

Análisis de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y reconstrucción mamaria utilizando el cuestionario BREAST-Q.

Luciana D`Angelo¹, María Delfina Ocampo¹, María Florencia Costa¹, Verónica Sanchotena¹, María Soledad Crespo Erramuspe²

Nuestra experiencia.

Servicio de Patología Mamaria-Sanatorio Dr. Julio Méndez-Osba

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama es uno de los tumores más prevalentes con una incidencia de 22000 casos anuales en nuestro país. La reconstrucción mamaria forma parte del tratamiento, sin diferencias en el pronóstico y con mayor satisfacción por parte de las pacientes. Para evaluar la calidad de vida, surgen los PROMS "patient reported outcome measures" que cuantifican la percepción de las pacientes en cuanto a distintos factores que influyen en la calidad de vida posterior al tratamiento. BREAST-Q[®] es un cuestionario que evalúa resultados en pacientes intervenidas por distintas cirugías mamarias e incluye pacientes con cáncer de mama.

Objetivo

Evaluar la calidad de vida y el índice de satisfacción de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama a las cuales se les realizó una mastectomía con reconstrucción mamaria inmediata o diferida con material heterólogo en el servicio de Patología Mamaria del Sanatorio Dr. Julio Méndez.

1 Servicio de Patología Mamaria, Sanatorio Dr. Julio Méndez

2 Jefa del servicio de Patología Mamaria del Sanatorio Dr. Julio Méndez

Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal que incluyó pacientes intervenidas quirúrgicamente en el período 01/01/2012-01/10/2022. Se realizó el cuestionario BREAST-Q© Versión 2.0 traducido al español. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM© SPSS versión 21.

Resultado

Se incluyeron 56 pacientes. La escala de menor puntaje fue la inherente al bienestar sexual y la de mayor puntaje fue aquella relacionada con la información recibida, la satisfacción con el cirujano y el equipo quirúrgico y el personal administrativo.

Conclusión

El cuestionario BREAST-Q© constituye una herramienta útil para evaluar la satisfacción con la reconstrucción mamaria y analizar aquellos factores que influyen en la misma.

Palabras Clave

Mastectomía, Reconstrucción mamaria, Calidad de vida

ABSTRACT

Introduction

Breast cancer is one of the world's most prevalent tumors with an incidence of 22000 cases per year in our country. Breast reconstruction is part of the treatment, not showing any differences in prognostic but showing more satisfaction reported by the patients. To measure quality of life PROMS (patient reported outcome measures) have been developed, which assess different aspects that may influence quality of life after receiving treatment. BREAST-Q© is a questionnaire that evaluates results in patients that have been through different breast surgeries and include breast cancer patients.

Objective

To evaluate quality of life and satisfaction index in patients that had mastectomy followed by breast reconstruction immediate or differed using heterologous tissue. in Sanatorio Dr. Julio Méndez.

Materials and method

This is a retrospective observational study that includes patients who underwent surgery between 01/01/2012 and 10/01/2022. We used BREAST-Q© Version 2.0 translated to spanish. For statistical analysis IBM© SPSS version 21 was used.

Results

We included 56 patients. We observed the lowest score in the scale evaluating sexual wellbeing, and the highest in the one related to received information, surgical team and administrative staff.

Conclusion

The BREAST-Q© questionnaire is a useful tool used to assess patient satisfaction related to breast reconstruction, evaluating how different aspects influence it.

Key words

Mastectomy, Breast reconstruction, Quality of life.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es uno de los tumores más frecuentes en el mundo y es la principal causa de muerte por cáncer en nuestro país. En Argentina se diagnostican aproximadamente 22.000 casos anuales.¹ La cirugía es una parte esencial del tratamiento. Si bien la cirugía conservadora es en frecuencia el procedimiento más realizado para el tratamiento de cáncer de mama (sumado a las indicaciones actuales de neoadyuvancia que permiten reducir el volumen tumoral y aumentar la tasa de conservación mamaria), la mastectomía continúa siendo un procedimiento que se lleva a cabo en el 20-30% de las pacientes con cáncer de mama, así como también en aquellas que presentan una recidiva posterior al tratamiento conservador y en las pacientes con alto riesgo de tener esta enfermedad.^{2,3}

Hay factores que también influyen en la decisión de realizar esta cirugía como lo es el riesgo de recurrencia, aunque la sobrevida es similar en ambos procedimientos quirúrgicos.⁴

Las mastectomías conservadoras como lo son la mastectomía con conservación de piel o skin sparing mastectomy (SSM) y la mastectomía con conservación de piel y areola-pezón o nipple-sparing mastectomy (NSM) han demostrado ser procedimientos seguros desde el punto de vista oncológico sin diferencias en el pronóstico con relación a las mastectomías no conservativas y con mejores resultados cosméticos e incremento en la satisfacción de las pacientes. Estas cirugías son un cambio de paradigma tal como afirmó el Dr. Umberto Veronesi “del tratamiento máximo tolerable al tratamiento mínimo eficaz”.⁵ No solo no comprometen el resultado ni la eficacia de la cirugía oncológica sino que mejoran la imagen corporal de la paciente a la que se le ha realizado una mastectomía.^{6,7}

La reconstrucción mamaria es un predictor de calidad de vida relacionada con la salud y es parte integral del tratamiento por cáncer de mama. Aquellas pacientes que realizan este procedimiento experimentan según diferentes publicaciones una mejor salud psíquica comparado con aquellas que no lo hacen, con una mejoría en la imagen corporal y reducción del estrés ocasionado por la mastectomía. Los materiales heterólogos (introducidos en 1980) han ganado terreno por la menor complejidad que esta cirugía representa en comparación con la utilización de colgajos autólogos y el buen resultado estético obtenido con los mismos. Aproximadamente el 70-80% de las reconstrucciones mamarias inmediatas está dada por la utilización de implantes mamarios (prótesis y expansores).^{8,9,10}

La calidad de vida es un parámetro fundamental en la salud de los pacientes ya que la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino que es un estado de completo bienestar físico, mental y social.¹¹ Según datos reportados en la literatura, aproximadamente 1/3 de las pacientes operadas no están satisfechas con la decisión de la cirugía y los resultados cosméticos obtenidos.^{12,13}

Para evaluar la calidad de vida, surgen los PROMS “patient reported outcome measures” que son cuestionarios que cuantifican la percepción de las pacientes en cuanto a distintos factores que influyen en la calidad de vida posterior al tratamiento.¹⁴

Medir los resultados utilizando estas herramientas se ha convertido en una parte fundamental de la evaluación de pacientes con cáncer de mama a las que se les va a realizar una cirugía oncoplastica y que además puede influir en la toma de decisiones. Estos cuestionarios deben mostrar confiabilidad (capacidad para producir puntajes consistentes y reproducibles) y validez (capacidad para medir lo que se

busca). Cumpliendo dichos requisitos, BREAST-Q[®] se ha convertido en el gold standard en cirugía mamaria.¹⁰

BREAST-Q[®] es un cuestionario “patient-reported outcome” (PROM) que evalúa cuanti y cualitativamente la satisfacción de las pacientes intervenidas por distintas cirugías mamarias. Es propiedad del Memorial Sloan Kettering Cancer Center y la Universidad British Columbia. La versión 1.0 fue publicada en el año 2009 y en el año 2017 se publicó la versión 2.0. Este cuestionario consta de seis módulos, en cuatro de ellos se incluyen pacientes con cáncer de mama.

Existen distintos factores que influyen en la calidad de vida luego de la reconstrucción mamaria que pueden ser inherentes al procedimiento quirúrgico (tipo de reconstrucción, tiempo postoperatorio, cantidad de cirugías, complicaciones, bilateralidad), a los tratamientos realizados (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia) y a las características de las pacientes (expectativas, edad, nivel de educación, índice de masa corporal) entre otros.¹⁵⁻²⁰

El objetivo del presente trabajo es analizar la calidad de vida de las pacientes intervenidas quirúrgicamente por el Servicio de patología mamaria del Sanatorio Dr. Julio Méndez, mediante el cuestionario BREAST-Q[®] a las que se les realizó mastectomía seguida de reconstrucción mamaria inmediata o diferida con material heterólogo y evaluar qué factores demográficos, quirúrgicos o tratamientos adyuvantes influyeron en dichos resultados.

MATERIALES Y MÉTODO

1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal que incluyó pacientes intervenidas quirúrgicamente por el servicio de Patología Mamaria del Sanatorio Dr. Julio Méndez en el período comprendido entre el 1/01/2012 y el 1/10/2022 a las cuales se les realizó mastectomía por cáncer de mama con reconstrucción mamaria inmediata o diferida con tejido heterólogo: expansor o implante (aquellas a las que se les colocó expansor debían tener el recambio del mismo por un implante definitivo) y que completaron el cuestionario BREAST-Q[®] Versión 2.0 traducido al español de Reconstrucción mamaria.

Los casos se seleccionaron a partir del registro de historias clínicas “Axónico” y la base de datos del Servicio de Patología mamaria.

Se les envió el cuestionario BREAST-Q® -Módulo Reconstrucción mamaria Postoperatorio- a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión del estudio. Haber realizado la reconstrucción del complejo areola-pezón en aquellas pacientes a las que se les realizó skin sparing mastectomy no fue un requisito para participar del presente estudio. Todas las pacientes firmaron el consentimiento informado aceptando ser incluidas en el presente trabajo. Todos los procedimientos quirúrgicos fueron realizados por el mismo equipo quirúrgico (servicio de patología mamaria).

2. Población

a. Criterios de inclusión:

- Pacientes intervenidas quirúrgicamente a las que se les realizó mastectomía por carcinoma invasor o in situ de mama y que finalizaron la reconstrucción mamaria al menos un mes previo a completar el cuestionario.
- Que fueron sometidas a reconstrucción mamaria inmediata o diferida con material heterólogo (implante mamario prepectoral o expansor retromuscular).
- Aquellas que completaron el cuestionario BREAST-Q® versión 2.0 en español (AR).

b. Criterios de exclusión:

- Pacientes a las que se les realizó cirugía conservadora.
- Pacientes que no completaron el cuestionario.
- Pacientes con carcinoma inflamatorio de mama.
- Pacientes metastásicas.
- Pacientes con mastectomía de reducción de riesgo sin un diagnóstico de cáncer de mama.

3. Variables analizadas

a. Características de las pacientes:

- Edad al momento de la cirugía y en el momento de la realización de la encuesta.
- Máximo nivel de estudio alcanzado.
- Estado civil.
- Antecedentes personales de relevancia.

- Índice de masa corporal.
 - Tabaquismo.
- b. Características de la cirugía:
- Tipo de cirugía (mastectomía con conservación de piel y areola-pezón o mastectomía con conservación de piel sin conservación de complejo areola-pezón).
 - Momento de la reconstrucción (inmediata o diferida).
 - Reconstrucción mamaria en 1 o 2 tiempos.
 - Material heterólogo utilizado (implante o expansor).
 - Reconstrucción de complejo areola-pezón.
 - Forma de implante utilizado (redondo o anatómico).
 - Características del implante utilizado (liso, microtexturizado o poliuretano).
 - Realización de lipotransferencia.
 - Cantidad de intervenciones quirúrgicas.
 - Presencia de complicaciones.
 - Cirugía contralateral.
- c. Otras variables analizadas:
- Realización de radioterapia y momento en el que se llevó a cabo la misma (sobre expansor, prótesis o previa).
 - Realización de adyuvancia/neoadyuvancia (quimioterapia).
 - Tratamiento con hormonoterapia adyuvante.

4. Cuestionario BREAST-Q®

El cuestionario BREAST-Q® consta de 6 módulos de los cuales cuatro son de cáncer de mama (módulo de mastectomía, reconstrucción mamaria, expectativas de reconstrucción mamaria y cirugía conservadora). El módulo de reconstrucción mamaria se subdivide en preoperatorio y postoperatorio. Cada pregunta puede utilizarse de manera independiente y no es un requisito completar todas las preguntas del cuestionario. En la tabla 1 se evidencian las diferentes escalas del módulo de reconstrucción mamaria.

Tabla 1. Escalas de reconstrucción mamaria.

RECONSTRUCTION MODULE	Items (Pre/Post)	Response Options	Recall	Scoring	FK (Pre/Post)
Psychosocial Well-Being *	10	none → all of the time	past week	0 to 100	7.0
Sexual Well-Being *	6	none → all of the time	past week	0 to 100	10.0
Cancer Worry*	10	disagree / agree	n/a	0 to 100	4.6
Fatigue*	10	very much/not at all	past week	0 to 100	4.7
Impact on Work*	8	disagree / agree	last working	0 to 100	5.3
Physical Well-Being: Chest	10/11	none → all of the time	past week	0 to 100	4.5/4.6
Satisfaction with Breasts	4/15	dissatisfied → satisfied	past week	0 to 100	2.7/4.6
Satisfaction with Abdomen	1/3	dissatisfied → satisfied	past week	single item	4.4/8.6
Physical Well-Being: Abdomen	4/7	none → all of the time	past week	0 to 1000	13.2/11.0
Implants	2	dissatisfied → satisfied	past week	single item	4.8
Animation Deformity	12	extreme → not bothered	past week	0 to 100	5.2
Nipple Reconstruction	1	dissatisfied → satisfied	past week	single item	10.3
Back Appearance†	8	none → all of the time	past week	0 to 100	1.2
Physical Well-Being: Back & Shoulder†	11	none → all of the time	past week	0 to 100	7.2
Sensation‡	9	no → complete feeling	past week	0 to 100	4.3
Breast Symptoms‡	15	a lot → not at all	past week	0 to 100	4.3
Sensation: Quality of Life Impact‡	8	very much/not at all	past week	0 to 100	7.4
Adverse Effects Radiation	6	not at all → a lot	past week	checklist	7.9
Information	15	dissatisfied → satisfied	n/a	0 to 100	7.7
Surgeon	12	disagree / agree	n/a	0 to 100	5.6
Medical Team	7	disagree / agree	n/a	0 to 100	5.1
Office Staff	7	disagree / agree	n/a	0 to 100	5.1

*Core scales; †Latissimus Dorsi module; ‡Sensation module

Tabla 2. Preguntas del cuestionario que fueron realizadas a las pacientes.

En la tabla 2 se describen las preguntas que fueron realizadas a nuestras pacientes.

Bienestar psicosocial	Bienestar sexual	Bienestar físico
1=Nunca 2= Pocas veces 3= Algunas veces 4=Muchas veces 5=Siempre	1=Nunca 2= Pocas veces 3= Algunas veces 4=Muchas veces 5=Siempre	1=Nunca 2= Algunas veces 3=Siempre
<ul style="list-style-type: none"> • Segura de sí misma socialmente • Emocionalmente capaz • Emocionalmente saludable • Valorada como las demás mujeres • Segura de sí misma • Femenina con la ropa puesta • Acepta su cuerpo • Normal • Como las otras mujeres • Atractiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexualmente atractiva • Cómoda durante la actividad sexual • Segura de sí misma sexualmente • Satisfecha con su vida sexual • Sexualmente segura con sus mamas cuando esta desnuda • Sexualmente atractiva al estar desnuda 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor en tórax • Dificultad para mover brazo • Dificultad para dormir por molestias • Tirantez en la mama • Sensación de tirones • Molestia en la zona de la mama • Sensibilidad en la zona de la mama • Dolores agudos en la mama • Sensación de dolor • Sensación de latidos • Linfedema de brazo de cirugía mamaria
Satisfacción con las mamas	Satisfacción con implante	
1= Muy insatisfecha 2=Algo insatisfecha 3=algo satisfecha 4=Muy satisfecha	1= Muy insatisfecha 2=Algo insatisfecha 3=algo satisfecha 4=Muy satisfecha	
<ul style="list-style-type: none"> • Como se ve al espejo vestida • La forma de su mama con corpiño • Cuán normal se siente vestida • Tamaño de la mama reconstruida • Poder usar ropa más entallada • Cómo se alinean sus mamas entre sí • Cuán cómodo le quedan los corpiños • La suavidad de su/s mama/s reconstruída/s • Similitud de sus mamas en tamaño • Naturalidad de su/s mama/s reconstruída/s • Caída natural de su/s mama/s reconstruída/s • Sensación al tacto de su/s mama/s reconstruída/s • Sensación de su/s mama/s reconstruída/s como parte natural de su cuerpo • Cuán similares son sus mamas entre sí • Cómo se ve en el espejo desnuda 	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de pliegues que puede ver • Cantidad de pliegues que siente 	

Satisfacción con el cirujano	Satisfacción con el equipo médico/ personal administrativo
1=Totalmente desacuerdo 2=Algo en desacuerdo 3=Algo de acuerdo 4=Totalmente de acuerdo	1=Totalmente desacuerdo 2=Algo en desacuerdo 3=Algo de acuerdo 4=Totalmente de acuerdo
<ul style="list-style-type: none"> • Profesionalidad • Inspiró confianza • Se involucró en decisión • Fue reconfortante • Evacuó dudas • Si la hizo sentir cómoda • Fue minucioso • Facilidad para hablar con el/ella • Comprendió deseo de paciente • Sensible • Dedicó tiempo a las preocupaciones • Disponible en inquietud 	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionalidad • Respeto • Información que tenían • Amistosos/amables • Brindaron comodidad • Minuciosos • Dedicaron tiempo

El mayor puntaje se asoció a mayor satisfacción con excepción de la escala de bienestar físico que fue a la inversa. Cada escala se transformó en otra con un score de 0 a 100 para su análisis estadístico.

5. Análisis Estadístico:

Para el análisis descriptivo, las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencia y porcentaje. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico según tuvieran o no distribución normal. Para evaluar normalidad de las variables estudiadas se emplearon los test de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro Wilks. Para el análisis bivariado se utilizaron los test de U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis.

Se consideró estadísticamente significativa los test con valor $p < 0,05$. Para el análisis se utilizó el programa IBM© SPSS versión 21.

Gráfico 1. Pacientes incluidas en el presente trabajo



Tabla 3. Características demográficas y clínicas de las pacientes encuestadas (n=56).

Características	Resultados	IC95%
Edad actual, m (ds)	54,2 (10,5)	51,4-57
Nivel de estudio, n (%)		
Primario	3 (5,4)	1,8-14,6
Secundario	13 (23,2)	14,1-35,8
Terciario	31 (55,4)	42,4-67,6
Universitario	9 (16)	8,7-27,8
Estado civil, n (%)		
soltera	15 (26,8)	17-39,6
casada/pareja	29 (51,8)	39-64,3
viuda	5 (8,9)	3,9-19,3
divorciada	7 (12,5)	6,2-23,6
Antecedentes personales, n (%)	11 (19,6)	11,3-31,8
IMC, n (%)		
18,5 a 24,9	25 (44,6)	32,3-57,6
25 a 29,9	20 (35,7)	24,5-48,8
30 o más	11 (19,7)	11,3-31,8
Tabaquismo, n (%)	7 (12,5)	6,2-23,6

Referencias: IMC: índice de masa corporal, n: frecuencia, %: porcentaje, m: media, ds: desvío standard, IC95%: intervalo de confianza del 95%.

RESULTADO

Se contactaron 65 pacientes a las cuales se les realizó mastectomía con reconstrucción inmediata o diferida durante el período consignado. Se excluyeron siete pacientes que no completaron el cuestionario y dos pacientes que fallecieron como consecuencia de progresión de la enfermedad de base. De esta manera 56 pacientes fueron incluidas en el presente estudio (grafico 1).

Características de las pacientes

Las características demográficas y clínicas se describen en la tabla 3. La edad media de las pacientes estudiadas fue de 54,2 años.

Alrededor del 72% de las pacientes tenían un nivel educativo terciario o universitario; Mas del 50% estaba casada o en pareja y el 19.6% refirió antecedentes personales (una paciente tenía diabetes mellitus, siete eran hipertensas y tres tenían ambas patologías).

Para determinar el índice de masa corporal, se utilizó la escala de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ninguna paciente presentaba un índice de masa corporal menor a 18 o mayor a 35. La mayoría de las pacientes (n=25, 44,6%) tenían un peso dentro del intervalo considerado normal por la OMS (18.5-24.9). Veinte pacientes presentaban sobrepeso (35,7%). El 19,7% (n=11) de las pacientes presentaban obesidad tipo 1 al momento de la encuesta (tabla 4).

Índice de masa corporal (OMS)	Número de pacientes	Porcentaje
Bajo peso (<18.5)	0	0%
Peso normal (18,5-24,9)	25	44,6%
Sobrepeso (25-29,9)	20	35,7%
Obesidad tipo 1 (30-34,9)	11	19,7%
Obesidad tipo 2 (35-39,9)	0	0%
Obesidad tipo 3 (>40)	0	0%

Tabla 5. Características de la cirugía y tratamiento (n=56).

Características	Resultados	IC95%
Tiempo desde la cirugía, md (ri)	2 (4)	---
Reconstrucción mamaria, n (%)		
Inmediata	46 (82,1)	70,2-90
Diferida	10 (17,9)	10-29,8
Tipo de cirugía, n (%)		
Expansor recambio	37 (66,1)	53-77,1
Implante prepectoral	19 (33,9)	22,9-47
Cantidad de cirugías, n (%)		
1	18 (32,1)	21,4-45,2
2	21 (37,5)	9,8-33,3
3	17 (30,4)	19,9-43,3
Conservación CAP, n (%)		
No	28 (50)	37,3-62,7
Si	28 (50)	37,3-62,7
Reconstrucción CAP, n (%)		
No	23 (41,1)	29,2-54,1
Si	5 (8,9)	3,9-19,3
Lipotransferencia, n (%)		
No	54 (96,4)	87,9-99
Si	2 (3,6)	9,8-12,1
Complicaciones, n (%)		
Si	5 (8,9)	3,9-19,3
No	51 (91,1)	80,7-96,1
Radioterapia, n (%)		
No	46 (82,1)	70,2-90
Expansor	5 (8,9)	3,9-19,3
Implante	2 (3,6)	9,8-12,1
Previa	3 (5,4)	1,8-14,6

Sólo 7 pacientes eran tabaquistas al momento de la encuesta (y lo eran desde la cirugía).

Características de la cirugía y tratamiento

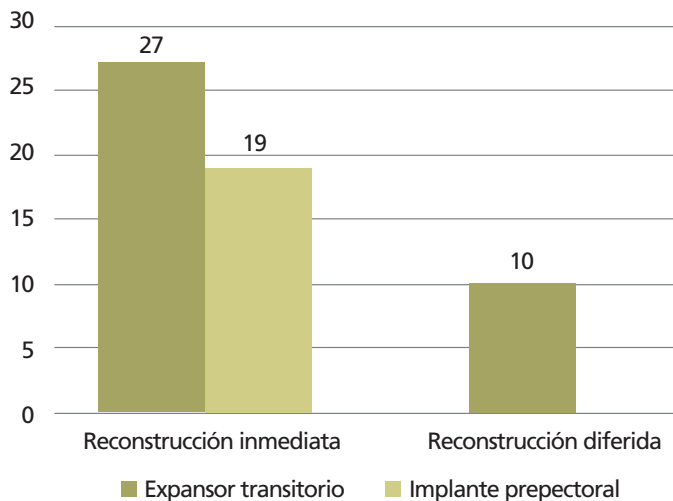
La encuesta se realizó al menos un mes después de completada la reconstrucción mamaria (es decir, aquellas pacientes a las cuales se les colocó el expansor transitorio debían tener realizado el recambio por un implante definitivo al menos un previo a realizar la encuesta). En la tabla 5 se evidencian las características de la cirugía y el tratamiento realizado. El tiempo mediano entre la cirugía hasta completar el cuestionario fue de 2 años.

Quimioterapia, n (%)		
No	21 (37,5)	9,8-33,3
Neoadyuvancia	18 (32,1)	21,4-45,2
Adyuvancia	17 (30,4)	19,9-43,3
Hormonoterapia, n (%)		
Si	36 (64,3)	51,2-75,5
No	20 (35,7)	24,5-48,8
Forma implante, n (%)		
Redondo	9 (16,1)	8,7-27,8
Anatómico	47 (83,9)	72,2-91,3
Implante, n (%)		
Liso	7 (12,5)	6,2-23,6
Microtexturizado	36 (64,3)	51,2-75,5
Poliuretano	13 (23,2)	14,1-35,8
Cirugía contralateral, n (%)		
Si	8 (14,3)	7,4-25,7
No	48 (85,7)	74,3-92,6
Tiempo postoperatorio en meses, md (RI)	10,5 (34,5)	---

Referencias: n: frecuencia, %: porcentaje, md: mediana, ri: rango Intercuartil, IC95%: intervalo de confianza del 95%.

En el gráfico 2 se evidencia la distribución de pacientes según el tiempo en el que se realizó la reconstrucción mamaria. El 82,1% de las reconstrucciones fueron inmediatas (N=46). De estas pacientes, a 19 se les realizó reconstrucción con implante prepectoral y a 27 se les realizó colocación de expansor transitorio (retromuscular) seguido de recambio por implante definitivo en una segunda cirugía. A todas las pacientes a las que se les realizó reconstrucción mamaria diferida, se les realizó colocación de expansor transitorio retropectoral seguido de recambio por implante.

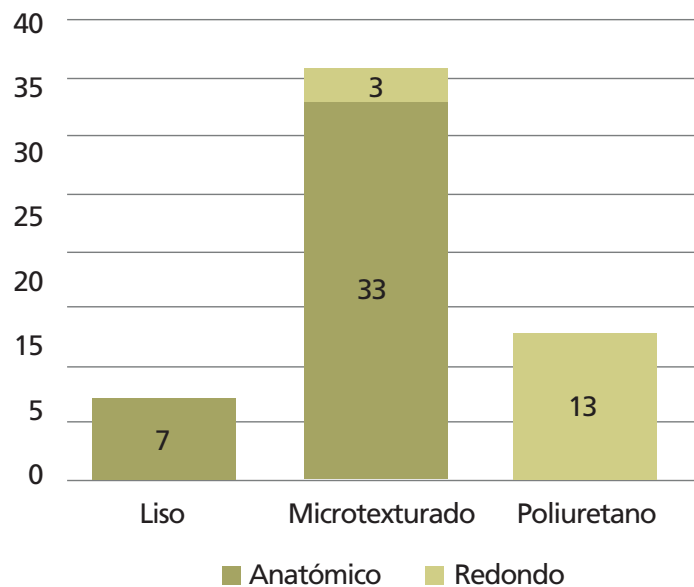
Gráfico 2: Distribución de pacientes según momento de reconstrucción y material heterólogo utilizado.



Según el tipo de procedimiento quirúrgico, a 28 pacientes se les realizó mastectomía con conservación de areola pezón o nipple sparing mastectomy (50%) y a la otra mitad, mastectomía sin conservación del complejo areola- pezón o skin sparing mastectomy. De estas últimas, a sólo cinco se les realizó reconstrucción del complejo (dos mediante colgajo local y tres con tatuaje tridimensional de areola-pezón).

Con respecto al tipo de implante (ya sea colocado de manera inmediata o luego del recambio de expansor), en el 58.9% de las pacientes se les realizó reconstrucción mamaria con implantes anatómicos microtexturizados (n=33) seguido de implantes anatómicos de poliuretano en el 23,2% (n=13), redondo liso en el 12,5% (n=7) y redondo microtexturizado en el 5,4% (n=3) (gráfico 3).

Gráfico 3: Tipo de implante utilizado.



Solo a dos pacientes se les realizó lipotransferencia, ambas intervenidas quirúrgicamente con expansor transitorio seguido de recambio por implante definitivo para mejorar dicho colgajo.

La mediana de cantidad de cirugías que presentaron las pacientes fue de 2 cirugías. Cabe destacar, que dentro de estas cirugías se incluye el recambio de expansor por un implante definitivo.

Cinco pacientes presentaron complicaciones (todas ellas con implante prepectoral): dos extrusiones protésicas en pacientes previamente irradiadas por cirugía conservadora diez y doce años antes que presentaron una recidiva por lo cual se llevó a cabo la mastectomía con reconstrucción (en uno de los casos se pudo colocar un expansor

transitorio y en otro se perdió la reconstrucción mamaria por necrosis extensa del colgajo), una paciente presentó contractura capsular Baker 2, otra infección de herida quirúrgica que respondió a tratamiento antibiótico y la última exposición del implante sin pérdida de la reconstrucción. Ninguna de las pacientes tabaquistas presentó complicaciones en relación con el procedimiento quirúrgico.

En 8 casos se realizó una intervención quirúrgica de la mama contralateral (14.3%). En tres de los mismos se realizó mastectomía contralateral (dos de ellas por alto riesgo, de las cuales en una se detectó mutación BRCA 2), y la tercera paciente por carcinoma mamario bilateral multicéntrico. A las 5 pacientes restantes se les realizó simetrización contralateral (en tres se realizó mastopexia y en las otras dos, mastopexia asociada a colocación de implante).

En relación con el tratamiento adyuvante, siete pacientes recibieron radioterapia (a cinco pacientes se les irradió el expansor y a dos el implante definitivo). Tres pacientes habían realizado radioterapia previa.

Con respecto al tratamiento sistémico, el 37,5% no realizó quimioterapia (N=21), 18 pacientes realizaron neoadyuvancia (32,1%) y 30,4% (N=17) realizaron quimioterapia adyuvante.

El tratamiento con hormonoterapia fue indicado en 36 pacientes, de las cuales tres completaron el tratamiento y 33 se encontraban en tratamiento al momento de la encuesta. Ninguna de estas había discontinuado el tratamiento hasta el momento de la realización del presente estudio.

Resultados del cuestionario BREAST-Q©

En la tabla 6 se describen los resultados de las escalas estudiadas en el cuestionario BREAST-Q©.

La escala con menor puntaje fue el bienestar sexual, con una media de 66.5 puntos; las escalas con mayores puntuaciones resultaron ser las que evaluaron la satisfacción con la información recibida, con el cirujano, el equipo quirúrgico y el personal administrativo, todas ellas con un puntaje mayor a 90.

En la tabla 7 se muestran las diferencias entre las principales puntuaciones obtenidas en las escalas de calidad de vida relacionada con la salud y principales variables estudiadas.

Tabla 6. Resultados del cuestionario BREAST -Q.

Cuestionario BREAST-Q	Mínimo	Máximo	m (ds)	md (RI)
Bienestar psicosocial	32	100	81,2 (17,4)	83 (30,5)
Bienestar sexual*	0	100	66,5 (20,5)	70 (23,5)
Bienestar físico (mayor puntaje= mayor insatisfacción)	0	100	28,7 (29,6)	20 (40)
Satisfacción con los resultados de la cirugía:				
Mamas	24	100	76,8 (25)	78 (25)
Implantes	2	8	7,1 (1,3)	8 (2)
Satisfacción con la información	54	100	91,2 (12,5)	100 (15)
Satisfacción con el cirujano	75	100	98,2 (5,4)	100 (0)
Satisfacción con el equipo quirúrgico	57	100	96,9 (8,5)	100 (0)
Satisfacción con el hospital (administrativo)	36	100	90,5 (18,1)	100 (15)

*en 3 pacientes no aplica

Referencias: m: media, ds: desvío standard, md: mediana, RI: rango intercuartil.

Con relación al bienestar psicosocial, el mayor puntaje lo tuvieron aquellas pacientes que sí tenían antecedentes de relevancia ($p=0,016$) y presentaban un índice de masa corporal mayor a 30 ($p=0,042$).

Con respecto al bienestar sexual al comparar las puntuaciones medias del tipo de cirugía, las pacientes con implante prepectoral presentaron mayores puntuaciones con significancia estadística en esta escala cuando se comparó con aquellas a las cuales se les colocó expansor transitorio como cirugía primaria (73,5 vs 63,2 $p=0,034$). La satisfacción fue mayor en aquellas pacientes que tuvieron una sola cirugía comparado con aquellas que tuvieron más de una (76,4, $p=0,031$), en las que tuvieron conservación del complejo areola pezón (74,5 vs 59,4, $p=0,003$); y aquellas que no realizaron radioterapia (70,3 $p=0,016$).

Para la escala de bienestar físico, solo se observó diferencia estadísticamente significativa en el tipo de implante utilizado. Las pacientes que se reconstruyeron con implante microtexturizado refirieron mayor satisfacción luego de la cirugía cuando se las comparó con la utilización de implantes lisos o de poliuretano (20,4 $p=0,024$).

En la tabla 8 se muestran las diferencias entre las puntuaciones medias en las escalas de satisfacción de las pacientes con el resultado quirúrgico (con las mamas e implantes) y las variables estudiadas.

Tabla 7. Diferencias entre las puntuaciones medias de las escalas de calidad de vida relacionada con la salud y las variables estudiadas (n=56)

Variables	Bienestar psicosocial	valor p	Bienestar sexual	valor p	Bienestar físico	valor p
Edad en encuesta		0,757*		0,952*		0,367*
<40	71 (0,0)		70 (0,0)		32 (0,0)	
40-49	80,8 (15,4)		66,7 (19,0)		34,9 (27,8)	
50-59	78,4 (18,9)		68,7 (19,5)		18,7 (23,8)	
60-69	86,5 (13,6)		64 (15,4)		29,8 (36,2)	
70 y más	81,5 (27,9)		64,6 (41,4)		31 (38,1)	
Nivel de estudio		0,098*		0,620*		0,975*
Primario	83 (29,4)		83,3 (28,9)		35 (44,4)	
Secundario	88,1 (14,5)		67,7 (22,2)		32,8 (33)	
Terciario	81,7 (15,9)		66,3 (16,5)		28,6 (31,1)	
Universitario	69 (18,8)		60 (27,1)		21,1 (12,5)	
Estado civil		0,505*		0,066*		0,721*
Soltera	79,1 (13,9)		65,7 (16,8)		24,5 (26,1)	
Casada/pareja	83,7 (19,1)		70,8 (22,9)		33,3 (32,3)	
Viuda	75,4 (20,9)		61,8 (15,2)		22,6 (35,8)	
Divorciada	79,7 (16,0)		50,8 (11,3)		23,1 (19,1)	
Antecedentes		0,016**		0,921**		0,770**
Si	92 (12,7)		66,1 (21,5)		26,6 (30,4)	
No	78,6 (17,5)		66,6 (20,5)		29,2 (29,7)	
IMC		0,042*		0,602*		0,943*
18,5 a 24,9	77,8 (16,1)		68,3 (18,5)		31,4 (35,9)	
25 a 29,9	79,4 (20,2)		62,2 (23,5)		26,9 (23,7)	
30 o más	92,5 (9,8)		69,7 (20,3)		26,0 (24,6)	
Tabaquismo		0,367**		0,774**		0,884**
Si	87,6 (17,3)		70,8 (25,2)		42,7 (49,4)	
No	80,3 (17,4)		66,0 (20,1)		26,7 (25,8)	
Edad en la cirugía		0,749*		0,765*		0,792*
<40	72,3 (4,2)		74,7 (8,1)		37,0 (16,1)	
40-49	80,7 (16,19)		66,2 (20,4)		25,5 (28,0)	
50-59	81,4 (17,6)		68,6 (18,9)		28,7 (29,4)	
60-69	84,0 (24,59)		54,9 (27,1)		29,3 (35,1)	
70 y más	85,7 (19,1)		74,3 (23,8)		42,7 (50,0)	
Reconstrucción		0,214**		0,599**		0,574**
Inmediata	82,6 (16,4)		66,7 (20,8)		28,7 (28,1)	
Diferida	75,0 (21,3)		65,9 (20,4)		28,9 (37,5)	
Tipo de cirugía		0,537**		0,034**		0,958**
Expansor	79,8 (19,3)	0,849*	63,2 (20,5)	0,031*	28,9 (30,6)	0,691*
Implante	84,1 (13,1)	0,538**	73,5 (19,3)	0,709**	28,3 (28,2)	0,502**

Cantidad cirugías		0,849*		0,031*		0,691*
1	83,9 (13,5)		76,4 (15,6)		28,1 (28,9)	
2	80,5 (16,6)		63,0 (17,8)		31,6 (30,2)	
3	79,4 (22,1)		61,3 (25,3)		25,8 (30,8)	
Complicaciones		0,538**		0,709**		0,502**
Si	86,8 (14,9)		59,5 (25,2)		39,2 (38,8)	
No	80,7 (17,7)		67,1 (20,3)		27,7 (28,8)	
Conservación CAP		0,463**		0,003**		0,217**
Si	83,6 (14,7)		74,5 (13,5)		34,6 (33,6)	
No	78,9 (19,8)		59,4 (23,1)		22,8 (24,0)	
Reconstrucción CAP		0,318**		0,348**		0,413**
Si	88,2 (12,3)		65,2 (12,3)		13,2 (13,7)	
No	76,8 (20,7)		58,1 (24,9)		24,9 (25,4)	
Lipotransferencia		0,573**		0,284**		0,600**
Si	87,0 (18,4)		85,0 (21,2)		30,0 (14,1)	
No	81,0 (17,5)		65,8 (20,3)		28,7 (30,1)	
Radioterapia		0,074*		0,016*		0,612*
No	83,8 (16,4)		70,3 (18,5)		30,0 (29,7)	
Expansor	60,2 (16,7)		40,2 (24,5)		11,6 (10,4)	
Implante	83,5 (4,9)		50,5 (3,5)		27,0 (18,4)	
Previa	76,0 (20,8)		66,3 (15,9)		38,0 (54,1)	
Quimioterapia		0,107*		0,100*		0,625*
No	84,9 (15,4)		74,0 (20,5)		31,9 (30,1)	
Neoadyuvancia	74,2 (17,7)		62,8 (22,6)		30,1 (33,5)	
Adyuvancia	84,2 (18,1)		62,5 (16,7)		23,4 (25,3)	
Hormonoterapia		0,491**		0,417**		0,149**
Si	82,5 (16,3)		68,0 (18,6)		22,2 (21,2)	
No	78,9 (19,4)		63,6 (24,0)		40,5 (38,4)	
Forma implante		0,502**		0,550**		0,866**
Redondo	79,7 (13,9)		68,6 (9,3)		39,3 (46,2)	
Anatómico	81,5 (18,1)		66,1 (21,9)		26,7 (25,5)	
Tipo de implante		0,163*		0,591*		0,024*
Liso	73,6 (13,5)		63,5 (8,6)		50,6 (46,7)	
Microtexturizado	80,6 (18,9)		65,0 (20,0)		20,4 (23,1)	
Poliuretano	87,0 (13,3)		72,3 (25,7)		40,1 (26,9)	
Cx contralateral		0,671**		0,196**		0,936**
Si	85,3 (14,1)		71,9 (7,4)		38,3 (44,8)	
No	80,6 (17,9)		65,6 (21,9)		27,1 (26,6)	

Tiempo postop.		0,345*		0,088*		0,961*
1 a 11	84,0 (13,6)		69,8 (19,2)		31,8 (34,0)	
12 a 23	84,7 (14,6)		72,9 (11,9)		23,1 (18,8)	
24 o más	75,0 (22,6)		58,7 (23,7)		26,6 (26,8)	

*Kruskal Wallis **U de Mann-Whitney CAP: Complejo areola pezón Cx: cirugía

En cuanto a estas escalas, se observó diferencias significativas para las variables índice de masa corporal (IMC): aquellas pacientes con un IMC igual o superior a 30 presentaron mayores puntajes en la satisfacción con las mamas (90,2, $p=0,012$); para el tipo de cirugía, siendo las pacientes con implante prepectoral aquellas que presentaron puntajes más altos (85,1 vs 72,5, $p=0,025$); también se observó diferencias con el tipo de implante ya que las pacientes con implantes microtexturizados tuvieron menor puntuación en relación a la satisfacción con las mamas siendo la mayor puntuación para los implantes de poliuretano (71,5 vs 88,1 $p=0,021$). Aquellas pacientes que tenían un tiempo postoperatorio más corto (entre 1 a 11 meses) presentaron mejores puntuaciones para esta escala (83,0 $p=0,039$). Para la escala de "Satisfacción con los implantes" no se encontraron diferencias estadísticamente significativa en ninguna variable analizada.

Solo cinco de las 28 pacientes con mastectomía con conservación de piel (sin complejo areola pezón) realizaron reconstrucción de este último. Todas ellas mostraron un alto índice de satisfacción (si bien no

Tabla 8. Diferencias entre las puntuaciones medias de las escalas de satisfacción con los resultados quirúrgicos y las variables estudiadas (n=56).

VARIABLES	Satisfacción con las mamas	valor p	Satisfacción con los implantes	valor p
Edad		0,624**		0,768**
<40	67 (0,0)		7 (0,0)	
40-49	79,8 (79,8)		6,9 (1,6)	
50-59	69,6 (22,3)		7,4 (1,1)	
60-69	81,7 (16,7)		7,1 (1,0)	
70 y mas	76,8 (30,7)		7,3 (1,0)	
Nivel de estudio		0,193*		0,912*
Primario	87 (22,5)		7,7 (0,6)	
Secundario	80,2 (19,0)		6,9 (1,8)	
Terciario	78,2 (18,0)		7,2 (1,2)	
Universitario	63,6 (20,9)		7,2 (0,8)	

Estado civil		0,255*		0,911*
Soltera	78,6 (13,9)		7,0 (1,6)	
Casada/pareja	79,1 (21,0)		7,1 (1,2)	
Viuda	76,6 (14,6)		7,2 (0,8)	
Divorciada	63,1 (23,1)		7,4 (0,9)	
Antecedentes		0,568**		0,161**
Si	80,4 (13,9)		7,6 (0,7)	
No	75,9 (20,5)		7 (1,3)	
IMC		0,012*		0,330*
18,5 a 24,9	75,8 (18,8)		7,2 (1,0)	
25 a 29,9	70,5 (21,3)		7,0 (1,2)	
30 o más	90,2 (8,5)		7,3 (1,8)	
Tabaquismo		0,961**		0,771**
Si	76,6 (23,6)		7,0 (1,3)	
No	76,8 (19,0)		7,2 (1,3)	
Edad en la cirugía		0,913*		0,530*
<40	78,0 (19,1)		6,7 (0,6)	
40-49	75,2 (17,5)		7,2 (1,3)	
50-59	79,2 (20,5)		7,2 (1,5)	
60-69	73,6 (25,3)		7,0 (0,9)	
70 y mas	79,0 (20,5)		7,3 (1,3)	
Reconstrucción		0,271**		1,000**
Inmediata	78,4 (17,9)		7,2 (1,1)	
Diferida	69,2 (24,9)		6,9 (1,9)	
Tipo de cirugía		0,025**		0,097**
Expansor recambio	72,5 (20,8)		6,9 (1,4)	
Implante prepectoral	85,1 (13,0)		7,6 (0,7)	
Cantidad de cirugías		0,097*		0,342*
1	84,3 (12,9)		7,6 (0,7)	
2	75,8 (21,5)		7,0 (1,3)	
3	69,9 (20,7)		6,9 (1,6)	
Complicaciones		0,433**		1,000**
Si	83,8 (17,1)		7,2 (1,1)	
No	76,1 (19,6)		7,1 (1,3)	
Conservación CAP		0,102**		0,482**
Si	81,4 (15,1)		7,3 (1,1)	
No	72,1 (22,2)		7,0 (1,4)	
Reconstrucción CAP		0,413*		0,954**
Si	80,6 (12,5)		7,2 (0,8)	
No	70,2 (23,6)		7,0 (1,5)	

Lipotransferencia		0,187**		0,332**
Si	93,0 (9,9)		8,0 (0,0)	
No	76,1 (19,4)		7,1 (1,3)	
Radioterapia		0,243*		0,113*
No	78,3 (18,1)		7,2 (1,3)	
Expansor	61,4 (29,9)		6,4 (0,9)	
Implante	91,0 (12,7)		8,0 (0,0)	
Previa	69,3 (9,6)		6,7 (1,2)	
Quimioterapia		0,130*		0,121*
No	79,8 (16,4)		6,8 (0,3)	
Neoadyuvancia	79,7 (23,2)		7,1 (0,3)	
Adyuvancia	69,9 (17,7)		7,6 (0,2)	
Hormonoterapia		0,054**		0,587**
Si	73,5 (17,9)		7,1 (1,4)	
No	82,6 (20,9)		7,2 (1,0)	
Forma implante		0,964**		0,332**
Redondo	78,3 (12,3)		6,9 (1,2)	
Anatómico	76,4 (20,6)		7,2 (1,3)	
Tipo de implante		0,021*		0,571*
Liso	82,7 (15,5)		7,1 (1,2)	
Microtexturizado	71,5 (19,8)		7,0 (1,4)	
Poliuretano	88,1 (14,8)		7,5 (1,0)	
Cirugía contralateral	83,9 (12,3)	0,338**	7,0 (1,2)	0,637**
	75,6 (20,2)		7,2 (1,3)	
Tiempo posoperatorio		0,039*		0,207*
1 a 11	83,0 (13,9)		7,3 (0,9)	
12 a 23	78,2 (17,1)		6,2 (2,0)	
24 o mas	66,0 (23,9)		7,3 (1,0)	

*Kruskal Wallis **U de Mann-Whitney

estadísticamente significativo por el bajo número de casos, las tres pacientes a las que se les realizó tatuaje tridimensional alegaron un mayor índice de satisfacción con relación a la reconstrucción quirúrgica de pezón).

En la tabla 9 se muestran las diferencias entre las puntuaciones medias de las escalas de satisfacción con la atención recibida (satisfacción con la información recibida, con el cirujano, el equipo médico y el personal administrativo) y las principales variables estudiadas.

En líneas generales, el nivel de satisfacción fue alto en las cuatro variables analizadas, con un promedio de puntaje mayor a 90 en todas las escalas.

Se analizaron las principales variables sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas según edad de la paciente, nivel de estudio, estado civil, ni antecedentes personales.

Aquellas pacientes que tuvieron reconstrucción mamaria en dos tiempos, las que tuvieron al menos dos intervenciones quirúrgicas y aquellas encuestadas entre el primer y segundo año, mostraron mayor tasa de satisfacción estadísticamente significativa con el equipo tratante y personal hospitalario.

Tabla 9. Diferencias entre las puntuaciones medias de las escalas de satisfacción con la atención recibida y las principales variables estudiadas (n=56).

Variables	Satisfacción con la información	valor p	Satisfacción con el cirujano	valor p	Satisfacción con equipo quirúrgico	valor p	Satisfacción con el hospital	valor p
Edad actual		0,762*		0,789*		0,473*		0,570*
<40	91		100		100		100	
40-49	90,9 (11,9)		98,1 (6,1)		98,9 (3,7)		88 (20,4)	
50-59	89,6 (12,8)		98,5 (3,2)		92,9 (13,4)		92,1 (12,8)	
60-69	93,1 (11,7)		96,7 (7,8)		97,2 (7,4)		87,1 (24)	
70 y mas	92,3 (18,8)		100		100		100	
Nivel de estudio		0,380*		0,545*		0,641*		0,484*
Primario	100 (0,0)		100 (0,0)		100 (0,0)		100 (0,0)	
Secundario	87,3 (15,6)		97,7 (6,3)		94,2 (10,9)		92,4 (14,0)	
Terciario	92,9 (9,6)		97,6 (6,1)		98,3 (4,8)		90,4 (19,9)	
Universitario	91,2 (17,1)		100 (0,0)		95,2 (14,3)		84,9 (20,3)	
Estado civil		0,398*		0,711*		0,219*		0,512*
Soltera	92,4 (9,6)		97,4 (7,2)		96,7 (7,4)		87,4 (20,1)	
Casada/pareja	89 (13,8)		98,6 (4,0)		98,8 (4,9)		91,2 (19,0)	
Viuda	94,8 (11,6)		95,6 (9,8)		91 (12,4)		87,2 (17,9)	
Divorciada	94,9 (13,6)		100 (0,0)		93,9 (16,2)		96,1 (10,2)	
Antecedentes		0,319**		0,654**		0,623**		0,390**
Si	89,6 (10,7)		99,3 (2,4)		97,8 (7,5)		96 (11,1)	
No	91,6 (13,0)		97,9 (5,9)		96,8 (8,8)		89,1 (19,3)	

*Kruskal Wallis **U de Mann-Whitney

Edad cirugía		0,355*		0,650*		0,622*		0,609*
<40	97 (5,2)		100 (0,0)		100 (0,0)		100 (0,0)	
40-49	89,5 (12,6)		98,5 (5,5)		97,6 (9,3)		89,1 (17,5)	
50-59	93,3 (10,6)		98,5 (3,8)		95,8 (8,9)		89,8 (20,3)	
60-69	85 (18,1)		95 (9,3)		95,8 (8,6)		89,6 (21,5)	
70 y mas	100 (0,0)		100 (0,0)		100 (0,0)		100 (0,0)	
Reconstrucción		0,254**		0,738**		0,765**		0,475**
Inmediata	90,7 (12,4)		97,9 (5,9)		97,2 (7,2)		89,4 (19,4)	
Diferida	96,6 (13,6)		99,2 (2,5)		95,7 (13,6)		95,5 (9,7)	
Tipo de cirugía		0,788**		0,144**		0,009**		0,015**
Exp-recambio	91,4 (13,1)		99,1 (3,4)		98,6 (7,2)		94,1 (15,3)	
Imp prepectoral	90,8 (11,6)		96,4 (7,9)		93,7 (10,1)		83,4 (21,3)	
Cantidad de Cx		0,981*		0,128*		0,022*		0,065*
1	91,8 (11,2)		96,2 (8,1)		93,4 (10,3)		82,8 (21,8)	
2	91 (13,2)		98,4 (4,5)		99,6 (2,0)		91,4 (18,9)	
3	90,7 (13,7)		100 (0,0)		97,5 (10,4)		97,4 (7,6)	
Complicaciones		0,824**		0,824**		0,802**		0,738**
Si	88,6 (15,7)		98,4 (3,6)		95 (11,2)		91,2 (16,1)	
No	91,4 (12,3)		98,1 (5,6)		97,1 (8,3)		90,4 (18,5)	
Tiempo postop		0,890*		0,446*		0,109*		0,023*
1 a 11	91,6 (11,3)		97 (7,2)		95,6 (8,7)		84,4 (22,2)	
12 a 23	92,7 (6,0)		99,1 (2,7)		100 (0,0)		100 (0,0)	
24 o más	89,8 (16,6)		99,6 (1,9)		97,6 (10,1)		95,4 (10,9)	

DISCUSIÓN

La reconstrucción mamaria forma parte integral del tratamiento por cáncer de mama. A pesar de que los tratamientos actuales han permitido reducir el porcentaje de mastectomías, dicho procedimiento continúa siendo realizado en aproximadamente un tercio de las pacientes con cáncer de mama y en aquellas pacientes que presentan alto riesgo de presentar esta enfermedad.³

Las encuestas de satisfacción de pacientes han ganado importancia para evaluar la percepción que ellos tienen, y es también una herramienta útil para definir tratamientos y mejorar la atención por parte de los equipos de salud. Cuando se lo compara con otros cuestionarios que analizan la calidad de vida, BREAST-Q® es específico de cirugía mamaria y analiza no solo la satisfacción del paciente, sino

también la relación con el cirujano, con la información recibida y la atención del personal administrativo.

BREAST-Q© permite analizar cada escala de manera independiente, siendo uno de los cuestionarios de preferencia en cirugía mamaria.²¹⁻²³

En nuestro trabajo analizamos el bienestar psíquico, sexual y físico, así como los resultados obtenidos y la satisfacción con el equipo tratante y personal administrativo.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción con relación a la edad de las pacientes en la cirugía o al momento de completar la encuesta, aunque algunos trabajos refieren que la edad mayor a 40 años es un factor que se relaciona con la disminución de la calidad de vida. Esta falta de diferencia en nuestro trabajo podría deberse a nuestro tamaño muestral.²⁴ A su vez, estudios que evalúan la disfunción sexual en cáncer de mama arrojan resultados similares en relación con las pacientes postmenopáusicas.^{25,26}

Aunque no fue estadísticamente significativo, las pacientes menores de 40 años manifestaron una mayor satisfacción con el equipo quirúrgico y el personal administrativo.

Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna variable según el nivel de estudios alcanzado por la paciente. En el trabajo publicado por García Solbas y colaboradores, las pacientes con nivel educativo menor refirieron menor satisfacción que aquellas con un mayor nivel educativo.³

El estado civil puede influir tanto en la decisión de reconstrucción (como lo muestra el trabajo de Sergesketter y colaboradores en el que se analizan 346,418 pacientes del SEER y concluyen que aquellas pacientes casadas o en pareja fueron más propensas a realizarse una reconstrucción mamaria), como así también en la calidad de vida, con reportes de mayor nivel de optimismo en aquellas pacientes casadas sobrevivientes de cáncer de mama.^{27,28} En nuestro trabajo no encontramos una diferencia estadísticamente significativa en las distintas escalas al dividir a las pacientes según su estado civil.

Contrariamente a lo esperado, las pacientes que presentaban algún antecedente de relevancia manifestaron una mayor satisfacción en las escalas de bienestar psicosocial. También lo hicieron aquellas

con un índice de masa corporal mayor a 30, con un puntaje medio de 92,5 ($p=0,042$), quienes a su vez también tuvieron el mayor puntaje en la escala de satisfacción con las mamas (90,2 $p=0,012$). En el trabajo publicado por Koh y colaboradores, en el cual se analiza el impacto de la obesidad en la calidad de vida luego de la reconstrucción mamaria, aquellas pacientes con IMC mayor a 30, tenían puntajes de BREAST-Q[©] menores que aquellas pacientes sin obesidad (previo a la cirugía), sin embargo, este puntaje aumentaba luego de la cirugía sin diferencias entre ambos grupos de pacientes, al igual que lo describió por Atisha y colaboradores.^{29,30}

Las pacientes con reconstrucción mamaria inmediata presentaron mayor satisfacción con sus mamas (aunque no estadísticamente significativo); en concordancia con lo publicado en varios trabajos.^{15,31}

La reconstrucción mamaria prepectoral se asoció con un mayor bienestar sexual cuando se comparó con aquellas a las que se les realizó colocación de expansor retromuscular seguido de recambio por implante definitivo (63,2 vs 73,5 $p=0,034$). También tuvieron mayor satisfacción con sus mamas (72,5 vs 85,1 $p=0,025$). Esto podría deberse al menor dolor postoperatorio y la baja tasa de complicaciones que tiene esta técnica cuando se realiza en casos seleccionados; las pacientes con esta técnica quirúrgica también han demostrado, según otras publicaciones, tener mayor satisfacción con los resultados y mayor bienestar psicosocial.^{32,33,34}

A su vez, tener un único procedimiento quirúrgico se asoció con un mayor puntaje en la esfera sexual siendo el menor puntaje para aquellas con tres cirugías (76,4 vs 61,3 $p=0,031$).

El tiempo de reconstrucción es un factor importante para considerar. Si bien en nuestro trabajo no hubo diferencias estadísticamente significativas en el índice de satisfacción según el tiempo de reconstrucción (inmediata vs diferida), en otros trabajos se observó que aquellas pacientes a las cuales se les realizó una reconstrucción mamaria diferida reportaron menor bienestar cuando se las comparó con pacientes que fueron reconstruidas en la cirugía primaria.³⁵

La evolución de la cirugía oncoplástica y las nuevas técnicas quirúrgicas han permitido aumentar el número de pacientes que se realizan reconstrucción mamaria en un solo tiempo. Dado que este trabajo reclutó pacientes desde el año 2012, se puede observar una mayor cantidad de cirugías con colocación de expansor (cifra que se ha modificado en nuestro servicio en el último período).

No observamos diferencias según la forma del implante (anatómico vs redondo). De acuerdo al tipo de superficie de los mismos, las pacientes con implantes microtexturizados tuvieron mayor satisfacción en la escala de bienestar físico (20,4 $p=0,024$) y aquellas con implantes de poliuretano tuvieron el mayor puntaje en relación con la satisfacción de las mamas, probablemente debido a que estos últimos se asocian a una menor contractura capsular, baja tasa de complicaciones y un resultado óptimo a largo plazo con una alta tasa de satisfacción evaluada en diferentes publicaciones.³⁶⁻³⁹

La resección del complejo areola pezón también tiene un impacto psicosocial; Al igual que lo observado en la bibliografía^{40,41} aquellas pacientes a las que se les realizó la conservación del complejo areola-pezón presentaron mayor bienestar sexual que aquellas a las que no se les conservó el mismo (74,5 vs 59,4 $p=0.003$). Aunque solo cinco pacientes se habían realizado reconstrucción del complejo areola pezón al momento de la encuesta, aquellas que lo hicieron afirmaron estar satisfechas, con mayor puntaje en quienes se realizaron tatuaje tridimensional de areola pezón; creemos que esto podría deberse a que el mismo es un procedimiento ambulatorio que no requiere una intervención quirúrgica y es también una alternativa para aquellas pacientes en los cuales falló la reconstrucción quirúrgica del complejo areola pezón.⁴²

Considerando las complicaciones como un evento asociado con la enfermedad o la intervención médica y que puede causar un resultado subóptimo, en este trabajo no se observaron diferencias en las escalas en las pacientes que tuvieron complicaciones y esto probablemente se deba al escaso tamaño muestral y a que en un solo caso se perdió la reconstrucción mamaria.⁴³

La realización de lipotransferencia y la cirugía de la mama contralateral no se asociaron con un mayor puntaje en ninguna de las escalas evaluadas y esto también podría deberse al escaso número de pacientes que se realizaron dichos procedimientos. Otros estudios concluyen que la cirugía mamaria bilateral aumenta el bienestar psicosocial probablemente debido a la simetría y el mejor resultado estético.⁴⁴

La radioterapia post mastectomía está asociada a mayor tasa de complicaciones cuando se compara con aquellas pacientes que no la reciben.⁴⁵ En un trabajo retrospectivo de 132 pacientes a las que se les realizó radioterapia post mastectomía en pacientes reconstruidas con implantes, la tasa de complicaciones fue del 15%, esto incluyó

infecciones, exposición del implante, hematomas y contractura capsular.⁴⁶ En nuestro trabajo ninguna paciente con radioterapia post mastectomía presentó complicaciones. Las pacientes que presentaron complicaciones fueron aquellas previamente irradiadas por cirugía conservadora con exposición protésica, perdiéndose en un solo caso la reconstrucción mamaria.

A su vez, la radioterapia tiene un efecto negativo en la calidad de vida y satisfacción con las mamas en pacientes con reconstrucción mamaria. En un trabajo publicado por Albornoz y colaboradores, en el cual se seleccionaron pacientes a las que se les realizó mastectomía y reconstrucción mamaria de tres centros de Estados Unidos y Canadá y que completaron el cuestionario BREAST-Q®, las pacientes irradiadas tuvieron menor satisfacción con sus mamas, con el resultado y menor bienestar psicosocial, sexual y físico cuando se las comparó con pacientes que no recibieron radioterapia.⁴⁷

En nuestras pacientes la radioterapia tuvo un impacto negativo sobre el bienestar sexual con el peor puntaje en aquellas pacientes que habían realizado radioterapia sobre el expansor transitorio.⁴⁸

No se vieron diferencias estadísticamente significativas al evaluar la satisfacción en relación con la realización de tratamiento sistémico (quimioterapia y hormonoterapia). Observamos una alta adherencia a la hormonoterapia ya que ninguna de las pacientes había discontinuado la misma tempranamente.

Las pacientes que cursaban un postoperatorio temprano (1-11 meses), tuvieron la mayor puntuación con relación a la satisfacción con las mamas cuando se las comparó con aquellas que realizaron la encuesta luego de los dos años. En este último grupo, el promedio de meses de postoperatorio fue de 34 (29-120).

En líneas generales, la escala sexual fue la de menor puntuación. La mayor puntuación en esta escala la tuvieron las pacientes que habían tenido reconstrucción prepectoral, una sola cirugía, que no realizaron radioterapia y aquellas a las que se les conservó el complejo areola y pezón en concordancia con múltiples publicaciones mencionadas previamente.

Coincidentemente con otras publicaciones, el mayor índice de satisfacción se relacionó a la información recibida, a la atención del cirujano, el equipo quirúrgico y personal administrativo. Aquellas pacientes a las que se les colocó un expansor seguido de recambio por

implante, las que tuvieron más de una cirugía y aquellas que tenían más de un año postoperatorio tuvieron puntajes mayores; Esto podría deberse a la mayor interacción de estas pacientes con el equipo quirúrgico y el personal administrativo.

Debilidades y propuestas de mejora

Este es un estudio retrospectivo con una muestra pequeña.

Si bien en el estudio observamos variables con significancia estadística, consideramos oportuno aumentar el tamaño muestral para co-tejar otras variables que creemos pueden haberse visto alteradas por el bajo número de pacientes.

Hay factores que influyen en la reconstrucción en nuestro medio en particular, como lo son la falta de cobertura del implante contralateral y el nivel socio económico de nuestras pacientes que hacen que en ocasiones no sea posible contar con dicha opción.

A su vez durante la emergencia sanitaria se postergaron los segundos tiempos de reconstrucción mamaria por lo cual el tamaño muestral se vio afectado.

Como propuesta de mejora creemos que sería de gran utilidad comparar el cuestionario postoperatorio con el módulo de reconstrucción preoperatorio en un futuro estudio prospectivo, aumentar el tamaño muestral y dar un mayor seguimiento a estas pacientes para evaluar el índice de satisfacción a lo largo del tiempo. También sería de gran interés evaluar estos parámetros en relación con los inherentes al tumor (tamaño tumoral, estadio) y a la reconstrucción mamaria como por ejemplo la utilización de mallas.

CONCLUSIÓN

La mastectomía continúa siendo un procedimiento necesario en algunas ocasiones y la reconstrucción mamaria debe contemplarse como parte del tratamiento. Es importante analizar la calidad de vida de las pacientes que se han sometido a una mastectomía con posterior reconstrucción y evaluar qué factores pueden influir en la misma. El cuestionario BREAST-Q[®] proporciona una herramienta útil ya que no solo contempla la percepción de la cirugía sino también la satisfacción con el equipo quirúrgico y el hospital. En nuestras pacientes la escala de menor satisfacción fue la sexual, en coincidencia con múltiples estudios y la escala con mayor satisfacción fue la relacionada a la información administrada, al cirujano y equipo quirúrgico y al personal administrativo. Creemos necesario ampliar el tamaño muestral en un estudio prospectivo.

REFERENCIAS

1. <https://gco.iarc.fr>. Último acceso 24 de mayo de 2023. ◀
2. Breast Cancer version 2.2022 NCCN Clinical Practice Guidelines in oncology (NCCN guidelines). www.nccn.org. 2021. ◀
3. García-Solbas S., Lorenzo-Liñán M.A., Castro Luna G. Long-Term Quality of Life (BREAST-Q) in Patients with Mastectomy and Breast Reconstruction. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 9707. ◀ ◀ ◀
4. Sinnadurai S, Kwong A, Hartman M et al. Breast-conserving surgery versus mastectomy in young women with breast cancer in Asian settings. *BJS Open* 2019; 3: 48–55. ◀
5. Galimberti V, Vicini E, Corso G., et al. Nipple-sparing and skin-sparing mastectomy: Review of aims, oncological safety and contraindications. *Breast*. 2017 Aug; 34 Suppl 1: S82-S84. ◀
6. Vuoto H., Candás G., García A., et al. Mastectomía con ahorro de piel Experiencia del Hospital Británico de Buenos Aires. *Revista Argentina de Mastología* 2007; 26 (93): 281-296. ◀
7. González E., Rancati A., Skin-sparing mastectomy. *Gland Surg* 2015; 4 (6):541-53. ◀
8. Fanakidou I., Zyga S., Alikari V., Tsironi M., Stathoulis J., Theofilou P., Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Qual Life Res*. 2018; 27:539-43. ◀
9. Dieterich M, Dragu A., Stachs A., Stuberta J., Clinical Approaches to Breast Reconstruction: What Is the Appropriate Reconstructive Procedure for My Patient? *Breast Care (Basel)*. 2017 Dec; 12 (6): 368–373. ◀
10. Liu L., Branford O., Mehigan S., BREAST-Q Measurement of the Patient Perspective in Oncoplastic Breast Surgery: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2018 Aug; 6(8): e1904. ◀ ◀
11. www.who.int. ◀
12. Chen C., Cano S., Klassen A., et al. Measuring quality of life in oncologic breast surgery: A systematic review of patient-reported outcome measures. *Breast J*. 2010, 16, 587–597. ◀
13. Sugrue R., MacGregor G., Sugrue M., Curran S., Murphy L. An evaluation of patient reported outcomes following breast reconstruction utilizing Breast Q. *Breast* 2013, 22, 158–161. ◀
14. Cohen W., Mundy L., Ballard T., et al. The BREAST-Q surgical research: a review of literature 2009-2015. *Journal of plastic, reconstructive and aesthetic surgery*, 2016; 69: 149-162. ◀
15. Dauplat J., Kwiatkowski F., Rouanet P., et al. Quality of life after mastectomy with or without immediate breast reconstruction. *Br J Surg* 2017 Aug; 104(9):1197-1206. ◀ ◀
16. Duraes E., Schwarz G., de Sousa J., et al. Factors influencing the aesthetic outcome and quality of life after breast reconstruction: A cross sectional study. *Annals of Plast Surg* 2020 Feb; 84(5):494-506. ◀
17. Kovačević P., Miljković S., Višnjić A., Kozarski J., Janković R. Quality of Life Indicators in Patients Operated on for Breast Cancer in Relation to the Type of Surgery-A Retrospective Cohort Study of Women in Serbia. *MDPI* 2020; 56(8):402. ◀
18. Browne J., Jeevan R., Gulliver-Clarke C., The Association Between Complications and Quality of Life After Mastectomy and Breast Reconstruction for Breast Cancer. *Cancer* 2017 Sep 15;123(18):3460-3467. ◀
19. Pusic A., Klassen A., Snell L., Measuring and managing patient expectations for breast reconstruction: impact on quality of life and patient satisfaction. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012 Apr; 12(2): 149–158. ◀
20. Tarkowski R., Szmigiel K., Rubin A., et al. Patient's Education Before Mastectomy Influences the Rate of Reconstructive Surgery. *J Cancer Educ* 2017 Sep;32(3):537-542. ◀
21. Lagendijk M., van Egdom L., Richel C. et al. Patient reported outcome measures in breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol* 2018 Jul;44(7):963-968. ◀
22. Seth I., Seth N., Bulloch G., Rozen W., Hunter-Smith D. Systematic Review of Breast-Q: A Tool to Evaluate Post-Mastectomy Breast Reconstruction. *Breast Cancer (Dove Med Press)* 2021 Dec 16;13:711-724. ◀
23. Pusic A., Klassen A., Scott A., Klok J., Cordeiro P., Cano S. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(2):345–353. ◀
24. Wang X., Zhu K., Ren L., et al. Quality of life and related risk factors after breast reconstruction in breast cancer patients. *Gland Surg* 2020 Jun;9(3):767-774. ◀
25. Costa F., Maltagliatti D., Magirena S., et al. Disfunción sexual en cáncer de mama: Efecto colateral. *Revista: Sociedad Argentina de Mastología*, 2021; 40(148): 80-100. ◀
26. Kuehn R., Casaubon J., Raker C., Edmonson D., Stuckey A., Gass J. Sexual Dysfunction in Survivorship; the Impact of

- Menopause and Endocrine Therapy. *Ann Surg Oncol* 2019; 26(10): 3159-3165. ◀
27. Sergesketter A., Thomas S., Lane W., Shammam R., Greenup R., Hollenbeck S. The Influence of Marital Status on Contemporary Patterns of Postmastectomy Breast Reconstruction *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2019 May;72(5):795-804. ◀
28. Croft L., Sorkin J., Gallicchio L. Marital status and optimism score among breast cancer survivors *Support Care Cancer*. 2014 Nov;22(11):3027-34. ◀
29. Koh E., Watson D., Dean N. Impact of Obesity on Quality of Life After Breast Reconstruction. *Ann Plast Surg* 2019 Dec; 83(6):622-628. ◀
30. Atisha D., Rushing C., Samsa G., et al. A national snapshot of satisfaction with breast cancer procedures. *Ann Surg Oncol*. 2015; 22: 361–369. ◀
31. Zhang C., Jiang H. Effect of Immediate Breast Reconstruction after Standardized Breast Cancer Surgery on the Quality of Life of Patients: A Prospective Multicenter Study *J Healthc Eng*. 2021 Oct 26; 2021: 2840043. ◀
32. Ching A., Lim K., Sze P., Ooi A. Quality of life, pain of prepectoral and subpectoral implant-based breast reconstruction with a discussion on cost: A systematic review and meta-analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2022 Aug;75(8):2550-2560. ◀
33. Caputo G., Zingaretti N., Kiprianidis I., et al. Quality of Life and Early Functional Evaluation in Direct-to-Implant Breast Reconstruction After Mastectomy: A Comparative Study Between Prepectoral Versus Dual-Plane Reconstruction. *Clin Breast Cancer* 2021. ◀
34. Li Y., Xu G., Yu N., Huang J., Long X. Prepectoral Versus Subpectoral Implant-Based Breast Reconstruction: A Meta-analysis. *Ann Plast Surg* 2020 Oct;85(4):437-447. ◀
35. Teo I., Reece G., Christie I. Body image and quality of life of breast cancer patients: influence of timing and stage of breast reconstruction. *Psychooncology*. 2016 Sep;25(9):1106-12. ◀
36. Rancati A., Soderini A., Dorr J., Gercovich G., Tessari L., Gonzalez E. One-step breast reconstruction with polyurethane-covered implants after skin-sparing mastectomy. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013 Dec; 66 (12):1671-5. ◀
37. Gasperoni C, Salgarello M, Gargani G. Polyurethane-covered mammary implants: a 12-year experience. *Ann Plast Surg*. 1992; 29:303e8. ◀
38. Loreti A., Siri G., De Carli M., et al. Immediate Breast Reconstruction after mastectomy with polyurethane implants versus textured implants: A retrospective study with focus on capsular contracture. *Breast*. 2020 Dec; 54:127-132. ◀
39. Franceschini G., Scardina L., Di Leone A., et al. Immediate Prosthetic Breast Reconstruction after Nipple-Sparing Mastectomy: Traditional Subpectoral Technique versus Direct-to-Implant Prepectoral Reconstruction without Acellular Dermal Matrix. *J Pers Med*. ◀
40. Bailey C., Ogbuagu O., Baltodano P., et al. Quality-of-Life Outcomes Improve with Nipple-Sparing Mastectomy and Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2017 Aug; 140 (2): 219-226. ◀
41. Mesdag V., Régis C., Tresch E., et al. Nipple sparing mastectomy for breast cancer is associated with high patient satisfaction and safe oncological outcomes. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2017 Oct; 46(8): 637-642. ◀
42. Cha H., Kwon J., Kim E., Lee H. Tattoo-only nipple-areola complex reconstruction: Another option for plastic surgeons. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2020 Apr;73(4): 696-702. ◀
43. Jacobs J., Jacobs M., Mavroudis C, et al. What is operative morbidity? Defining complications in a surgical registry database. *Ann Thorac Surg*. 2007; 84: 1416-1421. ◀
44. Klapdor R., Weiß C., Kuehnle E., et al. Quality of Life After Bilateral and Contralateral Prophylactic Mastectomy With Implant Reconstruction. *Breast Care (Basel)*. 2020, 15(5): 519–26. ◀
45. Momoh A., Ahmed R., Kelley B., et al. A systematic review of complications of implant-based breast reconstruction with preconstruction and postreconstruction radiotherapy. *Ann Surg Oncol*. 2014; 21(1): 118-124. ◀
46. Roostaeian J., Pavone L., Da Lio A., Lipa J., Festekjian J., Crisera C. Immediate placement of implants in breast reconstruction: patient selection and outcomes. *Plast Reconstr Surg*. 2011; 127(4): 1407-1416. ◀
47. Albornoz C., Matros E., McCarth C., et al, Implant breast reconstruction and radiation: a multicenter analysis of long-term health-related quality of life and satisfaction. *Ann Surg Oncol*. 2014 Jul; 21(7): 2159-64. ◀
48. Hughes K., Brown C., Perez V., et al. The effect of radiotherapy on implant-based breast reconstruction in the setting of skin-sparing mastectomy: clinical series and review of complications. *Anticancer Res*. 2012; 32(2): 553-557. ◀

DEBATE

Dr. Cassab: Muchas gracias Dra. D'Ángelo. Te felicito por el trabajo, está bien prolijo. Quería preguntarte dos cosas que me llamaron la atención. Una es que la calidad de vida, la disfunción sexual, se vio más perjudicada o disminuida en pacientes mayores de cuarenta años, y uno interpreta o quiere creer, que quizás las pacientes menores de cuarenta años, mucho más jovencitas, tienen menos aceptación a la enfermedad y cuanto más grandes es como que nunca está aceptada, pero por ahí se sufre menos que siendo tan joven. ¿Eso por qué puede llegar a ser?

Dra. D'Ángelo: A nosotros también nos llamó la atención y en la bibliografía también se ve. El Hospital Curie presentó un trabajo en que las mujeres postmenopáusicas tardías también tuvieron una mayor disfunción. De todas maneras, no fue estadísticamente significativo. Pero las jóvenes tuvieron mayor satisfacción. Sí, nos llamó la atención.

Dr. Cassab: Después nombrás varias veces el tema de la satisfacción sexual. ¿Cómo estaría medido eso? Obviamente que en una paciente, su imagen corporal luego de una reconstrucción mamaria con implantes, se ve mucho mejor y no sufre esa presión psicológica y social que tiene por la mutilación después de la mastectomía. ¿Cómo se evalúa la disfunción sexual en la mejora, o sea como positivo, en pacientes en donde prácticamente pierden su sensibilidad al exponerse a una mastectomía bilateral con reconstrucción?

Dra. D'Ángelo: Nosotras lo evaluamos únicamente mediante este cuestionario, por eso después sería bueno profundizarlo en un futuro estudio, porque es bastante amplio. Habla desde la disfunción sexual hasta la satisfacción con el cirujano, entonces es demasiado amplio. Sería bueno profundizar en cada tema particular. Porque nosotros lo evaluamos únicamente con el cuestionario.

Dr. Cassab: Es así. Creo que ese "feed-back" y acompañamiento que se produce entre el cirujano y la paciente, estrecha la relación, porque son pacientes jóvenes, que pasan por una patología seria y en la oncoplastia se tiende mucho más a acompañar y a seguir de cerca a la paciente, que así se siente muy contenida.

Dra. D'Ángelo: Tal cual.

Dr. Cassab: Muchas gracias doctora. Gracias a todos.