

Seguridad oncológica de la Lipotransferencia en Reconstrucción Mamaria

Un sutil pensamiento erróneo puede dar lugar a una indagación fructífera que revela verdades de gran valor.

Isaac Asimov

La utilización del tejido adiposo de una zona del cuerpo humano (abdomen, glúteos, muslos) para mejorar la forma y corregir defectos de la mama o reemplazarla en el caso de haber sido extirpada fue descrita hace más de 100 años.

A modo de ejemplo, en el año 1893 el Dr. Neuber transfirió pequeños volúmenes de grasa para mejorar depresiones cicatrizales postquirúrgicas; dos años más tarde, el Dr. Vicenz Czerny transfirió un lipoma “gigante” del dorso para reemplazar una mama reseca por mastitis crónica.

Algunas características de la grasa, como la facilidad en su obtención con baja tasa de complicaciones y su disponibilidad en diferentes zonas del cuerpo, hicieron de la Lipotransferencia (LT) un procedimiento muy utilizado en cirugía estética y reconstructiva, ya sea solo o en combinación con otros métodos.

En la actualidad, la LT es un procedimiento de uso frecuente en Reconstrucción Mamaria (RM), fundamentalmente para corregir defectos estéticos secundarios al tratamiento conservador con radioterapia (RT), para corregir defectos y optimizar resultados en RM con expansores/prótesis y tejidos autólogos asociada o no a RT y para el tratamiento de úlceras actínicas crónicas.

Es a partir de los trabajos de Illouz, Fournier, Bircoll y Coleman en la década de 1980 que la LT comienza a ser empleada con un método más semejante a como la conocemos en la actualidad, es decir, cumpliendo con una primera etapa de obtención del material con cánulas de aspiración, una segunda de procesamiento de la muestra (centrifugación, decantación o colado) y, finalmente, una tercera de transferencia grasa.

En ese momento no llegó a su máximo desarrollo, ya que la técnica de LT era menos precisa que en la actualidad y solía generar quistes oleosos y áreas de citoesteatonecrosis; además, en esa época, estas secuelas eran más difíciles de diagnosticar. En 1987, a partir de estos inconvenientes, la American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons (ASPS) realizó una recomendación que contraindicaba las inyecciones de tejido grasa en la mama.

En 2007, luego de 20 años de “silencio académico”, con esporádicos trabajos científicos relacionados con este procedimiento, la situación cambió radicalmente ante dos publicaciones casi simultáneas sobre la utilidad de la LT y el poder regenerativo del uso de “adipose-derived stem cells” (ADSC) en la reconstrucción por secuelas de tratamiento conservador o por secuelas radiantes en cualquier cirugía mamaria y radioterapia, incluyendo úlceras actínicas (Gino Rigotti, *Plast Reconstr Surg* 2007 Apr 15; 119 (5):1409-2; Keizo Sugimachi, *The Medi NEWS Team* 2007, December 20th).

A partir de ese año, se comenzó a publicar en forma sistemática sobre LT en RM, con más de 150 trabajos hasta la actualidad.

Como muchos procedimientos en medicina, la LT no está exenta de conflictos ni de controversias. La principal objeción que tuvo que enfrentar, fundamentalmente en los inicios de esta “nueva etapa” a partir de 2007, fue la evaluación de su seguridad oncológica. Se plantearon 3 interrogantes:

¿Era la LT, mediada por las ADSC, capaz de acelerar el proceso de carcinogénesis?

¿Era la LT, mediada por las ADSC, capaz de acelerar la aparición de un cáncer sub-clínico no detectable?

¿Era la LT, mediada por las ADSC, capaz de favorecer la recurrencia local?

La evidencia actual determina que la asociación entre *stem cells* y cáncer es factible en modelos *in vitro*, en algunos modelos animales post estímulo, pero ninguna publicación demostró con rigor científico dicha asociación en la evaluación clínica en seres humanos. Las *stem cells* pueden transferirse y transdiferenciarse, pero esto no significa que se produzca una expansión clonal.

Diversos autores estudiaron este tópico, concluyendo, en más de 40 trabajos publicados, que la LT debe ser considerada un procedimiento seguro.

En el año 2009, Emmanuel Delay presentó 10 años de experiencia con 880 procedimientos realizados sin aumento de recaída local (*Aesthetic Surgery Journal* 2009; 29: 360).

En el año 2011, Jean Yves Petit publicó un trabajo multicéntrico con 646 pacientes que recibieron LT entre 2000-2010 con un seguimiento de 19,2 meses y una tasa de recurrencia de 1,3% (*PSR* 2011, 128: 341).

En el año 2012 y 2013, el mismo autor presentó 2 trabajos que determinaron un mayor porcentaje de recidiva en pacientes sometidas a LT que fueron portadoras de un Carcinoma ductal *in situ* (*Annals of Oncology* 2012; 23: 582-588; *Annals of Oncology* 2014; 24 (6): 1479-84). Estos trabajos fueron ampliamente criticados por la comunidad científica, por ser una serie retrospectiva, por no tener datos del tipo de tratamiento realizado y de los márgenes quirúrgicos obtenidos y, además, por la falta de rigor del tratamiento estadístico de las variables. A pesar de esto, en esos estudios se deja constancia que los valores obtenidos no deben impedir la utilización de este procedimiento en aquellos pacientes donde el beneficio justifique su utilización.

En los años sucesivos, numerosas publicaciones refutaron estos trabajos, dando datos concretos de la seguridad oncológica de dicho procedimiento. Entre ellos se destaca el trabajo de Kronowitz del año 2016: un estudio que compara 719 pacientes con cáncer de mama en los cuales se realizó LT con 670 casos control sin LT, mostrando una tasa de recaída de 1,3% y 2,4% respectivamente.

En conclusión, se requiere una adecuada selección de pacientes para la realización de dicho procedimiento, evitándolo en los casos con alto riesgo biológico de recurrencia local. Se deben explicar todos los riesgos y potenciales complicaciones, dejando constancia de los mismos en el consentimiento informado.

Por todo lo expuesto, si bien la evidencia permite sugerir la existencia de una seguridad oncológica en la LT, y aun cuando son indudables los beneficios que conlleva, para poder certificarla son necesarios más estudios prospectivos, randomizados, con análisis de subgrupo y seguimiento adecuado.

Dr. Gastón Berman

*Médico de Staff
del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo*