de un centímetro.

Este resultado es consistente con otras series en donde la mayoría de las recurrencias locales fueron detectables mediante el examen físico.^{8,9} De 16 recidivas locales después de la reconstrucción inmediata con colgajo TRAM reportadas por Howard y colaboradores,⁹ todas fueron identificadas mediante un examen físico o síntomas subjetivos que se confirmaron posteriormente por estudios por imágenes.

Nuestra experiencia también pone de relieve la importancia del examen físico, ya que una correcta evaluación de una recidiva local puede diagnosticar una metástasis a distancia de forma sincrónica o metacrónica.

Tanto los médicos como los pacientes deben ser diligentes en los exámenes regulares de la piel de la mama restante y evaluar exhaustivamente cualquier cambio en el color o el aspecto.

En el 16,6% de las pacientes evaluadas en nuestro trabajo, el diagnóstico de la recurrencia fue ecográfico sin ningún hallazgo en el examen físico.

El rol del *screening* imagenológico en la mama reconstruida con colgajo autólogo post mastectomía es debatible debido a la baja incidencia de recurrencias que se observan en este subgrupo de pacientes.²⁶ Las distintas series analizadas coinciden en que la mayoría de las recurrencias son detectables con el examen físico.^{8,9,28} A pesar de ello, en el estudio realizado por Helvie *et al.*,²⁷ se demostró que el tamizaje mamográfico tenía una tasa de detección del 1,9% de masas no palpables en la recurrencia local de pacientes reconstruidas con colgajo TRAM.

En otra cohorte de pacientes reconstruidas con colgajo TRAM,²⁹ la utilización de resonancia magnética en el seguimiento significó el hallazgo de una recurrencia local en el 17% de las pacientes evaluadas. Cabe destacar que, en el examen físico posterior, la mitad de estas pacientes presentaba una masa palpable.

Autores como Tsung²⁵ utilizan la ecografía en el seguimiento de la mama reconstruida.

Nuestros hallazgos demuestran la importancia de continuar realizando estudios de diagnóstico por imágenes dirigidos a la mama reconstruida. En nuestro servicio, el seguimiento de la paciente reconstruida con colgajo autólogo se realiza con examen físico semestral, mamografía anual de la mama restante y ecografía anual que incluye la mama reconstruida.

El Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cirugía Oncoplástica en Cáncer de Mama (mayo 2012)¹⁰ sugiere que el examen físico, así como la mamografía y sus adicionales (magnificación del lecho cicatrizal) y la ecografía, siguen siendo los métodos de seguimiento de primera línea en la paciente con reconstrucción mamaria post mastectomía con colgajos autólogos.

En la mamografía el volumen mamario se ve translúcido por el componente graso. La apariencia es la de una mama grasa sin identificación de estructuras glandulares o ductales hacia el pezón. Dentro de esa imagen translúcida, pueden aparecer áreas de mayor densidad, que pueden corresponder a fibras musculares, que, a medida que entran en degeneración, se tornan más radiolúcidas.

También puede presentar necrosis grasa, manifestándose como densidades irregulares de tejido blando, quistes lipídicos o burbujas radiolúcidas.

Cuadro 2. Seguimiento de la mama reconstruida post mastectomía (RMPM)

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POST-MASTECTOMÍA	RECOMENDACIÓN		
	INDICACIÓN	MÉTODO DE IMÁGENES	INTERVALO
RMPM PRÓTESIS	Control de la mama reconstruida	Ecografía	De acuerdo a cuadro clínico
	Complicación de prótesis mamarias	Resonancia Magnética con cte	De acuerdo a cuadro clínico
RMPM COLGAJOS	Control de la mama reconstruida	Mamografía y Ecografía	Cada 6 / 12 meses hasta los 3 años

Fuente: Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cirugía Oncoplástica en Cáncer de Mama, Mayo de 2012. En: <www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/consenso%20cirugia%20oncopl%C3%A1stica%20de%20mama%202012.pdf>.

Son frecuentes las calcificaciones distróficas y amorfas.

En el Cuadro 2 se puede observar las recomendaciones del Consenso.

El Consenso concluye que la técnica de cirugía oncoplástica mamaria sigue siendo segura y efectiva, sin afectar significativamente a la vigilancia post operatoria. Los hallazgos mamográficos fueron similares a los observados en pacientes sin reconstrucción. Si bien el período para alcanzar la estabilidad mamográfica es un poco mayor, el beneficio psicológico para estas pacientes reconstruidas hace que se deba intensificar el estudio y protocolizar el seguimiento para obtener los mejores resultados.

En cuanto al tratamiento quirúrgico local de la recidiva en la mama reconstruida, la tasa de conservación del colgajo fue del 91,6%. En 7 casos se realizó resección local de la lesión, asociado a radioterapia, en las pacientes que no tenían antecedentes de irradiación. En 4 oportunidades solo se realizó tratamiento sistémico, y en un solo caso se debió realizar la resección completa del colgajo debido a la extensión de la lesión, y, en forma inmediata, se utilizó un colgajo dorsal libre para poder cubrir el defecto provocado.

Para aquellas pacientes que tienen una recurrencia en la piel del colgajo, una escisión local con un margen adecuado es a menudo posible. Si la recurrencia es multifocal, la escisión local puede ser factible, pero también puede llegar a ser necesaria la eliminación del colgajo, sobre todo si la asimetría es significativa o si el defecto quirúrgico no es estéticamente aceptable. Nuestra tasa de conservación del colgajo fue superior a la del 81% publicada por Howard *et al.*⁹ Es posible que esto se deba a que, en la serie anteriormente descrita, la mitad de las pacientes presentaba la pared del tórax como sitio de recurrencia, siendo así más compleja la resección local con la posterior conservación del colgajo.

Aun así, estas tasas de conservación son superiores a las observadas en las pacientes con recurrencias locales y reconstrucciones con implantes.^{23, 25}

Todas las pacientes recibieron radioterapia en algún momento de su tratamiento. Cuatro casos (33,3%) tenían antecedentes de cirugía conservadora y tratamiento radiante previo a la mastectomía y reconstrucción con colgajo autólogo. El resto de las pacientes recibió radioterapia del colgajo, siendo en 3 oportunidades (25%) post reconstrucción inmediata, y en 5 pacientes (41,7%) post recurrencia.

En las distintas publicaciones se demostró que la radioterapia post mastectomía en pacientes de alto riesgo prolonga la supervivencia global.²⁰ El momento de la reconstrucción post mastectomía para aquellos pacientes que necesitan radioterapia adyuvante es ampliamente debatido. Algunos autores cuestionan la seguridad de la radioterapia en pacien-

tes con reconstrucciones con colgajos autólogos. Las principales preocupaciones son: el efecto de la radiación sobre la viabilidad del colgajo, los resultados estéticos y que el colgajo podría impedir la detección precoz de la recidiva local y, posteriormente, aumentar la incidencia de metástasis a distancia.

En los trabajos publicados por Huan y Lee,^{21, 22} se compararon pacientes que recibieron radioterapia post mastectomía con y sin reconstrucción con colgajo TRAM. En ambas publicaciones, no hubo diferencia estadísticamente significativa en las tasas de recidiva local, metástasis a distancia, sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global.

En nuestra casuística no se observaron complicaciones asociadas a la radioterapia ni estéticas ni clínicas.

En los últimos años, se ha observado una tendencia a la disminución de la tasa de recidiva local.²⁴ Algunos autores consideran esta disminución atribuible, al menos en parte, a la creciente utilización de la terapia adyuvante.^{24, 25} Nuestros resultados pueden apoyar aún más la eficacia del tratamiento sistémico en la reducción del riesgo de recurrencias locorregionales ya que todas las pacientes recibieron algún tipo de tratamiento adyuvante.

En nuestra serie, la recurrencia local como primer evento se asoció con un mejor pronóstico que el de aquellas pacientes que desarrollaron una recidiva local en el contexto de una metástasis a distancia.

La incidencia de metástasis a distancia fue significativamente mayor en aquellas pacientes con estadios avanzados, siendo la causa de las dos muertes que se constataron.

En total, el 41,6% de las pacientes con recurrencias locales se presentaron con metástasis a distancia al momento del diagnóstico.

Por lo antedicho, se debe realizar una correcta reestadificación al momento de encontrarse ante una recidiva locorregional.

CONCLUSIONES

La reconstrucción post mastectomía con colgajos autólogos es un procedimiento oncológicamente seguro.

Con un seguimiento prolongado, se pudo observar que la tasa de recurrencia local fue similar a la publicada en la literatura, incluso comparable a aquellas pacientes con mastectomía y sin reconstrucción mamaria.

En 83,3% de los casos, el diagnóstico fue clínico, pero en el 16,6% restante fue necesaria la ecografía para el diagnóstico. El tratamiento, en la gran mayoría de los casos (91,6%), no significó la pérdida del colgajo.

REFERENCIAS

1. Lim W, Ko BS, Kim HJ, Lee JW, Eom JS, Son BH, Lee TJ, Ahn SH. Oncological safety of skin sparing mastectomy followed by immediate reconstruction for locally advanced breast cancer. *J Surg Oncol* 2010; 102: 39-42.
2. Wilkins EG, Cederna PS, Lowery JC, Davis JA, Kim HM, Roth RS *et al*. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one-year postoperative results from the Michigan breast reconstruction outcome study. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1014-25.
3. Stevens LA, McGrath MH, Druss RG, Kister SJ, Gump FE, Forde KA. The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:619-26.
4. Urban, C, Rietjens M. *Oncoplastic and Reconstructive Breast Surgery*, 2013, pp. 267-304.
5. Tsung-Jung Liang, Being-Whey Wang, Shiu-Inn Liu, Ming-Hsin Yeh, Yu-Chia Chen, Jin-Shyr Chen, King-Tong Mok and Hong-Tai Chang. Recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate transverse rectus abdominis musculocutaneous flap reconstruction for invasive breast cancer. *World Journal of Surgical Oncology* 2013; 11: 194.
6. Shaikh N, LaTrenta G, Swistel A, Osborne FM. Detection of recurrent breast cancer after TRAM flap reconstruction. *Ann Plast Surg* 2001; 47: 602-607.
7. Howard MA, Polo K, Pusic AL, Cordeiro PG, Hidalgo DA, Mehrara B, Disa JJ. Breast cancer local recurrence after mastectomy and TRAM flap reconstruction: incidence and treatment options. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117: 1381-1386.
8. Shaikh N, LaTrenta G, Swistel A, Osborne FM. Detection of recurrent breast cancer after TRAM flap reconstruction. *Ann Plast Surg* 2001; 47: 602-607.
9. Howard MA, Polo K, Pusic AL, Cordeiro PG, Hidalgo DA, Mehrara B, Disa JJ. Breast cancer local recurrence after mastectomy and TRAM flap reconstruction: incidence and treatment options. *Plast Reconstr Surg* 2006;117: 1381-1386.
10. Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades, Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas, Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cirugía Oncoplástica en Cáncer de Mama, Mayo de 2012. En: <www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/consenso%20cirugia%20oncopl%C3%A1stica%20de%20mama%202012.pdf>.
11. Godfrey, PM, Godfrey, NV, and Romita, MC. Immediate autogenous breast reconstruction in clinically advanced disease. *Plast. Reconstr. Surg* 1995; 95: 1039.
12. Sultan, MR, Smith, ML, Estabrook, A, Schnabel, F and Singh, D. Immediate breast reconstruction in patients with locally advanced disease. *Ann Plast Surg* 1997; 38: 345.
13. Yi M, Kronowitz SJ, Meric-Bernstam F, Feig BW, Symmans WF, Lucci A, Ross MI, Babiera GV, Kuerer HM, Hunt KK. Local, regional, and systemic recurrence rates in patients undergoing skin-sparing mastectomy compared with conventional mastectomy. *Cancer* 2011, 117: 916-924.
14. Ho AL, Tyldesley S, Macadam SA, Lennox PA. Skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction in locally advanced breast cancer patients: a UBC perspective. *Ann Surg Oncol* 2012; 19: 892-900.
15. Downes KJ, Glatt BS, Kanchwala SK, Mick R, Fraker DL, Fox KR, Solin LJ, Bucky LP, Czerniecki BJ. Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction is an acceptable treatment option for patients with high-risk breast carcinoma. *Cancer* 2005; 103: 906-913.
16. Trinconi AF, Pinotti JA, Fonseca AM. Oncologic progression of patients with advanced breast carcinoma undergoing immediate breast reconstruction. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 97: 50-1.
17. Tyldesley S, Olson R, Nichol A *et al*. Population based stage, treatment and outcomes for patients with breast cancer in a Canadian province. *Radiother Oncol* 2010; 96 (Suppl 2):S31 (abstr 93).
18. Lim W, Ko BS, Kim HJ *et al*. Oncological safety of skin sparing mastectomy followed by immediate reconstruction for locally advanced breast cancer. *J Surg Oncol* 2010; 102: 39-42.
19. Cogorno L, Isetta J, Uriburu JL, Candás G, Sardi J, Vuoto H, Bernabó H. Reconstrucción mamaria con colgajo TRAM. Experiencia del Hospital Británico de Buenos Aires. *Rev Arg Mastol* 2005; 24 (84): 180-194.
20. Overgaard, M., Jensen, M. B., Overgaard, J. *et al*. Postoperative radiotherapy in high-risk postmenopausal breast-cancer patients given adjuvant tamoxifen: Danish Breast Cancer Cooperative Group DBCG 82c randomized trial. *Lancet* 1999; 353: 1641.

21. Huang CJ, Hou MF, Lin SD, Chuang HY, Huang MY, Fu OY, Lian SL. Comparison of local recurrence and distant metastases between breast cancer patients after postmastectomy radiotherapy with and without immediate TRAM flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118: 1079-1086.
22. Lee HH, Hou MF, Wei SY, Lin SD, Luo KH, Huang MY, Ou-Yang F, Huang CJ. Comparison of Long-Term Outcomes of Postmastectomy Radiotherapy between Breast Cancer Patients with and without Immediate Flap Reconstruction. *PLoS One* 2016; 11 (2): e0148318.
23. Knottenbelt A, Spauwen PH, Wobbes T. The oncological implication of immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30: 829-833.
24. Yi M, Kronowitz SJ, Meric-Bernstam F, Feig BW, Symmans WF, Lucci A, Ross MI, Babiera GV, Kuerer HM, Hunt KK. Local, regional, and systemic recurrence rates in patients undergoing skin-sparing mastectomy compared with conventional mastectomy. *Cancer* 2011; 117: 916-924.
25. Romics L Jr, Chew BK, Weiler-Mithoff E, Doughty JC, Brown IM, Stallard S, Wilson CR, Mallon EA, George WD. Ten-year follow-up of skin-sparing mastectomy followed by immediate breast reconstruction. *Br J Surg* 2012; 99: 799-806.
26. Margolis NE, Morley C, Lotfi P *et al.* Update on imaging of the postsurgical breast. *RadioGraphics* 2014; 34 (3): 642-660.
27. Helvie MA, Bailey JE, Roubidoux MA *et al.* Mammographic screening of TRAM flap breast reconstructions for detection of non palpable recurrent cancer. *Radiology* 2002; 224 (1): 211-216.
28. Lee JM, Georgian-Smith D, Gazelle GS *et al.* Detecting nonpalpable recurrent breast cancer: the role of routine mammographic screening of transverse rectus abdominis myocutaneous flap reconstructions. *Radiology* 2008; 248 (2): 398-405.
29. Devon RK, Rosen MA, Mies C, Orel SG. Breast reconstruction with a transverse rectus abdominis myocutaneous flap: spectrum of normal and abnormal MR imaging findings. *RadioGraphics* 2004; 24 (5): 1287-1299.

DEBATE

Dr. Terrier: Consideramos el trabajo del doctor Acevedo.

Dr. XX: Una pregunta y un comentario. ¿Evaluaron las recaídas axilares o solamente las recaídas en el lecho de la mastectomía con reconstrucción? Porque nosotros tenemos muchas recaídas axilares, sobre todo a niveles 2, e incluso tenemos algunos daños de Rotter en las evaluaciones ecográficas de estas pacientes; las encontramos con sorpresa y vemos que son hallazgos no palpables también.

Dr. Acevedo: No tuvimos recaídas axilares. Una de las recaídas locales se asoció a una metástasis supraclavicular, pero no hubo recaídas axilares. En una de las pacientes, la recurrencia fue en la cicatriz del lecho axilar pero no en la axila; no era un ganglio, era una metástasis dérmica. No tuvimos ninguna en la axila.

Auditorio: De esas 12 pacientes que biopsiaron, ¿cuántas fueron HER2 positivo en las recaídas?

Dr. Acevedo: Una sola paciente fue HER2 positivo; el resto fueron receptores positivos y HER2 negativo y una sola paciente Triple Negativo.

Auditorio: El comentario es que la ecografía no solo tiene valor en colaborar en la detección, en la biopsia y cuando hay una duda clínica, sino también porque la ecografía muchas veces nos ayuda a descartar cosas que la paciente se toca o que le tocan los médicos y que son cambios postquirúrgicos –como focos de necrosis grasa, incluso lipotransferencias– que le provocan una angustia enorme. Con la ecografía se tiende a tranquilizar y a descartar estos hallazgos que llevan a la paciente a pensar que tiene algo –cuando, en realidad, no tiene nada– y le generan mucha angustia –y ello tanto al médico como a la paciente.

Dr. Acevedo: Sí hay mucho de eso también.

Dr. Beccar Varela: Felicidades por el trabajo. Quisiera preguntar –porque no sé si oí bien– si la radioterapia asociada a la reconstrucción no afectaba el resultado cosmético de las pacientes que habían hecho radioterapia en los colgajos.

Dr. Acevedo: Puse que era un resultado cosmético aceptable. Sí hay diferencias estéticas y cosméticas cuando se utiliza la radioterapia, hasta en los colgajos también; pero por ahí vemos –por lo menos en mi corta experiencia– que cuando se utiliza la radioterapia en pacientes que realizaron reconstrucción con prótesis, queda un

poco peor, me parece. Lo tomamos como cosméticamente aceptable; pero no tuvimos ninguna complicación asociada a la radioterapia en estas doce pacientes.

Dr. Beccar Varela: En cuanto a complicación, por ahí sí un leve peor resultado cosmético, pero no algo grave, digo.

Dr. Acevedo: Sí, nada grave, por suerte.

Dr. Tierrer: En realidad, es más que un poco peor la diferencias entre la reconstruida con prótesis irradiada y con colgajos. La diferencia es mayor.