

Título: Cirugía oncoplástica como alternativa en el tratamiento de pacientes con cáncer de mamas. Serie de 41 casos.

Autores:

MsC. Tatiana Hernández González* ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6693-5840>

Dr. Miguel Angel Amaró Garrido ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0532-9273>

Dr. Yurisbel Tomás Solenzal Alvarez ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5795-7979>

AA. Ana Lucía Martínez Hernández ORCID: <https://0000-0003-0666-0977>

DrC. Lauriano

Email: thernandezgonzalez1@infomed.sld.cu

tatohg@infomed.sld.cu

Resumen:

Desde 2018 en el Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, se inició un proyecto de tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de mamas con técnicas de reconstrucción inmediatas. **El objetivo** del estudio fue describir los resultados obtenidos con la aplicación de técnicas oncoplásticas en pacientes con cáncer de mamas.

Material y método. Presentación de una serie de 41 pacientes que parte de un estudio observacional descriptivo y revisión de la literatura. **Resultados:** En cuanto a la edad se encontró una media de 45 años, con una edad mínima de 26 años y una edad máxima de 67. En las pacientes sin deformidad se aplicaron tratamientos radicales y conservadores y reconstrucción con cirugía ahorradora de piel y mastoplastias con mínimas insisiones, en las pacientes con deformidades mayores el tratamiento que predominó fue el conservador y las reconstrucciones con mastoplastias. Los estadios tumorales que prevalecieron fueron los T2N1M0 y los T1N1M0. El mayor número de complicaciones se observó en las pacientes sometidas a Cirugía Ahorradora de Piel ($p=0.022$) y en aquellas con tratamientos radicales ($p=0.001$).

Conclusiones: La cirugía oncoplástica es una alternativa de tratamiento quirúrgico que cada vez se emplea con más frecuencia en las pacientes con cáncer de mamas de cualquier edad, ya que, la versatilidad de técnicas que ponen el resultado estético en función del tratamiento oncológico garantizan evitar la deformidad mamaria después de un tratamiento radical o conservador del cáncer de mamas. Se obtienen resultados similares a la cirugía convencional en cuanto a incidencia de complicaciones, recidivas y muerte; no afectando la incorporación de las pacientes a la terapia adyuvante.

Palabras clave: Cáncer de mamas, cirugía oncoplástica, tratamiento conservador, tratamiento radical

Introducción:

La cirugía todavía tiene gran importancia en el tratamiento primario del cáncer de mama (CM). Durante los últimos 50 años la cirugía del cáncer de mama ha sido menos agresiva y desfigurante. Los nuevos conocimientos, los avances en las técnicas quirúrgicas y la optimización de los métodos adyuvantes han permitido que la cirugía conservadora sea considerada como la primera línea de tratamiento ⁽¹⁾ Se han sucedido cambios importantes en la cirugía del CM ya que en los últimos años se han introducido nuevas opciones quirúrgicas que amplían el reducido repertorio previo de cirugía mamaria. Algunos cambios son la consecuencia del progreso en el diagnóstico y en los tratamientos no quirúrgicos y explican el auge de la cirugía conservadora sobre la mastectomía. Otros cambios son debidos a la implantación de nuevas técnicas como la cirugía oncoplástica de mama.

El objetivo de la cirugía moderna en el cáncer de mama es mantener su eficacia oncológica, pero reducir el número de procedimientos radicales, con la finalidad de disminuir el trauma físico y psicológico de las pacientes. La mastectomía radical modificada, la cirugía conservadora y la linfadenectomía selectiva, según la biopsia del ganglio centinela manejados en gran medida como cirugía mayor ambulatoria ⁽²⁾, son ejemplos de esta progresiva evolución.

Desde la introducción de la cirugía conservadora de la mama y la quimioterapia neoadyuvante, la incidencia de las mastectomías ha ido declinando, pero todavía son inevitables en pacientes con tumores desproporcionados con respecto al tamaño de la mama o multicéntricos, en aquellas con alto riesgo familiar o personal, cuando haya contraindicación de

radioterapia postoperatoria o bien si la preferencia de la paciente es una mastectomía de entrada. En los últimos años se han incrementado las reconstrucciones mamarias inmediatas con el objetivo de dar una mejor calidad de vida a las pacientes sometidas a una mastectomía, ya que parece disminuir la morbilidad psicológica ⁽³⁾ y se obtiene unos buenos resultados estéticos. Además se ha probado que la reconstrucción inmediata (RMI), comparada con la diferida, mejora la relación coste/efectividad (eficiencia) ya que requiere una sola operación y un único ingreso hospitalario, y disminuye las bajas laborales por enfermedad. ^(4, 5)

No obstante, hay que tener en cuenta que hay pocos datos sobre el impacto de la RMI en la supervivencia, en el diagnóstico precoz de las recidivas y su influencia en los tratamientos adyuvantes, así como el número de complicaciones y el resultado estético y el grado de satisfacción de las pacientes. Como en otros tipos de tratamientos quirúrgicos, la mejora en los resultados estéticos ha sido significativa y, en parte, se ha debido a la demanda de las propias pacientes. Incluso cuando el tratamiento radical es insustituible para la paciente, la mastectomía ahorradora de piel (MAP), donde se conserva la mayoría de la piel natural de la paciente con la intención de una RMI aparece como resultado de estas tendencias ⁽⁶⁾. En este tipo de mastectomía se intenta conservar al máximo la piel envolvente y el surco submamario, lo que facilita la reconstrucción de la mama con una forma más natural y con escasos cambios en el color dérmico y en la simetría, consiguiendo así un resultado estético más favorable. La reconstrucción mamaria ha pasado de ser un proceso de formación de una mama a un proceso de rellenar una mama.

Considerando los avances médico-quirúrgicos, es importante establecer que la Cirugía Plástica ha ayudado a la mejora en la calidad de vida. La reconstrucción mamaria ha evolucionado de tal manera que sus resultados han sido cada vez mejores, no solo en las cuestiones estéticas, sino también a favor de lograr la menor morbilidad posible en cada paciente ^(7, 8).

Objetivo: Presentar una serie de casos clínicos, resaltando algunos detalles de las técnicas quirúrgicas de cirugía plástica, vinculadas a las oncológicas y valorando los resultados en función de las complicaciones.

Material y Métodos:

Se presenta una serie de casos clínicos que parten de un estudio observacional descriptivo cuya muestra incluyó a todas las pacientes intervenidas por cáncer de mamas a través de técnicas oncoplásticas de reconstrucción inmediata, desde marzo de 2018 hasta octubre de 2020 en los que se realizaron técnicas oncológicas conservadoras y radicales y de cirugía plástica como: mastoplastias de reducción, mastopexia, cirugía ahorradora de piel, mastectomía subcutánea (Cirugía ahorradora de piel y pezón) y técnicas oncoplásticas específicas diseñadas para la reconstrucción en cáncer de mamas.

Durante esta primera fase se elaboró y documentó una base de datos de pacientes valoradas en la consulta multidisciplinaria de cáncer de mamas del Hospital General Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus, Cuba; sometidas a tratamiento quirúrgico del cáncer de mamas que recibieron reconstrucción de cualquier tipo (reconstrucción autóloga independientemente del tipo de colgajo, con o sin material protésico tipo implante y/o expansor, y con reconstrucción inmediata) en un periodo correspondiente a 2 años, entre 2018 y 2020. Los datos se tomaron de la historia clínica previa autorización del Comité Científico de Ética de la institución. Se solicitó consentimiento informado para la participación en el estudio tomando en cuenta: confidencialidad, valoración por el Comité de Ética y Consideraciones Internacionales de Helsinki.

Excluimos del estudio a aquellas pacientes que no se les hizo reconstrucción inmediata y se dio salida a aquellas en las que no se pudo terminar la recolección de datos. Mostramos las variables cuantitativas como promedios y desviación estándar. Los datos cualitativos como frecuencias y porcentajes. Tomamos un valor $p < 0.05$ como significativo. Para el análisis de los datos utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados:

Al analizar la edad de las pacientes con cáncer de mamas intervenidas quirúrgicamente con técnicas oncoplásticas se

encontró una media de 45 años, con una edad mínima de 26 años y una edad máxima de 67 años; en una muestra constituida por 41 pacientes (n=41). Al relacionar esta variable con la técnica oncológica aplicada se encontró que: para los tratamientos radicales la variable edad tuvo un mínimo de 27 años con un máximo de 67 años y una media de 43; para los tratamientos conservadores la edad mínima fue de 26, la máxima de 64 años y una media de 46. En relación a la edad y los procedimientos oncoplásticos, la cirugía ahorradora de piel tuvo una edad mínima de 27 y una máxima de 67 con una media de 41, el resto de las mastoplastias tuvieron un mínimo de 26 años y un máximo de 64 con una media de 47 años (Tabla 1).

Tabla 1 Relación de la edad con la técnica oncológica y la reconstructiva.

Edad	Técnica oncológica		Técnica oncoplástica		Total
	Tratamiento Radical	Tratamiento Conservador	Cirugía Ahorradora de Piel	Mastoplastia	
Media	43	46	41	47	45
Desviación típica	13	9	13	9	10
Mínimo	27	26	27	26	26
Percentil 25	33	41	29	42	39
Mediana	43	46	38	47	46
Percentil 75	48	54	48	54	52
Máximo	67	64	67	64	67
N válido	10	31	11	30	41

En la Tabla 2 se muestra como en las pacientes sin deformidad se aplicaron tratamientos radicales y conservadores en una magnitud similar mientras que en las pacientes con deformidades mayores el tratamiento que predominó fue el conservador. Las pacientes sin deformidad fueron las que en mayor medida recibieron tratamiento quirúrgico con Cirugía Ahorradora de Piel, mientras que en las portadoras de mayores deformidades predominaron las mastoplastias con una relación significativa (p=0.011). La mayoría de las mujeres tenían deformidades previas a la cirugía de magnitud y predominó el tratamiento conservador.

Tabla 2 Relación de la técnica oncológica y reconstructiva con la deformidad mamaria previa.

Deformidad	Técnicas Oncológicas				Test de Mann Whitney		Técnicas oncoplásticas				Test de Mann Whitney		Total	
	Tratamiento Radical		Tratamiento Conservador				Cirugía Ahorradora de Piel		Mastoplastias					
	No	%	No	%	W	p*	No	%	No	%	W	p*	No	%
Sin deformidad	5	50.0	6	19.4	172.5	.243	7	63.6	4	13.3	153.0	.011	11	26.8
Deformidad pequeña	1	10.0	9	29.0			1	9.1	9	30.0			10	24.4
Deformidad mayor	4	40.0	16	51.6			3	27.3	17	56.7			20	48.8
Total	10	**24.4	31	**75.6			11	**26.8	30	**73.2			41	100.0

De la muestra estudiada (n=41), 25 pacientes (61%) presentaron tumores con localización en los cuadrantes superiores externos con poca diferencia entre la localización en la mama derecha o izquierda (13 y 12 pacientes respectivamente), el 74,2% de estas pacientes fueron tributarias de tratamientos conservadores y el 70% de reconstrucción mamaria inmediata con técnicas de mastoplastia. Las pacientes con tumores de otra localización, 16 en total (39%), como lesiones retroareolares y en cuadrantes superiores internos, de ambas mamas; fueron más propensas a recibir tratamientos radicales (80%) y reconstrucción con Cirugía ahorradora de piel (63,7%).

Como se puede observar en la Tabla 3 existe relación entre las Técnicas Oncológicas y las Oncoplásticas, predominando la reconstrucción inmediata con Cirugía Ahorradora de Piel en casos con técnicas Radicales y la

mastoplastia en el tratamiento conservador encontrándose la mayoría de las pacientes en este último grupo; existiendo una diferencia significativa ($p=0.000$) y una relación fuerte con Phi cercano de 1 (0.810)

Tabla 3 Relación entre la técnica oncológica y la técnica reconstructiva.

Técnica Oncológica	Técnica Oncoplástica						Test Exacto Fisher	Phi
	Cirugía Ahorradora de Piel		Mastoplastia		Total			
	No	%	No	%	No	%	P	
Tratamiento Radical	9	81.5	1	3.3	10	26.8	.000	.810
Tratamiento Conservador	2	18.2	29	96.7	31	24.4		
Total	11	**26.8	30	**73.2	41	100.0		

Se usaron un total de 15 técnicas oncoplásticas, las más usadas fueron las mastoplastias de reducción con pedículos superior (14,6%), inferior (14,6%) y medial (19,5%) representando estas técnicas el 48,7% del total.

Los estadios tumorales que prevalecieron fueron los T2N1M0 y los T1N1M0 con una prevalencia de 29,3% y 31,7% respectivamente, dos mujeres fallecieron con estadios tumorales T2N2M1 y T2N1M1, las únicas pacientes con metástasis. El estadio tumoral del caso que recidivó fue T1N1M0.

La tabla 4 muestra la relación de las técnicas oncoplásticas, oncológicas y la neoadyuvancia con las complicaciones, el total complicaciones fue de 8, observándose el mayor número de estos eventos adversos en las pacientes sometidas a Cirugía Ahorradora de Piel ($p=0.022$) y en aquellas con tratamientos radicales ($p=0.001$), con una diferencia significativa y la relación más fuerte según Phi en relación a las técnicas oncológicas (Más cercana de 1) con la neoadyuvancia no hubo una diferencia significativa.

Tabla 4 Relación de las técnicas quirúrgicas oncológicas, oncoplásticas y la neoadyuvancia con las complicaciones.

		Complicaciones						Test Exacto Fisher	Phi
		Si		No		Total			
		No	%	No	%	No	%	P	
Técnicas oncoplásticas	Cirugía Ahorradora de Piel	5	62.5	6	18.2	11	26.8	.022	.396
	Mastoplastia	3	37.5	27	81.8	30	73.2		
	Total	8	100.0	33	100.0	41	100.0		
Técnicas oncológicas	Tratamiento Radical	6	75.0	4	12.1	10	24.4	.001	.580
	Tratamiento Conservador	2	25.0	29	87.9	31	75.6		
	Total	8	100.0	33	100.0	41	100.0		
Neoadyuvancia	Si	2	25.0	3	9.1	5	12.2	.246	.193
	No	6	75.0	30	90.9	36	87.8		
	Total	8	100.0	33	100.0	41	100.0		

Discusión:

En el trabajo se presenta una serie de casos donde se intervinieron pacientes con cáncer de mamas a través de técnicas oncoplásticas de Reconstrucción Mamaria Inmediata (RMI), realizándose la caracterización de la muestra ($n=41$) en el Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus. Dicho hospital es una institución de II nivel que cuenta

con una consulta multidisciplinaria de cáncer de mamas integrada por cirujanos generales y plásticos, oncólogos, imagenólogos, anesthesiólogos, psicólogos y rehabilitadores. Hasta donde se conoce y en base a la bibliografía revisada, sobre los resultados quirúrgicos de estas técnicas en las pacientes cubanas intervenidas por cáncer de mama; existen muy pocas estadísticas nacionales que demuestren evidencias científicas de los resultados en mujeres tras someterse a reconstrucción mamaria inmediata. En Cuba la reconstrucción mamaria posmastectomía es la forma habitual. ⁽⁹⁾ En el Instituto nacional de Oncología y Radiodiagnóstico (INOR) se realizan en la actualidad con sistematicidad de manera inmediata para disminuir el impacto psicológico de la mastectomía. ⁽¹⁰⁾

La cirugía oncoplástica conservadora engloba diferentes procedimientos quirúrgicos que combinan la cirugía conservadora tradicional del CM (resección tumoral amplia) con técnicas descritas en cirugía plástica mamaria benigna (remodelación de la mama enferma y simetrización de mama contralateral). Las técnicas oncoplásticas difieren en el tejido mamario que se reseca, en las indicaciones y en complicaciones, pero todas tienen en común varios pasos básicos, que de acuerdo con Acea ⁽¹¹⁾ son: marcaje del patrón de resección, resección mamaria, movilización del complejo areola-pezones, remodelación de mama tumoral y simetrización mama sana.

Se observó en el estudio que la edad de los pacientes con poca frecuencia sobrepasó los 60 años de edad, es conocido que después de los 60 años en las mujeres se produce una deprivación hormonal que conlleva a que la biología tumoral presente otras características así como la biología de la paciente por lo que optar por un tratamiento radical sin reconstrucción representaría obviar en una gran parte de los casos la terapia adyuvante con todos sus efectos adversos, después de esa edad muchas mujeres disminuyen notablemente la actividad sexual y social, coincide con la jubilación y otros elementos socioculturales que hacen que la mutilación aparentemente no las afecte tanto. Esto coincide con un estudio realizado en Santiago de Chile en el 2009 donde treinta y siete mujeres con edad entre 38 y 65 años, consintieron, ser tratadas quirúrgicamente por cáncer mamario entre julio de 1998 y septiembre de 2007 con terapia conservadora usando alguna técnica oncoplástica, suponiendo que el estándar quirúrgico produciría deformidad importante secundaria, o no era posible.

Lo que es llamativo es la disminución de la edad de aparición del cáncer de mamas observándose la incidencia del mismo en mujeres cada vez más jóvenes entre los 20 y los 30 años de edad, como se recoge en un estudio realizado en Madrid, España sobre el cáncer de mamas en mujeres muy jóvenes, este, representa un grupo singular por su edad, diagnóstico, comportamiento tumoral, deseo genésico y pronóstico. El tratamiento del cáncer de mamas en mujeres menores de 35 años debe individualizarse y dentro de las posibilidades tratar de optar por el tratamiento conservador y la cirugía oncoplástica. ⁽¹²⁾

En estudios revisados por lo general se recogen grupos de edades que se aproximan entre ellos; por ejemplo, un estudio de reconstrucciones con colgajos músculo-cutáneos en pacientes con cáncer de mamas reafirma que: la edad media de los pacientes del grupo A fue 40.95 ± 5.06 años y en el grupo B de 40.33 ± 5.25 ($P = 0.699$) con una edad mínima y máxima de 31.0–50.0 32.0–51.0 0.699 respectivamente. ⁽¹³⁾ En otro que establece la comparación entre cirugía conservadora tradicional y oncoplástica la cohorte de esta última se caracterizó por una edad menor < 50 15.5 25.0 16.8 ≥ 50 para < 65 56.6 52.1 56.0 ≥ 65 27.9 22.9 27.2 de la cohorte de cirugía conservadora tradicional. ⁽¹⁴⁾ Otro estudio multicéntrico mostró una edad media de los pacientes de 54 años. ⁽¹⁵⁾

Al relacionar la edad con los procedimientos quirúrgicos oncológicos y reconstructivos se observó que se comportaron de forma aproximada esto está en relación a que la edad, como se mencionó anteriormente, puede influir en la decisión de realizar un procedimiento radical en las mujeres adultas mayores ya que evitarían en muchos casos la terapia adyuvante pero en mujeres de menos edad que fueron las que con más frecuencia se incluyeron en el estudio de oncoplastia mamaria, la edad no es un factor determinante para la realización de técnicas radicales o conservadoras más bien la relación mama tumor, el estadio, la variedad histológica y la clasificación mamográfica son los determinantes para esta decisión. La Dra. Lenia Sánchez Wals especialista del INOR en Cuba, presentó un estudio de 3 años sobre la

reconstrucción mamaria inmediata con expansores tisulares encontrando un predominio de estas técnicas en mujeres entre 40 y 49 años ⁽¹⁰⁾

La elección de la técnica oncoplástica más adecuada depende de la localización y tamaño tumoral y de las características de la mama en cuanto a tamaño y grado de ptosis y a la relación mama-tumor. Es importante que el cirujano que trata a las pacientes con CM conozca el patrón y las indicaciones de las diferentes técnicas para identificar los casos susceptibles de cirugía oncoplástica y el mejor patrón que se adapte a cada caso. Todas las técnicas requieren un volumen mamario mínimo por lo que en la mayoría de pacientes con mama pequeña es difícil lograr el beneficio de una técnica oncoplástica, aunque con el avance de las investigaciones de la temática han surgido opciones de reconstrucción para estas pacientes. Acea ⁽¹⁶⁾ describe de modo muy sistematizado siete patrones básicos de cirugía oncoplástica conservadora.

En este estudio prevalecieron las mujeres con algún tipo de deformidad, pero se conoce que los diferentes grados de hipertrofia mamaria y ptosis se relacionan directamente con los periodos de gestación, lactancia y menopausia donde aumenta el volumen mamario y al aparecer en cáncer de mamas en mujeres muy jóvenes, en algunos casos no hay deformidad mamaria lo que produce una relación mama tumor desfavorable y escasas de tejido autólogo para la reconstrucción haciendo difícil la realización de técnicas reconstructivas inmediatas que satisfagan las expectativas de estas mujeres que en la mayoría de los casos son tributarias de tratamientos radicales y en las que hay que realizar técnicas ahorradoras de piel y colocación de implantes protésicos.

La mastectomía ahorradora de piel y pezón (MAP-CAP) o mastectomía subcutánea, es una técnica innovadora que conserva la piel nativa de la mama sin mutilar el complejo areola-pezón (CAP), proporcionando así una alternativa razonable en tumores precoces que no afectan al CAP y casos en que es necesaria una mastectomía reductora de riesgo, evitando múltiples intervenciones quirúrgicas necesarias para la reconstrucción.

Estos resultados coinciden con lo encontrado en la literatura internacional por ejemplo en un estudio publicado en el 2014 por Alarcón Iranzo realizado en el Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto concluye que: la Mastectomía Ahorradora de Piel y pezón reduce el trauma psicológico asociado con la mutilación; la seguridad oncológica, así como los resultados funcionales y estéticos son buenos, pudiendo por tanto ser una alternativa a la mastectomía en casos seleccionados. ⁽¹⁷⁾

En cuanto a la mayor parte de los casos que presentaban deformidades en las mamas previas a la intervención quirúrgica con cáncer tenemos que en estudios como el de Fernando Hernanz de la Fuente ⁽¹⁸⁾ se describe que la mastoplastia terapéutica brinda ventajas oncológicas, funcionales y cosméticas. En cuanto al tumor, esta favorece la extirpación amplia con bordes quirúrgicos libres y generosos, seguramente mayores a los que se obtienen con una tumorectomía o cuadrantectomía convencional. La actuación en la mama contralateral y el estudio histopatológico del tejido extirpado ofrece su valoración y la posible aparición de lesiones ocultas además de la posible reducción del riesgo de aparición de un segundo tumor. La reducción del volumen mamario de la mama afectada facilita un mejor tratamiento radioterápico con disminución del campo a tratar y una distribución más homogénea de la dosis. ⁽¹⁸⁾

La localización tumoral más frecuente encontrada en el estudio está dada en el cuadrante superior externo de ambas mamas con predominio en la mama derecha, esto coincide con un estudio de cohorte realizado en Perú, donde el 78,2% de las pacientes presentaban localizaciones tumorales en los cuadrantes superiores. ⁽¹⁹⁾

Las técnicas oncoplásticas más empleadas fueron las mastoplastias de reducción y los pedículos superior, inferior y medial, la selección del pedículo por lo general se realiza en función de la localización tumoral por ejemplo en pacientes con localizaciones en los cuadrantes superiores fue conveniente aportar la vascularización del complejo areola-pezón a través de un pedículo inferior, Fernando Hernanz de la Fuente afirma que el conocimiento de la mastoplastia de reducción habilita al cirujano dedicado al cáncer de mamas para realizar un tratamiento quirúrgico integral, con lo que se amplían y mejoran, de un modo importante, las opciones quirúrgicas. La mastoplastia de reducción que implica por lo general la simetrización de la mama contralateral es la base de la cirugía oncoplástica conservadora.

Debido al Programa Nacional de Cáncer de mamas que garantiza el diagnóstico precoz de la enfermedad, la prevalencia fue de estadios tumorales no avanzados y las dos pacientes fallecidas eran las únicas con estadios tumorales con metástasis. Estos resultados coinciden con los encontrados en un estudio del profesor Benigno Acea Nebril con la salvedad que en su medio emplean para el estadiamiento ganglionar la biopsia del ganglio centinela. En este estudio de forma similar el tiempo quirúrgico no fue significativamente mayor y la incorporación de las pacientes al tratamiento adyuvante estuvo dentro de lo recomendado por las normas internacionales. ⁽¹⁸⁾

Se observaron 8 pacientes con complicaciones con una relación significativa con la cirugía ahorradora de piel con colocación de implantes en mujeres con tratamientos radicales, prevaleciendo dentro de estos efectos indeseables la asimetría, se presentó un caso de seroma y un caso de necrosis del complejo areola pezón en una paciente fumadora, en cuanto a la cirugía oncoplástica tipo mastoplastia de reducción hubo un caso de hematoma con dehiscencia en la mama simetrizada. La Dra. Lenia Sánchez Wals especialista del INOR en Cuba, presentó un estudio de 3 años sobre la reconstrucción mamaria inmediata con expansores tisulares encontrando un predominio de estas técnicas en mujeres entre 40 y 49 años relacionándose las complicaciones con la radioterapia y hábitos tóxico sobre todo el de fumar. ⁽¹⁰⁾

Las complicaciones de la investigación estuvieron coincidentemente en relación con las encontradas en la literatura internacional: la cirugía oncoplástica conservadora puede causar asimetría mamaria, aunque en menor medida que la cirugía sin reconstrucción. En un estudio se recoge que, aunque se ofreció a estas pacientes cirugía de mama contralateral para lograr la asimetría, el logro de esta fue variable. El objetivo de los autores fue determinar el factor que hace que las pacientes con cáncer de mamas que se someten a cirugía oncoplástica no opten por la simetrización. En estudio publicado en Singapore Medical Journal se determinó que una combinación de factores puede disuadir a las pacientes de optar por la simetrización. En esta investigación los factores disuasorios más importantes entre los pacientes fueron la preocupación y el deseo de tratar el cáncer primero para la simetrización inmediata y no estar demasiado preocupados por la estética de los senos y el miedo a la recurrencia del cáncer en la mama de la simetrización. La tranquilidad de estos pacientes puede aumentar la asimilación de la simetrización mejorando así la estética y la satisfacción del paciente. ⁽²⁰⁾ En la investigación realizada en el Hospital Camilo Cienfuegos de Sancti Spíritus las pacientes mostraron que la preocupación fundamental estaba por lo general en sobrevivir a la enfermedad, pero una vez explicada las alternativas quirúrgicas posibles optaron por la reconstrucción inmediata en la mayoría de los casos con simetrización.

La temida necrosis del Complejo areola pezón se presentó en un solo caso de Mastectomía ahorradora de piel y estuvo relacionada con el hábito de fumar, estas técnicas están contraindicadas en las pacientes que tengan afección de la piel por el tumor subyacente. Tampoco estaría indicada en las situaciones en que el riesgo de necrosis dérmica e infección esté incrementado, como la radioterapia previa, la obesidad y la diabetes y en las grandes fumadoras. Esta técnica parece oncológicamente segura en tumores alejados del pezón y con tejido retroareolar libre de tumor. La radioterapia adyuvante no representa una contraindicación absoluta para la MAP, pero se debería tener precaución pues puede empeorar el resultado reconstructivo. ⁽²¹⁾

Una de las mayores preocupaciones con la incidencia de complicaciones independientemente del resultado estético es el riesgo de retrasar la incorporación a la terapia adyuvante. ⁽²²⁾ Un estudio realizado en México en el Instituto de enfermedades de la mama en Coyocán, es coincidente con esta investigación ya que no se encontraron diferencias entre las complicaciones presentadas en las pacientes operadas con cirugía convencional y las intervenidas con técnicas oncoplásticas ni retraso en la incorporación a la quimioterapia y/o radioterapia. ⁽²³⁾

Conclusiones:

La cirugía oncoplástica es una alternativa de tratamiento quirúrgico que cada vez se emplea con más frecuencia en las pacientes con cáncer de mamas de cualquier edad, ya que, la versatilidad de técnicas que ponen el resultado estético en

función del tratamiento oncológico garantizan evitar la deformidad mamaria después de un tratamiento radical o conservador del cáncer de mamas. Se obtienen resultados similares a la cirugía convencional en cuanto a incidencia de complicaciones, recidivas y muerte; no afectando la incorporación de las pacientes a la terapia adyuvante.

Referencias Bibliográficas:

1. Avellaneda Oviedo EM., García Novoa A., Palacios García P., Pacheco Compañía FJ. Acea Nebril B., Albaina Latorre L. Mastectomía ahorradora de piel tipo IV con injerto libre de areola-pezón para reconstrucción con prótesis en cirugía reductora de riesgo. *Cir. Plást. Iberolatinoam.* 2019; 45 (2): 139-150. <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-789220190002000006>
2. Garcia-Vilanova Comasa A., et all. Cirugía mayor ambulatoria en patología mamaria. *CIR ESP.* 2020; 98(1): 26-35 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.09.003>
3. Garcés M., Falla M., Mendoza Z, Cotrina J., Ruíz M. La cirugía oncoplástica de la mama: Una técnica quirúrgica que mejora la calidad de vida de las pacientes Oncoplastic breast surgery: a surgical technique that improves the quality of life of patients. *Rev Med Hered.* 2016; 27: 256-263.
4. Marré D., Gantz J. T., Villalón J., Roco H. Reconstrucción mamaria: estado actual del tema. *Rev Chil Cir.* 2016; 68(2): 186-193. [citado 2021 Abr 01]; Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000200014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262016000200014>.
5. Helena Perea A., Rosselli D. Análisis de costo-utilidad en Colombia del tratamiento integral del carcinoma de seno con reconstrucción inmediata frente a la reconstrucción diferida. *Biomédica* 2018; 38: 363-78 doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3.3705>
6. Alarcón Iranzoa M., et all. Mastectomía ahorradora de piel y complejo areola-pezón con reconstrucción inmediata: una técnica en auge en el tratamiento del cáncer de mama. *Rev Patol Senol Mamar.* 2018; 31 (3): 94-101 <https://doi.org/10.1016/j.senol.2018.02.001>
7. Gallegos Sierra C, Morales Flores E. A., Villarreal Salgado J. L., Hernández Gómez G, Ramos Guerrero J. A. Calidad de vida en reconstrucción mamaria postmastectomía. Aplicación del instrumento Breast-Q. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2019; 45 (4): 369-376. <https://doi.org/10.4321/S0376-78922019000400006>
8. Danilla S, Troncoso E, Ríos M.A, et al. ¿Qué factores influyen en la satisfacción de los pacientes sometidos a reducción mamaria? Análisis de un estudio de cohorte utilizando el instrumento Breast-Q®. *Revista Chilena de Cirugía.* 2017; 69(1):28-34.
9. Sánchez Wals L., Mestre Fernández B. F., Galán Y. Reconstrucción mamaria posmastectomía en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de cuba (2008-2012). *Rev. Cub. Cir.* 53 (1): 60-68
10. Sánchez Wals L., Leng Rabaza Yandy, Martín Rodríguez L. E., García Torres D. D. Reconstrucción Mamaria inmediata con expansores tisulares. *Rev, Cub Cir.* 2019; 58 (3)
11. Benigno Acea. Técnicas Oncoplásticas en Cirugía Mamaria. Editorial 2007. Madrid.
12. Martínez Gómez E., et all. Cáncer de mamas en mujeres muy jóvenes, nuestra experiencia. *Clin Invest Gin Obst.* 2016; 43(1): 17-23
13. Oncoplastic Volume Replacement for Breast Cancer: Latissimus Dorsi Flap versus Thoracodorsal Artery Perforator Flap (*Plast Reconstr Surg Glob Open* 2019; 7:e2476; <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002476>
14. Rose M., Svensson H., Handler J., Hoyer U., Ringberg A., Manjer J. Patient- reported outcome after oncoplastic breast surgery compared with conventional breast - conserving surgery in breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment.* 2020; 180:247–256 <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05544-2>

15. Soumian S., Parmeshwar R., Chandarana M., Marla S., Narayanan S., Shetty G. Chest wall perforator flaps for partial breast reconstruction: Surgical outcomes from a multicenter study. *Arch Plast Surg.* 2020; 47(2): 153–159
16. Acea Nebril B., et all. Evaluación de un programa de reconstrucción mamaria inmediata mediante expansión-prótesis en mujeres con cáncer de mamas. *Rev Senol Patol Mamar.* 2014; 27(1): 10-18 <http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2013.06.004>
17. Alarcón Iranzo M., Buch Villa E., Castañer Puga C., Díaz Sierra S., Ibáñez Arias A., Checa Ayet F. Mastectomía ahorradora de piel y pezón como alternativa en el cáncer de mama. *Cir Esp.* 2014; 92(Espec Congr):317 <file:///D:/trabajos%20jornada/para%20discusión/todo/Comunicacion-O-319.pdf>
18. Fernando Hernanz de la Fuente, Manuel Gomez Fleitas, francisco Martínez García. Mamoplastia de reducción en la cirugía del cáncer de mamas. *CIR ESP.* 2009; 85(3): 140–146 <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2008.07.010>
19. Chaves M., Ziegler G., Cotrina M., Garcés M., Calderón G., Mantilla R. Resultados oncológicos de la cirugía oncoplástica. *Rev Senol Patol Mamar.* 2017; 30(4): 170-178 <https://doi.org/10.1016/j.senol.2017.09.005>
20. Geok Hoon L., Chih Huei Ch., John C A., Ruey Pyng NG. Factors influencing decisions on contralateral symmetrisation procedure among patients with breast cancer. *Singapore Med. J.* 2020, 1–13 <https://doi.org/10.11622/smedj.2020076>
21. Ramos Boyero M. La mastectomía ahorradora de piel como alternativa a la mastectomía estándar en el cáncer de mama. *Cir Esp.* 2008; 84(4):181-7
22. Müller C., Juhasz- Böss I., Schmidt G. Jungmann P., Franz Solomayer E., Breitbach J. P., Juhasz- Böss S. Factors influencing the time to surgery after neoadjuvant chemotherapy in breast cancer patients. *Archives of Gynecology and Obstetrics.* 2020. 301:1055–1059
23. Sherwell-Cabello S., et all. Factibilidad y resultado estético de la cirugía oncoplástica en el tratamiento de cáncer de mamas. *Cirugía y Cirujanos.* 2015; 83(3): 199-205