

LA VISIÓN DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN LA RECONSTRUCCIÓN POSCIRUGÍA CONSERVADORA DE MAMA

Alexandre Mendonça Munhoz *

Hoy sabemos que hay una infinidad de procedimientos relacionados a la reconstrucción en la cirugía conservadora. De una manera simplista y didáctica, son técnicas que comprenden los desplazamientos o la transferencia de tejidos locales o a distancia para los sitios de la cuadrantectomía. Son técnicas simples como los colgajos glandulares o más refinadas basadas en principios de cirugía estética, como la mastopexia y la mamoplastia reductora, y hasta procedimientos más complejos, como los colgajos basados en vasos perforantes e incluso los colgajos a distancia.

Nuestra visión sobre el problema de la reconstrucción oncoplástica inmediata y diferida, está basada en los cuestionamientos que vemos día a día trabajando conjuntamente con un equipo multidisciplinario.

La primera pregunta es, ¿por qué la reconstrucción en la cirugía conservadora? ¿Realmente es necesaria la reconstrucción?

Hay infinidad de trabajos, la gran mayoría son retrospectivos, pero no hay duda que existen aspectos positivos y beneficios. Son beneficios estéticos y beneficios funcionales. Además, la reconstrucción poscirugía conservadora y la planificación en conjunto con técnica de cirugía plástica, permite incisiones mayores y resecciones mayores. Existe la posibilidad también de optimizar la radioterapia posoperatoria. Ustedes saben que hay una dificultad muy grande por parte del radioterapeuta en hacer la planificación en mamas grandes; hay dificultades de po-

sicionamiento y la incidencia de complicaciones en la radioterapia, es mucho mayor en pacientes con gigantomastia. También en los casos de simetría, está la posibilidad de revisar la mama contralateral.

El Cuadro 1 muestra un ejemplo clínico sin ninguna técnica oncoplástica, sin ninguna planificación de incisiones. Son pacientes sometidas a cuadrantectomía sin técnicas de reconstrucción en tumores mediales, en un caso la mama derecha y en otro la mama izquierda.

La siguiente pregunta es, ¿qué técnicas se pueden emplear después de la cirugía conservadora? ¿Cuáles son los principales procedimientos? ¿Existe un algoritmo o algún criterio objetivo o subjetivo para la aplicación correcta de estas técnicas?

Nosotros pensamos que lo más importante es un concepto físico volumétrico y es la relación entre el volumen de mama con el volumen del tumor. Es muy distinto un tumor pequeño en una mama grande, donde nuestra participación es solamente para un mejor posicionamiento de la incisión y un cierre de la incisión con técnicas de cirugía plástica.

En otro escenario totalmente adverso, son tumores grandes en mamas pequeñas, que hay necesidad de técnicas más complejas o hasta la contraindicación de una cirugía conservadora, que se cambia por una cirugía más amplia como una mastectomía con preservación de piel.

Nuestra experiencia es que conseguimos identificar, trabajamos hace 15 años en conjun-

* Cirujano plástico del Hospital Sirio Libanés, San Pablo.
Miembro de la Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica (SBCP).

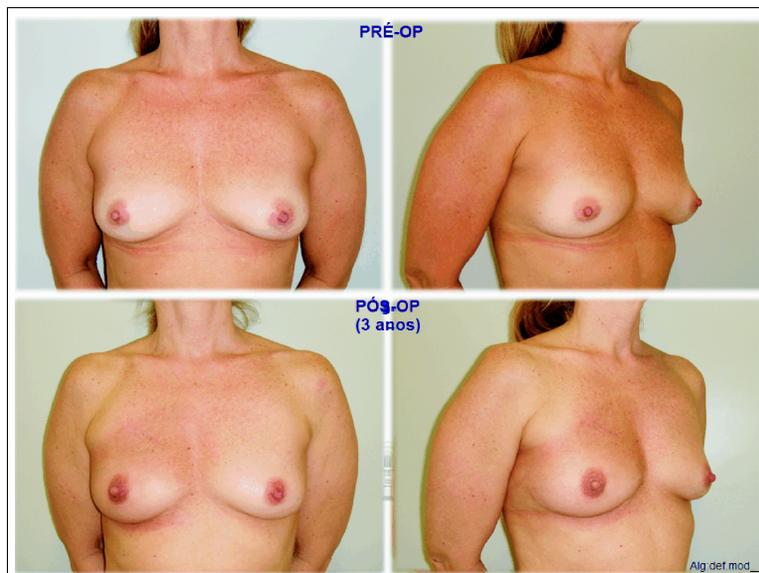


Cuadro 1

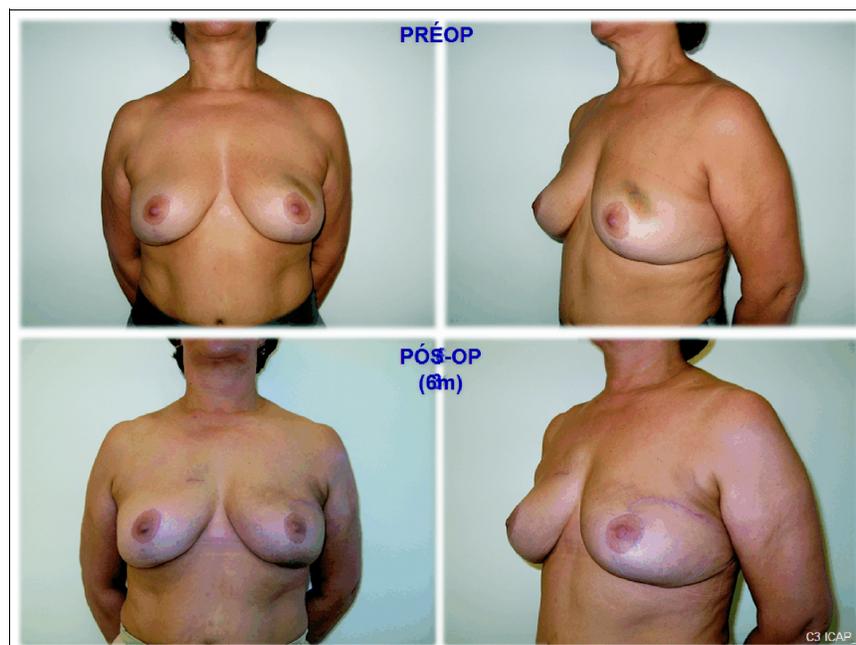
to con distintos mastólogos, diferentes tipos de anatomías, volumen mamario, ptosis, aplicación de técnicas individualizadas para cada uno de esos tipos distintos. El primer punto son las mamas más pequeñas, las mamas medias, o hasta

las mamas grandes, pero con pequeñas resecciones glandulares.

El Cuadro 2 muestra un ejemplo muy común y frecuente, en consultorio privado. Una paciente con mamas pequeñas, una paciente



Cuadro 2



Cuadro 3

joven, con tumor de casi 1 cm en el cuadrante superior de la mama derecha. La programación se realiza en conjunto con el mastólogo.

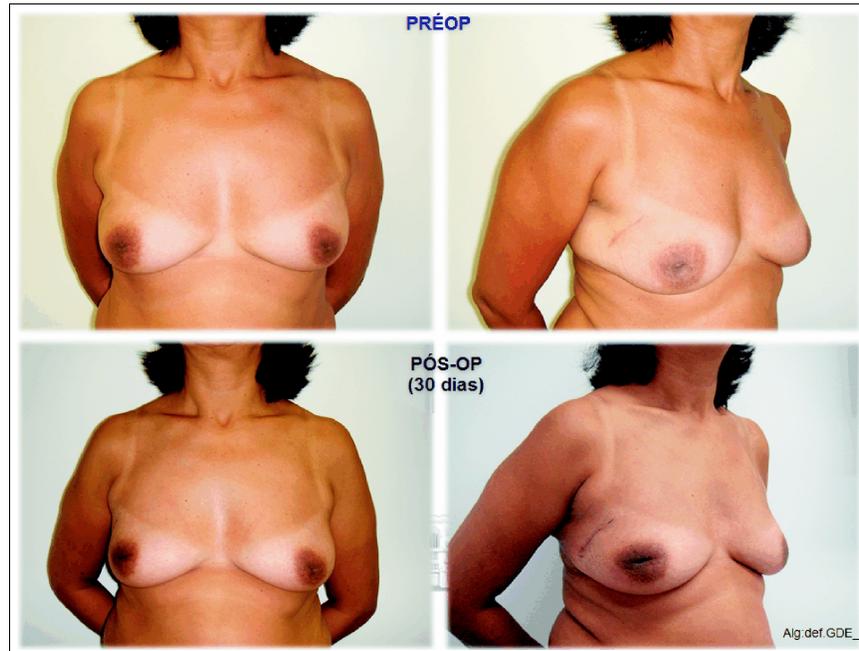
Una segunda situación son las resecciones moderadas. Para pacientes con mamas pequeñas no existe la posibilidad de aplicar técnicas simples, como los colgajos glandulares, pero en las pacientes con mamas moderadas va a depender de la relación entre el volumen tumoral y el volumen mamario. Existe la posibilidad de indicar los colgajos. El Cuadro 3 ilustra el caso de una paciente de 50 años, con un tumor de 2,5 cm en el cuadrante superior lateral de la mama izquierda. El Cuadro 4 muestra una paciente en un posoperatorio de 30 días. El gran beneficio es que la cicatriz del área donante se encuentra en el surco inframamario, casi imperceptible, con un resultado muy bueno en términos de volumen y simetría.

Otras situaciones clínicas ahora son los grandes defectos en mamas pequeñas. Desde nuestro punto de vista una contraindicación es la cirugía conservadora. Para grandes defectos en

mamas medias, existe la posibilidad de aplicar técnicas específicas y especialmente la utilización de colgajos locales. Cuando la paciente no acepta la idea de una mastectomía, el mastólogo debe realizar la cirugía conservadora por una preferencia personal de la paciente. En ese caso se deben usar los colgajos a distancia.

En el Cuadro 5 se puede observar una paciente con un tumor de 3 cm en el cuadrante central de la mama derecha. En la parte inferior se ve la paciente con un posoperatorio de 2 años después de la reconstrucción de la areola y pezón de la mama derecha. Una corrección de la simetría con la mama izquierda. Un resultado muy satisfactorio en términos de volumen y simetría, en una resección tan amplia de esa paciente.

Pero hay morbilidad. En algunas pacientes las complicaciones son mayores cuando son sometidas a este tipo de reconstrucción. Nuestra experiencia es semejante al colgajo torácico lateral. Las complicaciones en el área donante son cuatro veces mayores que en el propio colgajo.



Cuadro 4

Cuando se trata de pacientes obesas, esas complicaciones son mucho mayores. Es claro que ahora la gran mayoría de las pacientes son sometidas al ganglio centinela y no hay comunicación de la axila con el área donante del colgajo dorsal ancho. De igual modo, a las pacientes sometidas a linfadenectomía le hacemos los puentes de adhesión en todo el dorso, entonces la complicación del seroma dorsal es menor, según nuestra experiencia que describimos en el 2005.

El cuarto punto son las pacientes con volúmenes medios y grandes, sometidas a grandes resecciones con defectos moderados. En estos casos hay un gran beneficio que tiene la asociación de las cirugías puramente estéticas con la mastología y aplicación de técnicas de mamoplastia.

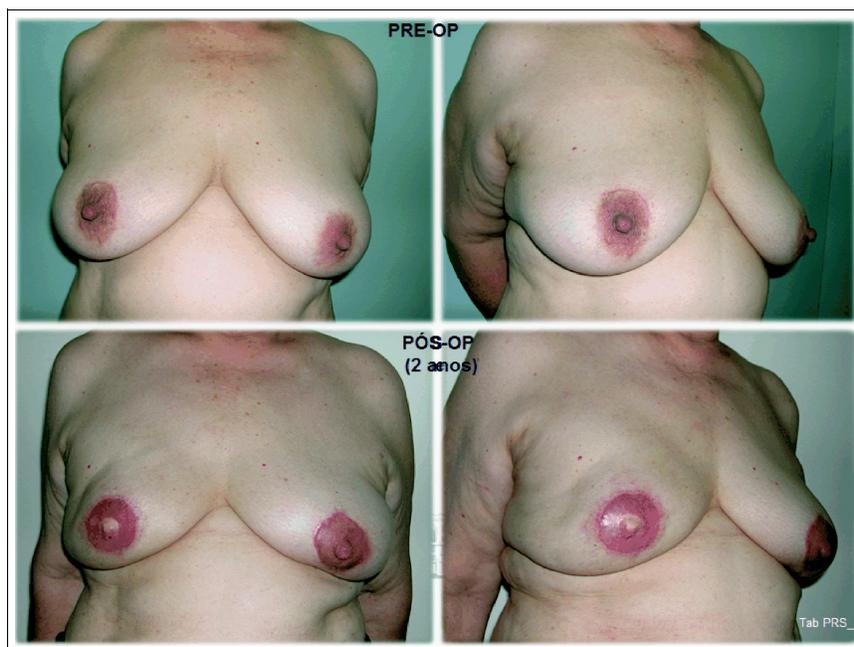
Entonces las técnicas de mamoplastia reductora permiten no sólo la satisfacción, sino también examinar la mama contralateral y optimizar la radioterapia posoperatoria. Los puntos negativos son los tiempos mayores de cirugía y la re-

distribución de tejido glandular, principalmente en la situación clínica de necesidad de una nueva cuadrantectomía por margen quirúrgico positivo en la parafina.

Pero está comprobado en la literatura que no hay otra técnica de reconstrucción que permita en una paciente obesa con mamas voluminosas, con ptosis, una reconstrucción mejor, más predecible y con un índice muy bajo de complicación, que una cuadrantectomía y una mamoplastia reductora. Algunos estudios avalaron no sólo las complicaciones, que son aceptables, cuando se realiza la cuadrantectomía; pero también un índice de satisfacción de esas pacientes. La situación clínica de gigantomastia, en cuyo caso son muy favorables.

El tercer punto, son pacientes con mamas muy voluminosas, con ptosis y candidatas a cirugía conservadora.

El tercer tema que pensamos en nuestra visión sobre la cirugía y la reconstrucción en cirugía conservadora es, ¿cuándo se debe realizar la reconstrucción oncoplástica? Pensamos que la



Cuadro 5

gran mayoría debe ser inmediata. Es reflejo de nuestra experiencia en casi 10 años trabajando conjuntamente con distintos mastólogos. Tenemos pocos casos de reconstrucciones diferidas y otros casos de reconstrucciones inmediatas-diferidas. ¿Qué son?, son pacientes a las que no le hacemos la reconstrucción en el mismo momento de la cirugía oncológica, sino días o semanas después de los resultados finales de la parafina.

Pero cuando aplicamos técnicas de mamoplastia y nos enfocamos exclusivamente en las complicaciones, observamos que las complicaciones en la mama reconstruida son mayores que en la mama no reconstruida, la mama con simetría. Pero principalmente cuando comparamos el grupo inmediato con el grupo diferido, es que observamos que hay muchas más revisiones en las pacientes sometidas a reconstrucción poscirugía conservadora de manera diferida. Es lógico, porque hay fibrosis, hay radioterapia, las incisiones son atípicas.

De esta forma, entendemos que la reconstrucción inmediata es la primera opción. El trata-

miento ideal debe ser preventivo antes de la radioterapia adyuvante. Los puntos negativos son el tiempo quirúrgico mayor, el cuadrante más reconstrucción. En el caso específico de mamas grandes, lograr la simetría de la mama contralateral y también el riesgo de márgenes positivos durante el análisis final definitivo de la parafina.

Trabajamos frecuentemente con el patólogo dentro del quirófano. La posibilidad del margen positivo frente a un escenario de margen negativo, es aproximadamente el 6% de los casos. La gran mayoría son reescisiones pequeñas, reconstrucciones con colgajo locales, menos del 2% de los casos. Es el ejemplo clínico de una mastectomía con preservación de piel.

Cuando analizamos los factores de riesgo, son semejantes a los otros trabajos de la literatura. Son principalmente pacientes jóvenes, con tumores grandes, donde hay un mayor riesgo de discordancia de la patología final con la patología intraoperatoria. Principalmente pacientes con tumores in situ de bajo grado, porque hay una dificultad técnica por parte del patólogo de

dar un veredicto preciso durante la intraoperatoria. De esta forma, estas pacientes tienen la necesidad de una atención especial, principalmente cuando indicamos técnicas más complejas de reconstrucción de manera inmediata.

El último tema es, ¿quién debe realizar la reconstrucción en la cirugía conservadora? en la actualidad en Brasil hay una confusión muy grande entre la Sociedad de Cirugía Plástica y la Sociedad de Mastología. Tenemos muchas más preguntas que respuestas.

Creo que las dos especialidades deben trabajar juntas, la mastología y mi visión de cirujano plástico, son especialidades muy bonitas y son especialidades muy profesionales. Hay necesidad de crear nuevas directrices y planes de estudio. El papel de las sociedades para el futuro es primordial, de manera ética y correcta.

Crear profesionales que consigan hacer que

la mastología sea bien hecha, de manera precisa, con buen tino y de técnica depurada, pero también con todas las técnicas de reconstrucción.

Para terminar, quería comentar que las técnicas oncoplásticas han demostrado ser útiles y predecibles en la reconstrucción y deben ser aplicadas preferentemente de manera inmediata. El éxito del procedimiento depende de la selección de las pacientes, principalmente analizando la hipertrofia, el grado de ptosis y una planificación pre- e intraoperatoria.

Mi visión actual de la cirugía plástica y de la reconstrucción en mastología, se la debo al Prof. José Aristodemo Pinotti, que hace más de 15 años fue quien estimuló a un gran número de cirujanos plásticos a trabajar de una manera amigable en conjunto con la mastología brasileña. Muchas gracias por la atención.