

Mamoplastia oncoterapéutica. Una opción adecuada en la paciente con cáncer de mama y gigantomastia

Fernando Hernanz de la Fuente y Manuel Gómez Fleitas

Unidad de Patología Mamaria. Servicio de Cirugía General II. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria. Santander. Cantabria. España.

Resumen

La aplicación de las técnicas de reducción mamaria a pacientes con cáncer de mama y mamas hipertroóficas permite un tratamiento quirúrgico conservador, adecuado desde el punto de vista oncológico, y facilita la radioterapia ulterior; además, añade unos claros beneficios en cuanto a la mejora de calidad de vida y evita malos resultados estéticos y los síntomas causados por los excesivos volumen y peso de las mamas. Presentamos el tratamiento quirúrgico de 3 pacientes con cáncer de mama y gigantomastia mediante la aplicación de técnicas de mamoplastia de reducción.

Palabras clave: *Cáncer de mama. Mamoplastia de reducción. Cirugía oncológica.*

THERAPEUTIC MAMMOPLASTY IS AN APPROPRIATE OPTION IN A PATIENT WITH BREAST CANCER AND MACROMASTIA

Bilateral reduction mammoplasty in women with breast cancer and macromastia allows appropriate oncological surgical treatment with functional and cosmetic benefits and facilitates postoperative radiation therapy. The surgical approach carried out in three patients with breast cancer and macromastia is discussed.

Key words: *Breast cancer. Reduction mammoplasty. Oncoplastic surgery.*

Introducción

En las pacientes con mamas voluminosas, la cirugía conservadora del cáncer de mama suele ser fácil, dada la relación muy favorable entre el volumen del tumor y el de la mama; el tamaño tumoral es pequeño con respecto al de la mama en que asienta.

Aunque el porcentaje de secuelas estéticas después de la cirugía conservadora no se valora frecuentemente, se estima que un 30% de las pacientes tiene resultados estéticos malos, con deformidades y asimetrías que precisan corrección quirúrgica¹.

Debemos pensar que, en las pacientes con mamas hipertroóficas, a las posibles secuelas estéticas de la cirugía

conservadora se añadirán con el tiempo, si no las tenían ya en el momento del tratamiento del cáncer de mama, las motivadas por los excesivos volumen y peso de sus mamas. En esta situación, si la paciente desea tratar dichas secuelas o reducir el volumen de sus mamas, la radioterapia previa limita las posibilidades quirúrgicas y aumenta las complicaciones².

Analicemos el siguiente enfoque. Si incluimos el tumor en el tejido que extirpamos con una técnica de reducción mamaria y reducimos la otra mama, conseguiremos: *a)* una extirpación oncológica correcta del tumor y, posiblemente, con unos márgenes más amplios que los obtenidos en una tumorectomía convencional; *b)* una mama de un volumen más reducido y, por tanto, más fácilmente manejable para el posterior tratamiento radioterápico; *c)* mejorar la calidad de vida de la paciente al disminuir o eliminar los síntomas motivados por el excesivo tamaño de sus mamas, y *d)* evitar deformidades y asimetrías que deterioren los resultados estéticos.

La utilización de una técnica de mamoplastia de reducción en el tratamiento quirúrgico oncológico del cáncer de mama fue publicada por primera vez en 1993³. McCu-

Correspondencia: Dr. F. Hernanz.
Servicio de Cirugía General II. Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla.
Avda. Valdecilla, s/n. 39008 Santander. Cantabria. España.
Correo electrónico: cgdhff@humv.es

Manuscrito recibido el 17-5-2006 y aceptado el 23-6-2006.

Iley et al⁴ han sistematizado su uso y la definen con el término mamoplastia terapéutica (mmt).

Presentamos el tratamiento quirúrgico conservador realizado en 3 pacientes con macromastia y cáncer de mama tratadas con la aplicación de mmt.

Casos clínicos

Las características clínicas se describen en la tabla 1. Los diseños quirúrgicos y el resultado estético se exponen en las figuras 1 a 3.

Discusión

El abordaje del tratamiento quirúrgico del cáncer de mama que contempla el objetivo oncológico y estético, de una forma individualizada y simultánea en cada paciente, se denomina cirugía oncoplástica. La aplicación de las técnicas de reducción mamaria en el tratamiento conservador de cáncer de mama, que podemos denominar mmt o mamoplastia oncoterapéutica, forma parte de este concepto.

TABLA 1. Características clínicas de las 3 pacientes

Edad (años)	Localización/diámetro (mm)	Técnica quirúrgica	Tejido extirpado (g)	Estudio anatomopatológico
58	CSE/17	Desplazamiento del CAP; mamoplastia pedículo superior; linfadenectomía axilar	311	Carcinoma ductal infiltrante, 23 ganglios negativos, bordes quirúrgicos libres
41	ICS/35	Patrón Wise invertido; mamoplastia pedículo inferior; linfadenectomía axilar	423	Carcinoma ductal infiltrante, 19 ganglios negativos, bordes quirúrgicos libres
64	CII/30	Mamoplastia pedículo inferior	793	Carcinoma intraductal multifocal, bordes quirúrgicos libres

CAP: complejo areola-pezones; CII: cuadrante inferointerno; CSE: cuadrante superoexterno; ICS: intersección de cuadrantes superiores.

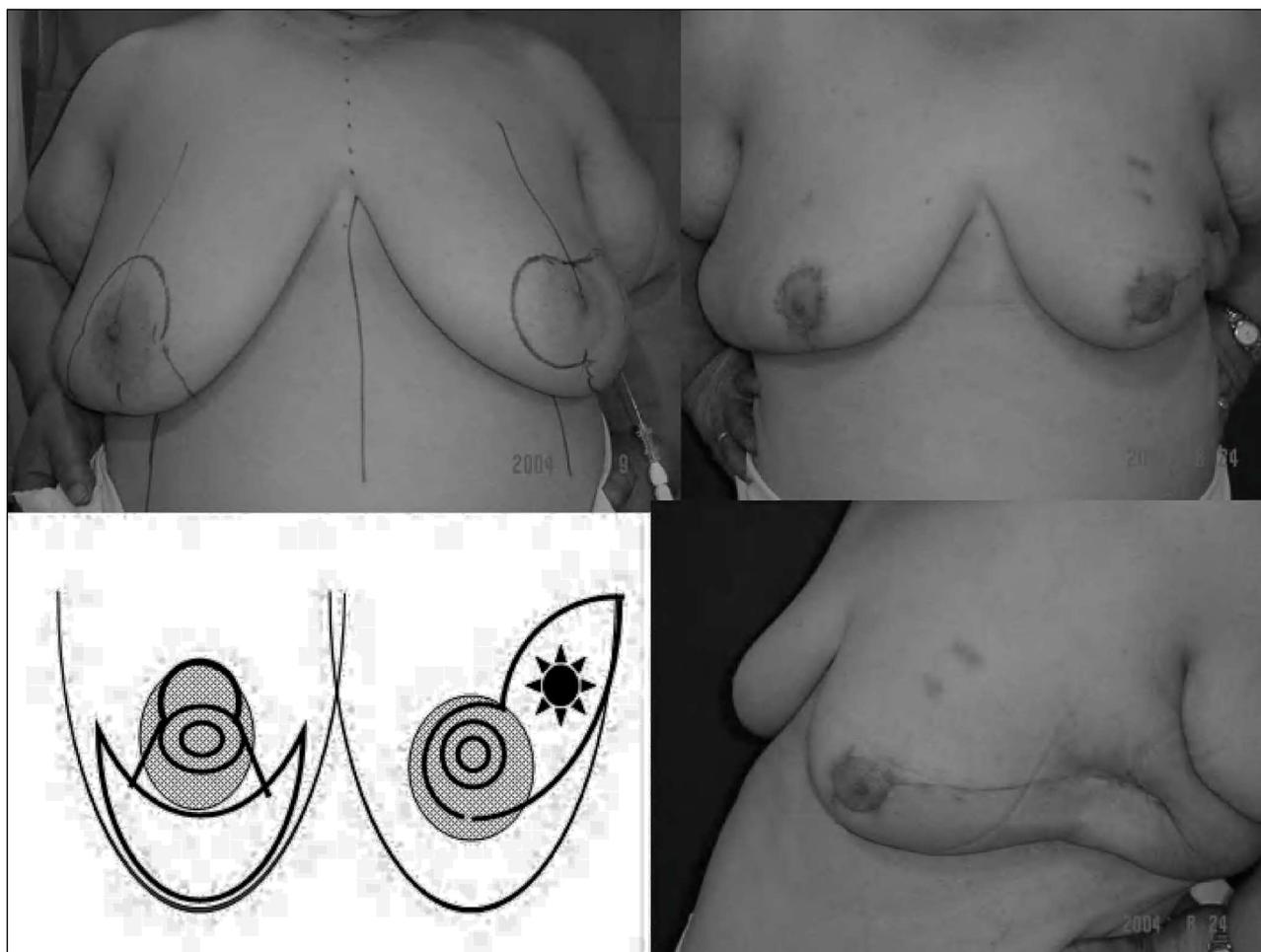


Fig. 1. En la parte izquierda, vista de la paciente con las marcas del diseño de la cirugía y un arpón colocado para facilitar la localización del tumor. Esquema de la cirugía: mastectomía parcial con desplazamiento del complejo areola-pezones de la mama izquierda y, en la mama derecha, reducción mamaria con traslación del complejo areola-pezones mediante colgajo superior. Derecha: resultado estético a la sexta semana de la cirugía.

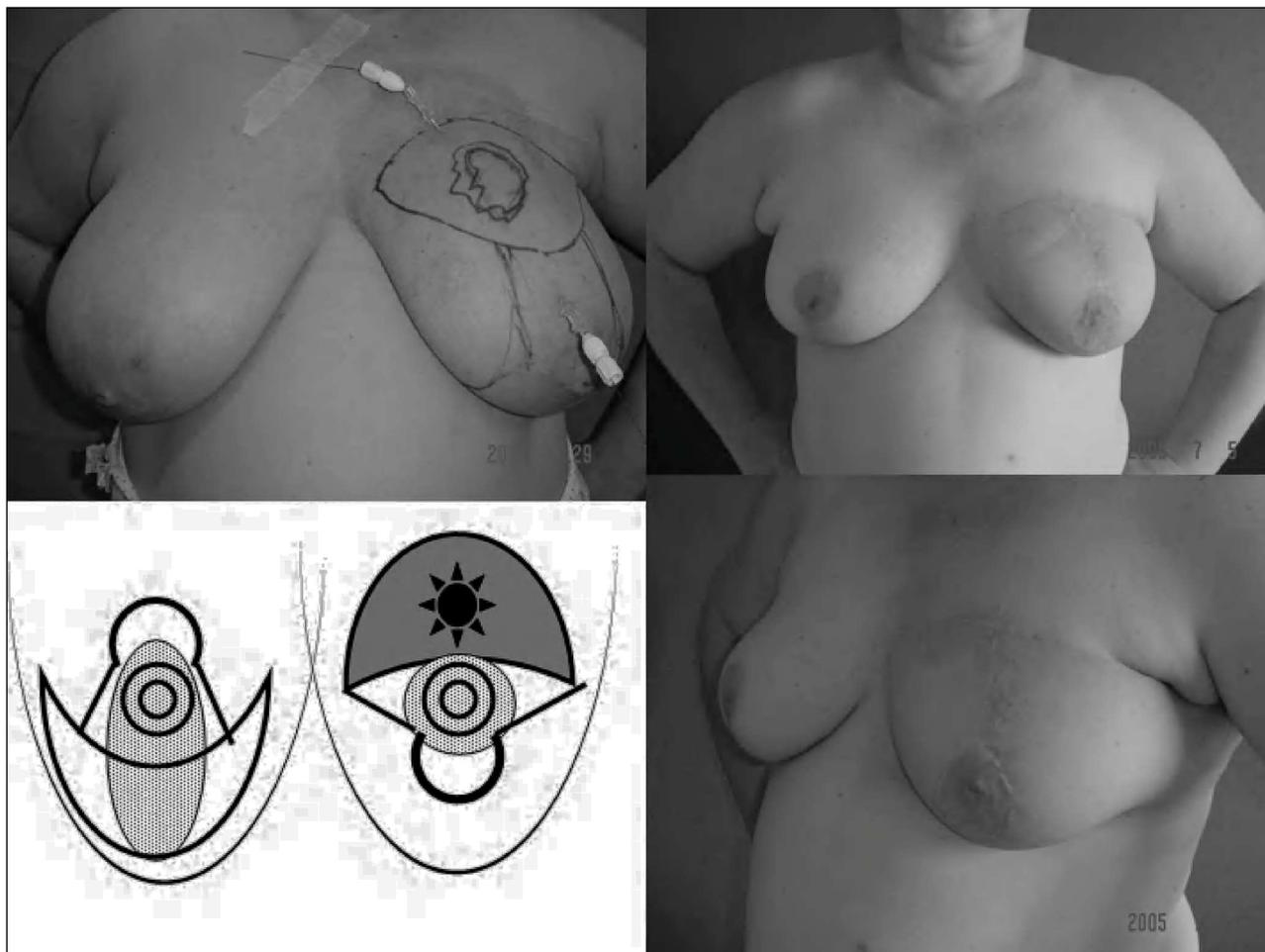


Fig. 2. En la parte izquierda, diseño de la cirugía con patrón de Wise invertido y dos arpones, situados a 1 cm del borde radiológico del tumor, para guiar la resección del tumor. Esquema de la cirugía: en la mama izquierda, mastectomía parcial con remodelación con patrón de Wise invertido y reducción mamaria derecha con traslación del complejo areola-pezones mediante colgajo dermoglandular inferior. A la izquierda, el resultado estético una vez finalizada la radioterapia.

La mmt, cuando se aplica en las pacientes que tienen una hipertrofia mamaria o una gigantomastia, ofrece unas claras ventajas oncológicas, funcionales y estéticas⁵⁻⁹.

En lo que respecta al aspecto oncológico del tratamiento, la mmt facilita la realización de una mastectomía parcial amplia, con bordes quirúrgicos libres y generosos, seguramente mayores que los que se obtiene mediante una tumorectomía simple. El patrón de mamoplastia permite, sin incisiones adicionales, la realización de la técnica del ganglio centinela o de la linfadenectomía axilar. La actuación en la mama contralateral, a través del estudio histopatológico de tejido extirpado, nos ofrece su valoración y el descubrimiento de lesiones ocultas, además de una posible reducción del riesgo de aparición de un segundo tumor¹⁰. La reducción del volumen mamario de la mama afectada por el tumor facilita una mejor radioterapia ulterior, con disminución del campo que tratar y una distribución más homogénea de las dosis.

En lo que se refiere a las ventajas funcionales, la reducción de ambas mamas mejora los síntomas como sobrecarga de los hombros, dolores cervicales, intertrigo, etc., asociados a la macromastia, en el caso de que estén presentes en el momento del diagnóstico del cáncer,

o evitan su aparición en el caso de que no se hubieran desarrollado.

Los resultados cosméticos son mejores al evitar asimetrías y deformidades posquirúrgicas de la mama afectada de cáncer y, también, las secundarias a la radioterapia de una mama hipertrofica.

Presentamos 3 casos de cáncer de mama en pacientes con macromastia, que han sido tratados con 3 diferentes técnicas quirúrgicas y nos han permitido cumplir los requerimientos oncológicos y conseguir unos resultados estéticos satisfactorios, con las ventajas que conlleva para dichas pacientes la reducción mamaria.

Una característica propia de la cirugía oncológica es la diversidad de opciones técnicas válidas que podemos aplicar para conseguir los objetivos oncológico y estético; si bien en el caso de la mmt podemos encontrar unos patrones generales para la aplicación de las diferentes técnicas según la localización del tumor⁵, la realidad es que la conjunción de tres factores (las características de la paciente y el tamaño y la forma de sus mamas; de su tumor, especialmente su tamaño y localización, y de nuestro bagaje técnico y nuestra experiencia) determinarán la técnica a utilizar.

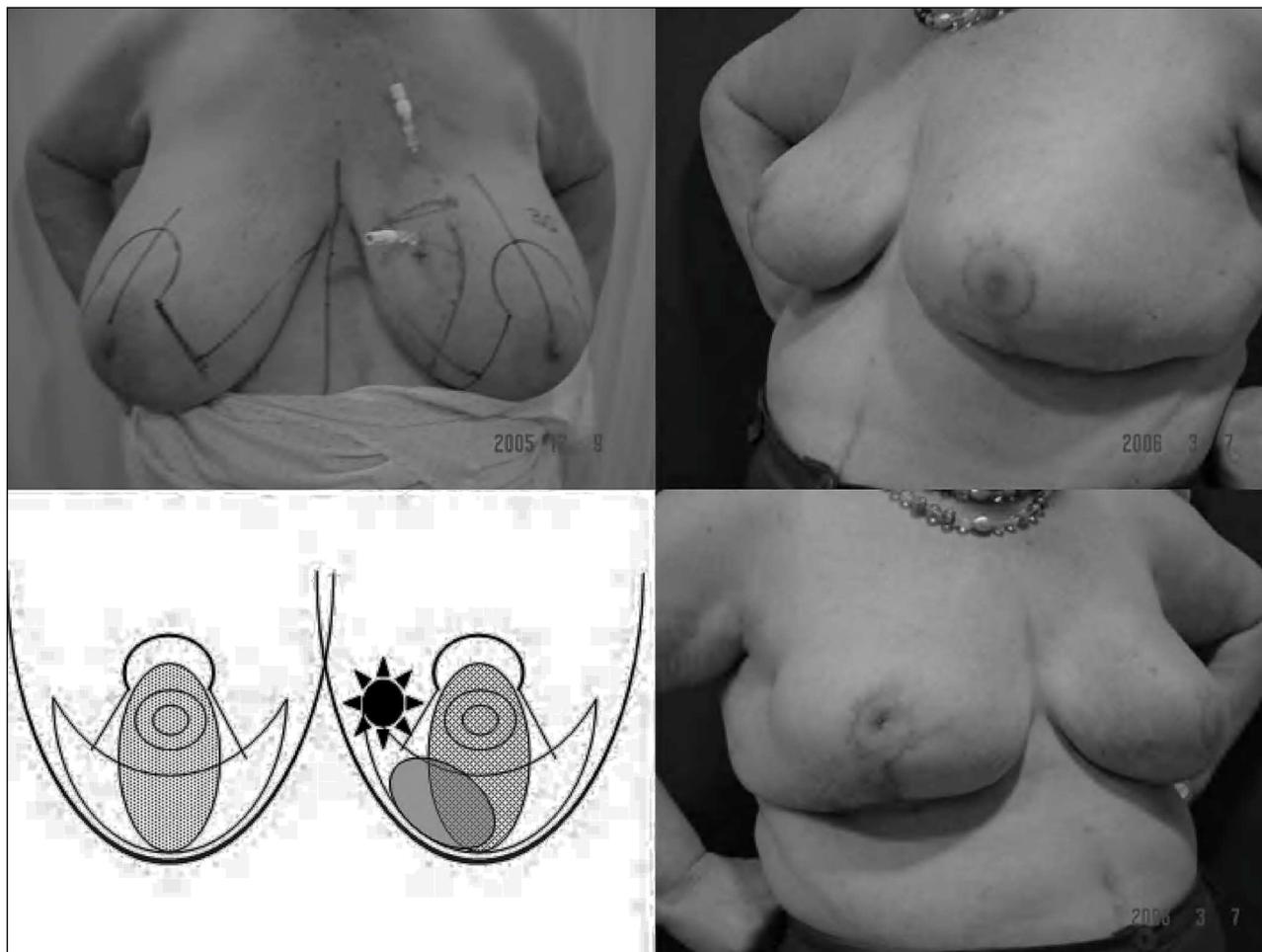


Fig. 3. Paciente con carcinoma intraductal extenso situado en los cuadrantes internos de la mama izquierda. En la parte derecha, diseño de la cirugía con patrón de Wise y dos arpones situados para guiar la resección del tumor. Esquema de la cirugía: mamoplastia oncoterapéutica con traslación del complejo areola-pezón mediante colgajo dermoglandular inferior; en la mama izquierda con una modificación, la extensión lateral interna del colgajo, que permite el relleno del defecto de volumen de los cuadrantes internos de la mama secundario a la extirpación de la lesión. A la izquierda, aspecto a los 3 meses de la cirugía.

La dificultad de la aplicación de la mmt y, en un aspecto más amplio, la cirugía oncoplastica es que dichas técnicas pertenecen al campo de la cirugía plástica, y los responsables del tratamiento oncológico del cáncer de mama no las manejan habitualmente. En nuestra opinión, este hecho es lo que dificulta, en mayor medida, la difusión de la cirugía oncoplastica. Un posible modo de solventar esta dificultad es la incorporación de las técnicas plásticas mamarias, en especial las de reducción mamaria y el colgajo dorsal ancho, a los servicios implicados en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama.

Bibliografía

1. Clough KB, Thomas SS, Fitoussi AD, Couturaud B, Reyat F, Falcou M-C. Reconstruction after conservative treatment for breast cancer: cosmetic sequelae classification revisited. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114:1743-53.
2. Spear SL, Burke JB, Forman D, Zuurbier RA, Berg CD. Experience with reduction mammoplasty following breast conservation surgery and radiation therapy. *Plast Reconstr Surg.* 1988;102:1913-6.
3. Shestak KC, Johnson RR, Greco RJ, Williams SL. Partial mastectomy and breast reduction as a valuable treatment option for patients with macromastia and carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet.* 1993;177:54-6.
4. McCulley SJ, Macmillan RD. Planning and use of therapeutic mammoplasty-Nottingham approach. *Br J Plast Surg.* 2005;58:889-901.
5. Newman LA, Keurer HM, McNeese MD, Hunt KK, Gurtner GC, Vlastos GS, et al. Reduction mammoplasty improves breast conservation therapy in patients with macromastia. *Am J Surg.* 2001;181:215-20.
6. Stolier A, Allen R, Linares L. Breast conservation therapy with concomitant breast reduction in large-breasted women. *Breast J.* 2003;4:269-71.
7. Chang E, Johnson N, Webber B, Booth J, Rahhal D, Gannett D, et al. Bilateral reduction mammoplasty in combination with lumpectomy for the treatment of breast cancer in patients with macromastia. *Am J Surg.* 2004;187:647-50.
8. Goffman TE, Scheneider H, Hay K, Elkin DE, Schnarrs RA, Carman C. Cosmesis with bilateral mmoreduction for conservative breast cancer treatment. *Breast J.* 2005;11:195-8.
9. Thornton BP, Stewart DH, McGrath PC, Pu LL. Breast reduction as an alterantive treatment option for early breast cancer in women with macromastia. *Ann Plast Surg.* 2006;56:26-30.
10. Tarone RE, Lipworth L, Young VL, McLaughlin JL. Breast reduction surgery and breast cancer risk: does reduction mammoplasty have a role in primary prevention strategies for women at high risk of breast cancer? *Plast Reconstr Surg.* 2004;113:2104-10.