

EDITORIAL

¿LA CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE MAMA AUMENTA EL NÚMERO DE MASTECTOMÍAS? VERDAD O MITO

En mayo de este año, en un evento de controversias en el tratamiento del cáncer de mama en la Universidad de La Plata,¹ el Dr. Edgardo Bernardello hizo a los integrantes de la mesa que coordinaba la pregunta origen de este editorial. Las consideraciones que generó esta pregunta y la confusión que creo existe sobre este tema, me motivó a tratar de aclarar el mismo con los fundamentos de la bibliografía y la experiencia actual sobre tan interesante cuestión.

En primer término consideremos la expresión "Cirugía Oncoplástica de mama" (COM); mucho se ha escrito en los últimos años sobre ella, probablemente sin considerar para su utilización su definición original. De acuerdo a lo expuesto por Werner Audretsch en 1994,² quien lo describió por primera vez, la cirugía oncoplástica de mama originariamente incluía a todos los abordajes quirúrgicos de cirugía plástica y reconstructiva, tendientes a lograr en el tratamiento conservador una resección oncológica con márgenes satisfactorios tratando de minimizar las potenciales deformidades y obtener mejores resultados cosméticos (no nos olvidemos que quienes introdujeron la cirugía conservadora como alternativa a la mastectomía en el tratamiento del cáncer de mama, plantearon como fundamental el control oncológico de la enfermedad, pero con un buen resultado estético).⁹ En resumen, el objetivo de anticipar las secuelas sin comprometer la eficacia del tratamiento.

Posteriormente, y luego de pasar por diferentes denominaciones relacionadas a la técnica realizada como: "Cosmetic quadrantectomy" (Silverstein),³ "Low pole tumor reduction mammoplasty" (Clough),⁴ "Central tumor reduction" (Grisotti),⁵ etc., el concepto fue ampliado al término "Tumor-Specific Immediate Reconstruction" (TSIR),⁶ propuesto por el destacado cirujano plástico de Estados Unidos John Bostwick III en 1996, donde se incluyen no sólo las técnicas de prevención de las secuelas del tratamiento conservador, sino también todo el espectro de técnicas para la reconstrucción inmediata posmastectomía parcial o total (reconstrucción mamaria inmediata), la corrección de las secuelas de las mismas (reconstrucción mamaria diferida) y la reparación inmediata en el tra-

tamiento quirúrgico de los tumores localmente avanzados y recurrencias en la pared torácica. En la actualidad, luego de estas discrepancias en la nomenclatura, es uniforme en la comunidad médica la asociación de la expresión "Cirugía oncoplástica de mama" a la clasificación de John Bostwick III, tanto en las publicaciones latinas como anglosajonas.

De acuerdo a lo expuesto la respuesta es "no". La cirugía oncoplástica no aumenta el número de mastectomías. Lo que sí intenta es dar el mejor resultado cosmético, independientemente de la indicación terapéutica seleccionada, lo que va a depender de muchos otros factores y no precisamente de la técnica oncoplástica utilizada.

Reformularía entonces la pregunta como: ¿Las indicaciones de las diferentes técnicas de cirugía oncoplástica, pueden influir en cambios en la indicación del tratamiento quirúrgico primario del cáncer de mama?; y ahí sí, podemos percibir un cambio en las tasas de cirugía conservadora y mastectomía, acorde a la evolución y los avances en el tratamiento quirúrgico de los últimos 20 años, pero no debidos a la cirugía oncoplástica y a hacer consideraciones interesantes que probablemente lleven a conclusiones opuestas a lo que intuitivamente se creía. Y si ahora siguiendo el mismo razonamiento planteamos que la utilización de las técnicas de cirugía oncoplástica disminuye las indicaciones de la mastectomía, mejorando la efectividad del tratamiento conservador con el beneficio accesorio de mejorar la cosmesis, podemos analizar si esta premisa puede ser verdad; veamos.

Desde fines de la década del ochenta múltiples autores generalmente europeos (Europa, no olvidemos, fue cuna del tratamiento conservador, desde Mustakallio⁷ a Veronesi,⁹ pasando por nuestro querido y recordado Jean Maurice Spittallier⁸) luego de años de experiencia de conservación, diseñaron técnicas para primero corregir y luego evitar las secuelas. Pioneros en estas lides fueron los cirujanos plásticos del Istituto dei Tumori de Milan Andrea Grisotti y Maurizio Nava,⁵ quienes se encargaron de describir y realizar múltiples procedimientos para corregir las importantes secuelas de las amplias cuadrantectomías con resección de piel y radioterapia, verdaderas "mastectomías parciales". Dentro de esas experiencias apareció entre otras la técnica de Grisotti⁵ para tumores centrales (colgajo dermoglandular de rotación inferior) que fue junto con las mastoplastias reductivas y cirugía conservadora, los procedimientos que evitaron un número importante de mastectomías en esta localización. Una experiencia con esas técnicas fue presentada por nuestro grupo de trabajo en 1991 en el IV Congreso Argentino de Mastología.¹⁰

Posteriormente fueron destacados en la literatura otros beneficios del tratamiento conservador y cirugía oncoplástica con relación a la posibilidad de márgenes más amplios con tasas de reescisión menores.¹¹ Márgenes negativos

comparativos con significación estadística como refiere la experiencia del Instituto Europeo de Oncología (83,4% en COM *versus* 56,7%, $p=0,05$)^{12,23} que no sólo permiten un buen resultado cosmético, sino que impactan en varias series con tasas de recurrencias comparables o menores a procedimientos sin reconstrucción.^{13,14} Es destacable también el beneficio en la correcta implementación de la radioterapia adyuvante. En mamas hipertróficas y gigantomastias el tratamiento conservador y cirugía oncoplástica con reducción mamaria, facilita la realización de la radioterapia mejorando la homogeneidad de las dosis y evitando áreas sobre- o subirradiadas.¹⁵

Entonces podemos analizar ahora, aclarada esta cuestión, que otros factores pueden intervenir para incrementar actualmente la tasa de mastectomías con relación al tratamiento conservador no relacionadas a la COM. Estos factores podrían ser incluidos en cuatro grupos: oncológicos, socioeconómicos, formativos y conceptuales, claramente expuestos en múltiples publicaciones.¹⁶⁻²¹

Para finalizar y como resumen, es importante considerar que las indicaciones quirúrgicas en el tratamiento del cáncer de mama están desde hace años bien definidas, pero es necesario considerar constantemente modificaciones relacionadas a factores que pueden cambiar la evolución y el pronóstico de la enfermedad (edad, genética, nuevos métodos de evaluación prequirúrgicos).¹⁹⁻²¹

La cirugía oncoplástica mamaria se incorporó al tratamiento primario de esta enfermedad para prevenir secuelas y produjo un beneficio accesorio a la cosmesis relacionado con la seguridad oncológica y, en algunas situaciones, la disminución de las indicaciones de mastectomías y "no su aumento". Por el contrario, ha colaborado en consolidar los objetivos del tratamiento quirúrgico (márgenes amplios, tasas menores de reescisión), mejorar la ejecución y eficacia de la radioterapia y ampliar la indicación de conservación mamaria en antiguas indicaciones de mastectomía.

Obviamente cualquiera de estos métodos pueden verse desvirtuados por indicaciones incorrectas o forzadas, por inexperiencia, por desinformación o errores de concepto.

Dr. Eduardo González

REFERENCIAS

1. Meeting Mama 2011. Controversias en diagnóstico, tratamiento y reconstrucción en cáncer de mama. Universidad Nacional de La Plata. Mayo 27, 2011.
2. Audretsch W, et al. Oncoplastic Surgery: "Target" volume reduction, (BCT mastopexy) lumpectomy reconstruction (BCT reconstruction) and flap supported operability in breast cancer. Proceedings of the Second European Congress on Senology, Vienna, Austria. October; Bologna, Italy: Monduzzi,: 139-157, 1994.

3. Silverstein M. Cosmetic Quadrantectomy. Present at the Annual Miami Breast Cancer Conference, Miami Fl. Spring, 1993.
4. Clough K, et al. Conservative treatment of the breast cancer by mammoplasty and irradiation: A new approach to lower quadrant tumors. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96: 363-370.
5. Grisotti A. Immediate reconstruction after partial mastectomy. *Oper Tech Plast Reconstr Surg* 1994; 1: 1-12.
6. Audretsch W, et al. Tumor-specific immediate reconstruction (TSIR) in breast cancer patients. *Perspect Plast Surg* 1998; 11: 71-106.
7. Mustakallio S. Conservative treatment of breast carcinoma. Review of 25 years follow up. *Clin Radiol* 1972; 23(1): 110-6.
8. Spitalier JM, et al. Long-term results of conservative treatment of operable breast cancers. *Pathol Biol (Paris)* 1990; 38(8): 842-3.
9. Veronesi U, et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med* 1981; 305(1): 6-11.
10. Gonzalez E y col. Cirugía conservadora. Técnica para el tratamiento de los tumores centrales. IV Congreso Argentino de Mastología. Actas. IV Congreso Argentino de Mastología. Buenos Aires, 9-13 septiembre 1991.
11. Giacalone P. Comparative study of the accuracy of breast resection in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2007; 14(2): 605-14.
12. Kaur N, Petit JY, Rietjens M, et al. Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2005; 12:539-45.
13. Kronowitz S. Practical guidelines for repair of partial mastectomy defects using the breast reduction technique in patients undergoing breast conservation therapy. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120(7): 1755-68.
14. Rietjens M. Long-term oncological results of breast conservative treatment with oncoplastic surgery. *Breast* 2007; 16(4): 387-95.
15. Gray J. Primary breast irradiation in large breasted or heavy women: analysis of cosmetics outcome. *Int J Radiat Oncology Biol Phys* 1991; 21: 347-354.
16. Cuzick J. The ATAC trial: the vanguard trial for use of aromatase inhibitors in early breast cancer. *Expert Rev Anticancer Ther* 2007; 7(8): 1089-94.
17. Slotmana B. Overview of national guidelines for infrastructure and staffing of radiotherapy. ESTRO-QUARTS: Work package 1. *Radiother Oncol* 2005; 75(3):349-54.
18. Martín J. Aumento de las indicaciones de mastectomía en el cáncer de mama inicial. Sus razones. *Rev Arg Mastol* 2008; 27(95): 108-126.
19. Katipamula R. Trends in mastectomy rates at the Mayo Clinic Rochester: Effect of surgical year and preoperative MRI. *J Clin Oncol* 2008; 27(25): 4082-8.
20. Rutgers E. Breast Conservation in Very Young. Primary Therapy of Early Breast Cancer. 11 th. International Conference. St. Gallen, Switzerland, 11-14 March 2009.
21. National Comprehensive Cancer Network. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. TM Breast Cancer. V.1.2011.