

SESIONES CIENTÍFICAS

MASTOPLASTIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA PATOLOGÍA MAMARIA NUESTRA EXPERIENCIA

Ignacio L. Mc Lean,* Juan Luis Uriburu,* Laura P. Comercio,* Gabriela B. Candás,*
Leonardo H. Mc Lean **

RESUMEN

Introducción

La mastoplastia terapéutica es la realización de mastoplastia bilateral para la resección quirúrgica de la patología mamaria.

Métodos

Se describen 14 pacientes. El tamaño tumoral promedio fue 3,2 cm. En 6 pacientes por el tamaño de la lesión, en 4 pacientes por la localización de la misma y en 4 pacientes por combinación de ambas. En 12 pacientes el diagnóstico fue maligno, otra paciente con tumor *phyllodes* y la restante con adenosis. En una paciente se diagnosticó un carcinoma intraductal de la mama contralateral. Las 12 pacientes con patología maligna recibieron radioterapia, 6 casos recibieron poliquimioterapia y 10 casos hormonoterapia.

Resultados

En las 14 pacientes se pudo resecar la lesión y conservar la mama. Complicaciones: 1 caso de necrosis parcial de ambas areolas y 3 necrosis parciales de sector inferior de la cicatriz. En ningún caso se retrasó el inicio de los tratamientos adyuvantes. No se detectaron recurrencias locales/regionales. Una paciente falleció por progresión de la enfermedad. Los resultados estéticos fueron muy buenos en 8 casos, buenos en 5 casos y regular en 1 caso. Todas las pacientes, excepto una, refirieron estar satisfechas con el resultado.

Conclusiones

La mastoplastia terapéutica permitió tratar tumores grandes, conservando la mama y obteniendo márgenes amplios de resección, con un mejoramiento estético de la apariencia mamaria.

Palabras clave

Mastoplastia terapéutica.

Servicio de Patología Mamaria, Centro Mamario del Hospital Universitario Austral, Pilar, Provincia de Buenos Aires.

* Médico de Planta del Centro Mamario.

** Director del Centro Mamario.

Correo electrónico para el Dr. Ignacio L. Mc Lean: imclean@cas.austral.edu.ar

SUMMARY

Introduction

Therapeutic mammoplasty consists in the resection of a breast disease as a bilateral mammoplasty approach.

Methods

We included 14 patients. The average tumor size was 3.2 cm. The indications for surgery were: 6 patients with big lesions, 4 because of tumor localization, and 4 cases due to both reasons. Twelve patients had breast cancer, 1 had a phylloid tumor and 1 had an adenosis. One patient had a contralateral intraductal carcinoma as a finding of biopsy. Twelve patients with malignant tumour received radiotherapy, 6 received chemotherapy and 10 hormone therapy.

Results

In the 14 patients we were able to resect the lesion and preserve the breast. Complications: 1 partial necrosis of both areolas and 3 partial necrosis of the lower segment of the scar. There was no delay in the start of adjuvant therapy. We detected no local recurrences. One patient died of disease progression. The cosmetic results were very good in 8 cases, good in 5 and regular 1. All patients except one expressed to be satisfied with the outcome.

Conclusions

Therapeutic mammoplasty allowed us to treat large tumors, preserving the breast and obtaining wide margins of resection, with an improved aesthetic appearance of the breast.

Key words

Therapeutic mammoplasty.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico conservador del cáncer de mama en las últimas décadas ha mantenido una tendencia sostenida, representando actualmente el 80% de las cirugías realizadas. Para ello, se requiere que el volumen mamario con relación al tamaño del tumor, permita cirugías oncológicamente seguras con resultados estéticos aceptables.

En lo referente a un resultado estético aceptable, distintas publicaciones refieren defectos o asimetrías significativas luego de la cirugía conservadora de alrededor del 20% al 30% de los casos.¹ No obstante, se considera que esta cifra sería mayor, puesto que los resultados estéticos de estas cirugías comúnmente no son reportados, o bien el criterio subjetivo del médico tratante puede ser distinto al criterio de la propia paciente.²

En los últimos años se han aplicado distintos procedimientos de cirugía plástica para asistir a la resección oncológica de muchos tumores de mama, surgiendo así el término cirugía oncológica del cáncer de mama.³⁻⁵ Los factores más relevantes para lograr un buen resultado cosmético son la obtención de una forma natural y la simetría mamaria; o sea, que ambas mamas se parezcan lo más posible. Desde hace muchos años se han implementado técnicas de mastoplastia bilateral para asistir a la resección quirúrgica de los cánceres de mama,⁶⁻⁸ pero recién en 2005, McCulley y col.⁹ introducen por primera vez el término mastoplastia terapéutica. Con estos procedimientos, el tejido resecado está centrado en la lesión, y en la mama contralateral se realiza una mastoplastia compensadora. A continuación presentamos nuestra experiencia con este enfoque.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen para el análisis 14 pacientes operadas entre diciembre de 2000 y febrero de 2008 en el Hospital Universitario Austral y en la práctica privada de uno de los autores (ILM). La edad media fue de 51 años (rango 35-63). El tamaño medio de las lesiones a resear, tanto benignas como patología maligna fue de 3,2 cm (rango 1 a 5 cm). Las condiciones que llevaron a indicar la mastoplastia terapéutica fueron: en 6 pacientes por el tamaño de la lesión a resear, en 4 pacientes por la localización de la misma y en otras 4 pacientes por combinación de las dos circunstancias; o sea, lesiones relativamente grandes localizadas en sectores con mayor probabilidad de producir un defecto estético. En 12 pacientes la patología tumoral fue maligna y en los 2 casos restantes por patología benigna.

De las 12 pacientes con patología maligna, la mamografía y la ecografía mostraron lesiones nodulares irregulares en 10 casos; en una paciente microcalcificaciones agrupadas, y en la restante, fue un hallazgo de la resonancia nuclear magnética.

En 6 de las 14 pacientes el diagnóstico histológico fue preoperatorio: 4 casos por punción histológica, 1 caso por biopsia radioquirúrgica y en otra, por resección local previa. La paciente con microcalcificaciones agrupadas en CSE de MI fue sometida a una biopsia radioquirúrgica, con diagnóstico de carcinoma intraductal (CDIS) de alto grado de 4 cm y con márgenes a 1 mm de la lesión, por lo que se indicó la ampliación de la resección anterior. Una de las pacientes con patología benigna, presentaba una lesión nodular palpable y ecográficamente irregular de 3 cm en CSI de mama izquierda, con diagnóstico histológico de adenosis por punción percutánea. No obstante, dada la morfología ecográfica de la lesión se decidió su exéresis. La otra paciente con patología benigna correspondió a un tumor *phylloides* de 3,8 cm en h6 de mama izquierda reseado previamente y con márgenes

Localización de las lesiones	n
Cuadrante superior externo	4
Cuadrante superior interno	3
Subareolares	3
Cuadrante inferior externo	1
Hora 12	2
Hora 6	1
TOTAL	14

Cuadro I. Localización de las lesiones a resear dentro de la mama.

contactando la lesión, por lo que se decidió ampliar la resección. En 9 pacientes la patología fue del lado derecho, en 4 pacientes del lado izquierdo y en 1 paciente fue bilateral. Dentro de la mama, la localización de las lesiones a resear se observan en la Tabla I.

Las incisiones realizadas fueron T invertida en 11 pacientes, vertical tipo Lejour¹⁰ en 2 casos y *round block* en la restante.¹¹ Los pedículos utilizados para mantener la vitalidad del complejo areola pezón (CAP) fueron 8 inferiores, 2 superiores, 1 superior-inferior tipo McKissock¹² y en 3 pacientes se reseco el CAP.

En las 12 pacientes con patología maligna se investigó la axila, realizando en 7 casos linfadenectomía axilar completa y 5 biopsias de ganglio centinela en el mismo momento de la mastoplastia. En una de estas últimas, el estudio diferido del ganglio centinela demostró una micro-metástasis por inmunohistoquímica, por lo que se realizó una linfadenectomía axilar en una segunda cirugía. Todas las disecciones axilares se realizaron por otra incisión en axila, reseando entre 15 y 26 ganglios linfáticos.

El diagnóstico histopatológico definitivo fue: carcinoma ductal invasor NOS en 10 pacientes; carcinoma lobulillar invasor en 1 paciente; carcinoma ductal no invasor de alto grado con necrosis en 1 paciente; tumor *phylloides* benigno en 1 paciente; y fibroadenosis en otra.

En una de las 11 pacientes con carcinoma invasor de mama derecha, se diagnosticó un carcinoma ductal no invasor de 8 mm en la ma-

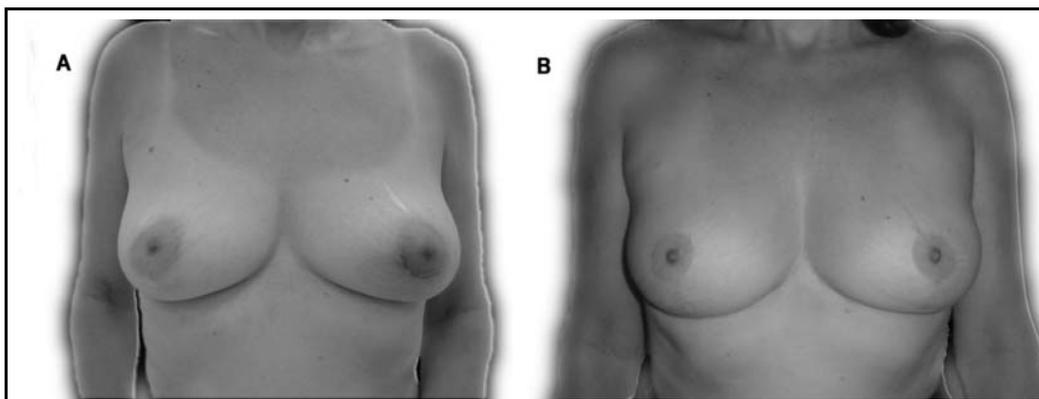


Figura 1. Paciente sometida a mastoplastia terapéutica por tumor *phyllodes* benigno de hora 6 de mama izquierda. A: Preoperatorio. B: Posoperatorio.

ma izquierda, con márgenes amplios. Con posterioridad a este hallazgo, se revisó la mamografía no encontrando anomalía alguna.

El estado de los ganglios axilares fue positivo en 6 de las 12 pacientes, incluyendo una micrometástasis. A la paciente con el CDIS de alto grado se le disecaron 3 ganglios centinela que fueron negativos.

De las pacientes con carcinomas invasores, 6 casos recibieron poliquimioterapia con los siguientes esquemas: AC×4 seguido de taxanos ×4, en 3 casos; FAC×6 en un caso; y CMF×6 en la restante. Diez pacientes recibieron tratamiento hormonal. Las 12 pacientes con patología maligna recibieron radioterapia del volumen

mamario y *boost*. La paciente con el hallazgo de CDIS en la mama contralateral, recibió radioterapia en ambas mamas.

La evaluación de los resultados estéticos obtenidos fue hecha en base a la observación directa y a los registros fotográficos de las pacientes. Por otro lado, se preguntó a las pacientes si estaban conformes o no con el resultado logrado.

Los datos obtenidos fueron evaluados por medio de procedimientos de estadística descriptiva.

RESULTADOS

En las 14 pacientes la resección de la lesión en cuestión se pudo realizar conservando la mama. En las 12 pacientes con cáncer de mama y en la paciente con el tumor *phyllodes* (Figuras 1 y 2), los márgenes de resección fueron amplios, mayores a 1 cm.

Diez pacientes no tuvieron complicaciones posoperatorias. La paciente a la que se le realizó una técnica según McKissock por un carcinoma invasor de 4 cm en CIE de mama derecha, presentó una necrosis parcial de ambos CAP. Otras 3 pacientes con incisiones en T invertida, presentaron pequeñas necrosis parciales del sector inferior de la piel, poco significativas. Con estas complicaciones se adoptó una conducta expec-

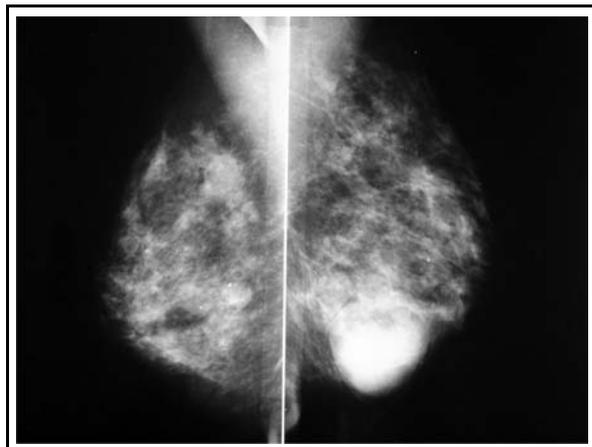


Figura 2. Mamografía que demuestra tumoración de hora 6 de mama izquierda (tumor *phyllodes*).

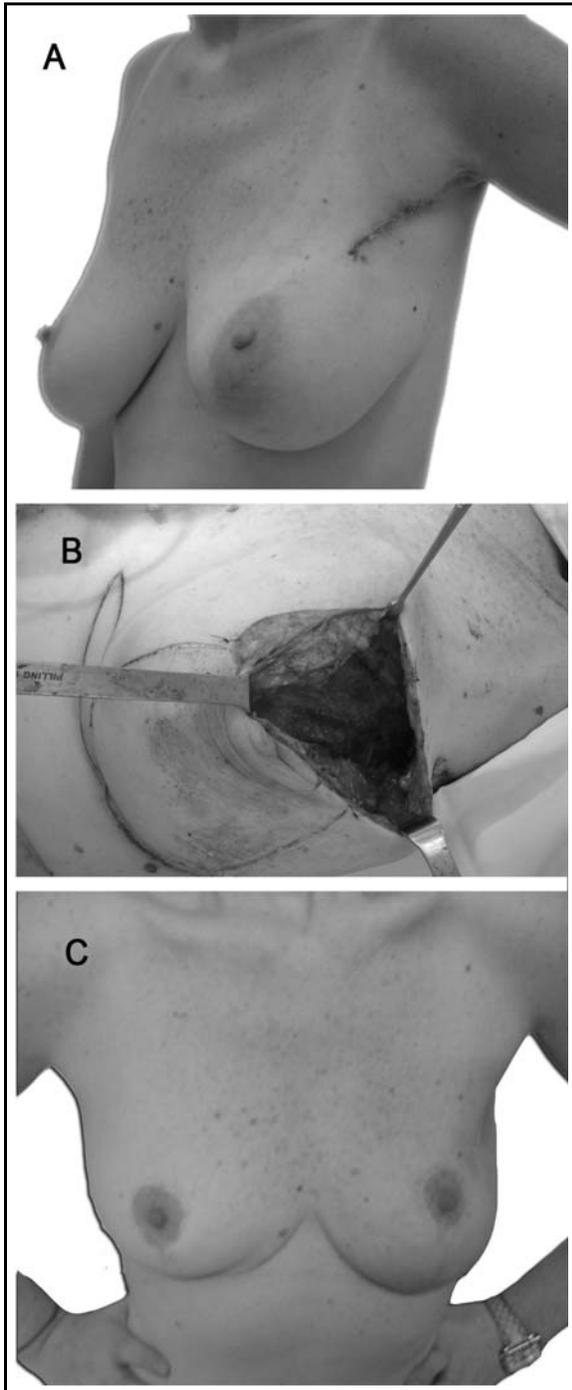


Figura 3. Paciente con carcinoma intraductal de 4 cm en cuadrante superior externo de mama izquierda. A: Luego de biopsia radioquirúrgica. B: Se muestra la resección glandular amplia hasta la fascia pectoral. C: Posoperatorio.

tante hasta lograr el cierre completo de las heridas.

En ninguna de las pacientes que recibieron quimioterapia o radioterapia, hubo retraso del inicio de estos tratamientos a causa de las complicaciones posoperatorias. De las 14 pacientes, la que presentó necrosis parcial de ambas areolas tuvo un posoperatorio más prolongado, pero esto no impidió que inicie la quimioterapia, y el esquema que recibió fue FAC \times 6. Una vez concluido este tratamiento, las heridas ya estaban cerradas y pudo iniciar la radioterapia de su mama derecha.

La paciente con el hallazgo de carcinoma intraductal de la mama contralateral, recibió radioterapia del volumen mamario, pero dado que no fue posible ubicar el sitio dentro de la mama donde se originó el tumor, no se aplicó el *boost*.

Con un seguimiento medio de 25 meses (rango 1-61 meses), hasta la actualidad no se han detectado recurrencias locales/regionales. Una de las pacientes falleció por progresión de la enfermedad 19 meses luego de la cirugía.

Respecto a los resultados estéticos, se observaron resultados muy buenos en 8 pacientes, buenos en 5 pacientes y regular en 1 paciente. Todas, excepto una de las pacientes, refirieron estar satisfechas con el resultado obtenido.

DISCUSIÓN

Las resecciones parciales de la mama asociadas a técnicas de mastoplastia bilateral no son enfoques nuevos. No obstante, debido al mejor conocimiento de la patología, al mayor porcentaje de tratamientos conservadores y al surgimiento de la cirugía oncoplástica, en los últimos años se han publicado distintas experiencias al respecto. Nosotros adherimos al término mastoplastia terapéutica introducido McCulley y Macmillan,^{9,13} puesto que su nombre hace referencia a un procedimiento necesario para un correcto tratamiento local/regional en aquellas mujeres que de otra manera sufrirían un defecto

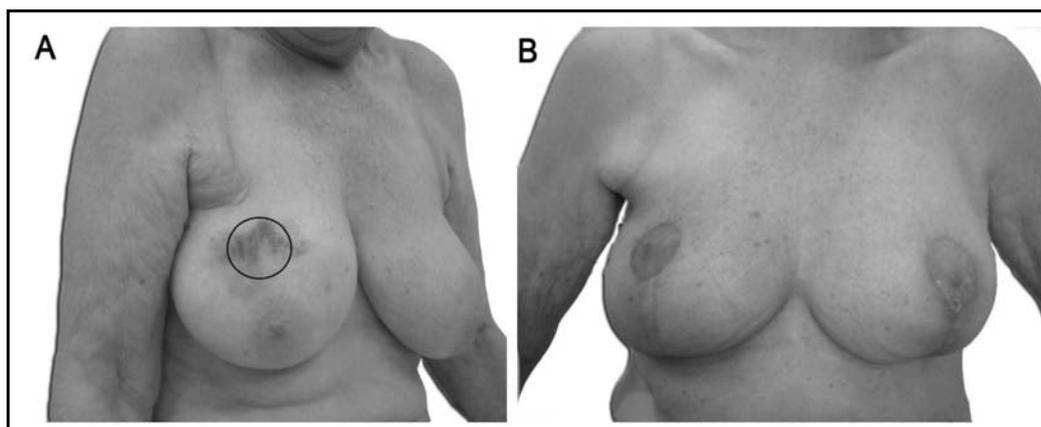


Figura 4. Paciente con carcinoma lobulillar infiltrante de hora 12 de mama derecha.
A: Preoperatorio. B: Posoperatorio.

cosmético posoperatorio significativo.

Este enfoque presenta algunas ventajas claras y comprobadas, mientras que otras ventajas aún faltan comprobar. Tanto en nuestras pacientes como en otras experiencias publicadas, se lograron resultados estéticos muy satisfactorios y en todas se logró prevenir el defecto cosmético concomitante. Más aún, muchas pacientes nos han expresado estar más satisfechas con la apariencia de sus mamas luego de la cirugía. En 5 pacientes pudimos resear tumores que previo a la cirugía medían más de 4 cm, conservando la mama y con buen resultado estético, producto de una forma mamaria natural y simétrica.

Otra de las ventajas que se le adjudican a este procedimiento, es la de facilitar el tratamiento radiante posterior, puesto que al disminuir el volumen mamario se logra mayor eficacia de la radioterapia, fundamentalmente en mujeres con macromastia. Respecto al *boost* del tratamiento radiante, la mastoplastia terapéutica puede dificultar su aplicación. Distintos autores recomiendan la colocación de clips metálicos en los márgenes de resección o bien coordinar este aspecto entre el cirujano y el radioterapeuta. No obstante, el valor terapéutico del *boost* en pacientes con márgenes de resección amplios, es relativo.¹⁴

Si bien hasta el momento no se ha publicado ninguna experiencia que muestre menor tasa de recidiva local gracias al tratamiento oncoplastico del cáncer de mama, sí se ha demostrado que la resección glandular es mayor y por ende los márgenes son más amplios.¹⁵ Otras experiencias incluyen pacientes con márgenes de resección comprometidos.

Clough¹⁶ incluye 5 de 90 pacientes con márgenes contactando el cáncer de mama, con una tasa de recidiva local a 5 años de 9,5% en un seguimiento medio de 46 meses. Nosotros pensamos que siendo más meticulosos en obtener márgenes amplios, la tasa de recidiva local debería disminuir. No obstante, este aspecto de la cirugía oncoplastica en el tratamiento conservador aún no está establecido. En todas nuestras pacientes el margen de resección fue amplio, mayor de 1 cm, y hasta el momento no se han detectado recaídas locales.

De las 28 mamas operadas en las 14 pacientes, se utilizaron 13 pedículos inferiores, 12 superiores y 3 doble pedículo (McKissock). Para adecuar estos procedimientos al tratamiento quirúrgico de la patología mamaria, es necesario estar capacitado para realizar cualquier variante de mastoplastia que permita la resección oncológica, pero manteniendo una buena vitalidad del complejo areola pezón, si éste es conser-

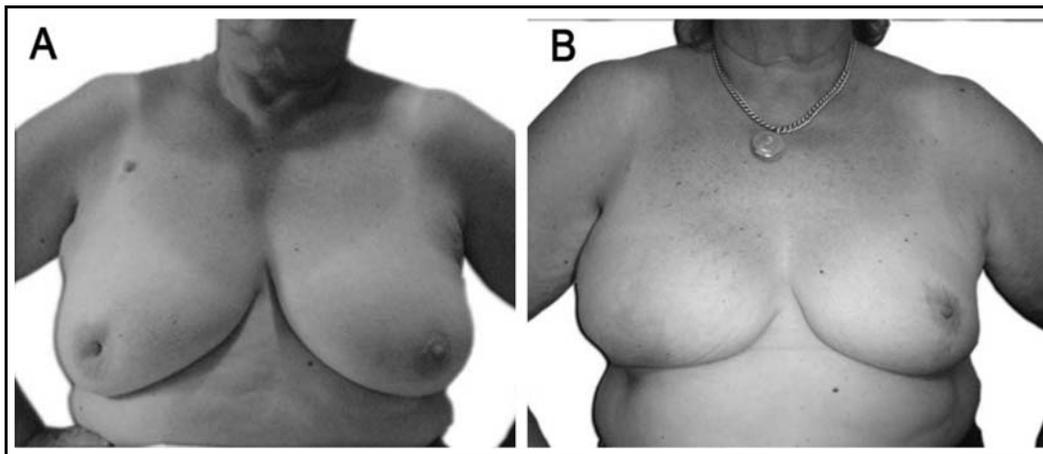


Figura 5. Paciente con carcinoma ductal invasor NOS retroareolar de mama derecha. A: Preoperatorio. B: Posoperatorio.

vado.

Nosotros preferimos incisiones de piel tipo T invertida o verticales. Las incisiones periareolares como el *round block* también son muy utilizadas, pero producen una mama más plana, con menor proyección; por esto la hemos utilizado en un solo caso.

Tuvimos una sola complicación significativa, la necrosis parcial bilateral de ambos CAP. En esta paciente, no tabaquista, el pedículo utilizado fue doble tipo McKissock, pero la resección glandular fue muy extensa dado que el tumor clínicamente medía 4 cm. Otras experiencias refieren este tipo de complicación en 1% al 3% de las pacientes.¹⁷⁻¹⁹

Como conclusión, la mastoplastia terapéutica nos permitió tratar pacientes con tumores relativamente grandes, conservando la mama y obteniendo márgenes amplios de resección; o sea, sin comprometer el objetivo oncológico, e inclusive con un mejoramiento estético de la apariencia mamaria.

REFERENCIAS

1. Losken A, Elwood ET, Styblo TM, Bostwick J. The role of reduction mammoplasty in reconstruction partial mastectomy defect. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 968-975.
2. Arenas M, Sabater S, Hernandez V, et al. Cosmetic outcome of breast conservative treatment for early stage breast cancer. *Clin Transl Oncol* 2006; 8: 334-8.
3. Audretsch W, Rezai M, Kolotas C, et al. Onco-plastic surgery: "target" volume reduction (BCT mastopexy), lumpectomy reconstruction (BCT reconstruction) and flap supported operability in breast cancer. Proceeding 2nd European Congress on Senology. Vienna, Austria, 1994.
4. Petit JY, Rietjens M, Garusi C, et al. Integration of plastic surgery in the course of breast conservative surgery for cancer to improve cosmetic results and radicality of tumor excision. *Recent Results Cancer Res* 1998; 152: 202-11.
5. Clough KB, Kroll SS, Audretsch W. An approach to the repair of partial mastectomy defects. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 409-20.
6. Shestak KC, Jonson RR, Greco RJ, et al. Partial mastectomy defect and breast reduction as a valuable treatment option for patients with macromastia and carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 54-56.
7. Clough KB, Nos C, Salmon RJ, et al. Conservative treatment of breast cancer by mammoplasty and irradiation: a new approach to lower quadrant tumors. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96: 363-370.
8. Spear SI, Burke JB, Forman D, et al. Experience with reduction mammoplasty following breast conservation surgery and radiation therapy. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 1913-19.
9. McCulley SJ, Macmillan RD. Therapeutic mammoplasty – Analysis of 50 consecutive cases. *Br J Plast Surg* 2005; 58: 902-907.
10. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94: 100.

11. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: round block technique. *Aesth Plast Surg* 1990; 14: 99.
12. McKissock PK. Reduction mammoplasty by the vertical bipedicle flap technique. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 309.
13. McCulley SJ, Macmillan RD. Planning and use of therapeutic mammoplasty. Nottingham Approach. *Br J Plast Surg* 2005; 58: 889-901.
14. Arthur DW, Cuttino LW, Neuschatz AC y col. Tumor bed boost omission after negative re-excision in breast-conservation treatment. *Ann Surg Oncol* 2006; 13: 794-801.
15. Kaur N, Petit JY, Rietjens M y col. Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2005; 12: 1-7.
16. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, et al. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg* 2003; 1: 26-34.
17. Munhoz AM, Montag E, Arruda EG, et al. Critical analysis of reduction mammoplasty techniques in combination with conservative breast surgery for early breast cancer treatment. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117: 1091.
18. González E, Cresta Morgado C, Noblía C y col. Utilidad y sistematización de las técnicas de cirugía oncológica en la prevención y corrección de las secuelas del tratamiento conservador. Consideraciones oncológicas y cosméticas. *Rev Arg Mastol* 2005; 25: 49.
19. Kronowitz SJ, Hunt KK, Querer HM, et al. Practical guidelines for repair of partial mastectomy defects using the breast reduction technique in patient undergoing breast conservation therapy. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120: 1755.

DEBATE

Dr. Lebrón: Felicitaciones a los autores, muy interesante el trabajo. Además, es una inquietud, ya que siempre después de la cirugía, sobre todo en mamas grandes (a veces la diferencia es muy notable entre una mama y otra), el hecho de poder obtener una simetría para la parte cosmética es fundamental. Para los tumores grandes, yo no sé si ustedes hacen neoadyuvancia, pero podría ser una indicación para facilitar este tipo de cirugía, cuando tienen tumores mayores a 4 cm como es el que ustedes presentaron. En las fotos que mostró se ven re-

sultados muy buenos. No sé si en esas fotos ya se había efectuado la radioterapia, porque el problema de la radioterapia en la mama, por lo menos en mi experiencia, es que produce siempre en las cirugías conservadoras una cierta retracción de la mama; la mama sube, queda como más levantada. Muchas veces estéticamente queda mejor la mama irradiada que la otra, en las mujeres mayores que tenían cierta ptosis mamaria; queda con una ptosis del lado no operado y con una mama mucho más elevada del lado operado e irradiado. Por eso, no sé si tuvieron ese inconveniente o esa complicación, de que la simetría lograda con la cirugía se desdibujara después con el tratamiento radiante.

Dr. Mc Lean: Respecto a la neoadyuvancia para definir el tamaño tumoral, no está dentro de nuestros protocolos del tratamiento, no utilizamos la neoadyuvancia. Si es una paciente con una lesión grande en la mama, no tiene enfermedades sistémicas y la paciente es quirúrgica, preferimos operarla, no utilizamos la neoadyuvancia para llevar la paciente a un tratamiento conservador; por eso es que no incluimos a esas pacientes, porque no está dentro de nuestros protocolos. Respecto a la radioterapia, el problema al que usted se refiere no lo hemos tenido. Con la radioterapia de hoy en día la secuela actínica no es tan importante como se veía antes. Muchas de las pacientes que mostré ya llevan varios meses de postratamiento de irradiación y por suerte no hemos tenido problemas de retracción posactínica de la mama irradiada. Si uno piensa que va a tener ese problema, lo que se aconsejaría es que la mama que se va a irradiar dejarla un poco más grande, pensando en esa retracción; pero no es algo que nosotros hayamos visto. Tampoco en todos los trabajos que he leído para esta circunstancia, vi que lo tengan en cuenta o que otra gente lo planifique de esa manera.

Dr. Etkin: Adhiero a las felicitaciones anteriormente dichas por el trabajo. Mi pregunta puntual con respecto a una de las ventajas que

se habla de este procedimiento (que es muy interesante), es sobre el tratamiento radiante posoperatorio. Me gustaría ver el tema, aunque creo que ya lo dije, para solamente poner un poquito más de énfasis, ¿cuál es el procedimiento técnico que utilizan ustedes para poder tener un buen *boost*?, dado que aquí la localización se complica para ese procedimiento.

Dr. Mc Lean: Lo que se recomienda muchas veces es poner clips metálicos en los márgenes de resección, para que después el radioterapeuta se guíe por esos clips. La otra opción que es la que nosotros adoptamos y preferimos, es comunicarnos con el radioterapeuta para decirle cómo fue la cirugía y cómo fue la reconstrucción glandular, para que haga la planificación siguiente del *boost*.

Dr. Gori: Yo tendría algunos comentarios para hacerle al Dr. Mc Lean. Primero el término. Podemos decir que las mastoplastias nunca son terapéuticas; la terapéutica es la resección amplia del tumor, lo demás es un agregado para lograr siempre un resultado estético, nunca terapéutico. Lo podemos lograr de distinta manera; o sea, que decir mastoplastia terapéutica da la sensación que la propia técnica es la terapéutica y no es así, y puede llevar a confusión. Si bien es cierto que algunos autores lo utilizan, yo creo que tenemos que separar realmente los conceptos; la terapéutica es la resección amplia del tumor, después viene todo lo demás. Una vez que se haya hecho la resección amplia del tumor podemos reconstruirla, etc. La reconstrucción mamaria es antiquísima. En el año 1990 presentamos acá en esta Sociedad con el Dr. José Robles, una técnica que tenía él sobre la reducción de la mama cuando había un cáncer. Era una mastoplastia pero no terapéutica, sino para conservar la armonía de ambas mamas. Eso fue en el año 1990, hace 18 años. O sea, que es un

concepto antiguo, porque cuando son grandes se pueden reducir, siempre se pueden reducir y no afecta a la terapéutica, porque no va en el campo de la resección terapéutica. Ése como primer concepto, que es discutible, analizable, por supuesto. Segundo, otra idea que es la neoadyuvancia. La neoadyuvancia se aplica en las mamas chicas, no casualmente en las mamas grandes. En las mamas grandes podemos hacer todas las reducciones que queramos porque tenemos, vulgarmente podemos decir, tela para hacerlo, con la técnica mastoplástica que ustedes quieran; la mama chica no lo permite. En la mama chica, tal vez, sea donde más encajaría la neoadyuvancia.

Dr. Mc Lean: Respecto a este tipo de enfoque del cáncer de mama en mujeres con mamas grandes y tumores que no son tan pequeños, para nada es nuevo. Si uno empieza a revisar la literatura, puede encontrar trabajos de la década de 1970 y trabajos inclusive con bastantes pacientes. Quizás en los últimos años, con todo el surgimiento de la cirugía oncoplástica, han aparecido centros nuevos con este tipo de enfoque y ha aumentado el número de pacientes. A nosotros lo que nos pareció interesante de la expresión mastoplastia terapéutica, no es pensar en la terapéutica para la resección de un cáncer per se, creemos que es entre comillas "terapéutico" porque previene el defecto estético. Es la prevención del defecto estético lo que nos está dando más que, por supuesto, la resección amplia de una lesión. Nosotros creemos o nos pareció muy interesante y estamos justamente con la palabra enfoque teniendo en mente a estos procedimientos de los tumores de mama, porque justamente nos ayuda a prevenir ese tipo de secuelas. Respecto a la neoadyuvancia, no tengo mucho que decir, porque no la hacemos para disminuir el tamaño tumoral.