

El proceso informativo sobre la indicación de la cirugía oncoplástica del cáncer de mama

Benigno Acea Nebriil

Servicio de Cirugía General A. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. Xubias de Arriba. A Coruña. España.

Resumen

La información que se proporciona a la paciente con cáncer de mama es fundamental a la hora de planificar y llevar a cabo las técnicas oncoplásticas, debido a su repercusión en la imagen corporal y a la potencial aparición de complicaciones específicas. Estas peculiaridades hacen necesario un intercambio de información con la paciente cuyo objetivo es la discusión sobre la técnica y las posibles complicaciones. Durante este intercambio de información es frecuente que surjan aspectos conflictivos relacionados con detalles específicos de la técnica, como la negativa de la paciente a la actuación complementaria en la mama sana para conseguir una simetría, con el compromiso del cirujano respecto a un buen resultado estético o con la incapacidad de la paciente para entender la técnica propuesta. Este artículo pretende abordar los contenidos de la información a la paciente con cáncer de mama durante la planificación de una técnica oncoplástica, así como identificar las situaciones conflictivas que puedan surgir, con el objetivo de dar respuestas alternativas.

Palabras clave: *Cáncer de mama. Cirugía. Oncoplastia. Ética. Consentimiento informado.*

PATIENT INFORMATION IN ONCOPLASTIC SURGERY FOR BREAST CANCER

The information given to patients with breast cancer is fundamental when planning and carrying out oncoplastic techniques due to their repercussions on the patient's body image, as well as the complications specific to each procedure.

These considerations require an exchange of information with the patient, the aim of which is to discuss the technique and its possible complications. During this exchange, conflicts concerning specific aspects of the technique may arise. Examples of these conflicts are the patient's refusal to allow surgery on the healthy breast to achieve symmetry –jeopardizing the surgeon's ability to achieve a good cosmetic result– and the patient's inability to understand the technique proposed.

This article aims to describe the information that should be given to patients with breast cancer during the planning stage of an oncoplastic technique, as well as to identify the conflicts that can arise and propose ways of resolving them.

Key words: *Breast neoplasms. Surgery. Oncoplastic surgery. Ethics. Informed consent.*

Introducción

Las técnicas oncoplásticas constituyen un grupo de técnicas quirúrgicas cuyo principal objetivo es mejorar la calidad estética de la mama conservada y disminuir la incidencia de la mastectomía¹⁻⁵. Para ello, el intercambio de información con la paciente para obtener su consentimiento es un elemento imprescindible en la clínica, ya que estas técnicas son diferentes de las técnicas convencionales para el tratamiento del cáncer de mama. En primer lugar, constituyen un grupo de técnicas quirúrgi-

cas no estandarizadas e innovadoras. Esta circunstancia hace que las técnicas oncoplásticas deban proponerse como una alternativa a la cirugía convencional (cuadrantectomía, mastectomía) en el contexto de unidades especializadas en patología mamaria⁶. En segundo lugar, nos encontramos ante un grupo de técnicas que comparten las mismas complicaciones que cualquier técnica quirúrgica realizada en la mama, pero que además pueden causar una serie de complicaciones específicas, de las que se debe informar a la paciente para conseguir su consentimiento⁷. Finalmente, las técnicas oncoplásticas modifican la imagen corporal de la mujer, una consecuencia que el cirujano contempla en un contexto oncológico para mejorar la respuesta psicológica ante la enfermedad, aunque en ciertas circunstancias pueden crear excesivas expectativas respecto al resultado estético por lo que debe llegarse a un compromiso respecto al resultado entre cirujano y paciente^{8,9}.

Correspondencia: Dr. B. Acea Nebriil.
Hospital Abente y Lago.
Sir John Moore, s/n. 15001. A Coruña. España.
Correo electrónico: homero@canalejo.org

Manuscrito recibido el 31-8-2006 y aceptado el 12-12-2006.

El objetivo de este artículo es abordar las características del proceso de intercambio de información entre el cirujano y la mujer con cáncer de mama que ha de ser sometida a una técnica oncológica, que permita identificar los aspectos conflictivos más frecuentes que puedan surgir, así como discutir soluciones alternativas.

El proceso informativo en las técnicas oncológicas

La mayoría de las mujeres son receptivas a una opción terapéutica conservadora tras el diagnóstico y la información de un carcinoma de mama, ya que este tipo de información es fácilmente comprensible, cualquiera que sea su nivel cultural. Por el contrario, la propuesta de una técnica oncológica exige un esfuerzo en el intercambio de información del cirujano con la paciente, con argumentos comprensibles, y también un esfuerzo para la mujer, que debe comprender un planteamiento técnico más complejo en una situación preocupante para su salud.

El proceso informativo de una técnica oncológica debe ser ordenado en sus contenidos y en su exposición durante su desarrollo (tabla 1). En líneas generales dicho proceso puede sistematizarse en los siguientes pasos:

Finalidad de la intervención quirúrgica

El primer punto informativo debe exponer los argumentos que, según el cirujano, justifican la opción oncológica frente a una opción quirúrgica conservadora estándar o una mastectomía. En los casos susceptibles de una cirugía conservadora, la principal argumentación a favor de una opción oncológica debe centrarse en la prevención de las deformidades y para ello, con la enferma sentada y con el torso descubierto, se le mostrarán los desplazamientos y deformidades tras la ablación quirúrgica. Debe hacerse constar, además, que la irradiación posterior incrementará la retracción y la deformidad local y que, para su prevención, pueden utilizarse técnicas que causan una modificación del contorno mamario y de la localización del complejo areola-pezones (CAP). En los casos en que la técnica oncológica es una alternativa a una mastectomía, la argumentación anteriormente descrita se asume en mejores condiciones, ya que proponemos una técnica conservadora frente a la mutilación. Es importante que la paciente entienda cuál es el principal beneficio de estas técnicas quirúrgicas, el control oncológico del proceso neoplásico, así como el beneficio secundario que supone la prevención de la deformidad mamaria por retracción con las técnicas conservadoras, o la prevención de una mastectomía. A las mujeres con mamas voluminosas y caídas se les informará del beneficio que, sobre la planificación y realización del tratamiento radioterápico, tendrá la reducción en el volumen mamario.

Asimismo debe advertirse a la mujer que la opción oncológica modificará su aspecto e imagen corporal, ya sea por la disminución del volumen mamario, la modificación en la forma del seno o la nueva localización del CAP. Si tras esta información la paciente aún tiene reticencias a la indicación, debe hacerse saber que cualquiera otra técnica quirúrgica en la mama causa algún tipo de altera-

TABLA 1. Contenidos del proceso informativo en la propuesta de una técnica oncológica

Finalidad de la intervención quirúrgica
Control oncológico del proceso
Prevención de deformidades y asimetrías
Disminución del impacto psicológico de la enfermedad
Mejora de la autoestima
Descripción de la técnica quirúrgica
Tipo de patrón
Actuación sobre la mama sana para conseguir la simetría
Utilización de colgajos musculocutáneos
Posibilidad de cirugía de rescate
Riesgos del acto operatorio
Riesgos frecuentes (hematoma, absceso)
Riesgos típicos en la región mamaria: alteraciones en la sensibilidad del CAP, necrosis del CAP, alteraciones en la lactancia, depleción transitoria del polo inferior, asimetrías, necrosis de tejidos, formación de cápsulas tras la utilización de implantes
Riesgos típicos en zonas donantes de colgajos: cicatriz en el área donante, asimetrías, defectos funcionales
Alternativas a las técnicas oncológicas
Cirugía conservadora estándar
Mastectomía

CAP: complejo areola-pezones.

ción en la imagen, no sólo la mastectomía, sino también las técnicas conservadoras.

Descripción de la técnica quirúrgica

En la descripción de la técnica quirúrgica es importante dar a conocer el tipo de patrón que se utilizará, así como las cicatrices que quedarán tras la curación de las heridas. Esta información debe transmitirse a la paciente, bien por medio de un dibujo realizado en la propia consulta o bien mediante iconografía correspondiente a casos previos. Cualquier mujer intervenida mediante una técnica oncológica bilateral debe comprender las razones que justifican la actuación en la mama sana y, por supuesto, consentirlo de forma explícita. Es éste un punto importante ya que la negativa a dicha actuación sobre la mama sana es la situación conflictiva más frecuente en la práctica clínica debido a que la mujer suele resistirse a que se le opere su mama "sana". En contra de lo que pudiera parecer, la mejor argumentación para obtener el consentimiento de la paciente respecto de la remodelación de la mama sana no son las razones estéticas, que en líneas generales producen rechazo en el momento que la paciente es diagnosticada del cáncer de mama, sino las de orden práctico para igualar el volumen de ambas mamas y evitar incomodidades a la hora de ajustar el sujetador. Finalmente, en las técnicas que precisen la utilización de colgajos musculares y/o implantes, debe avanzarse información referente a la localización de la zona donante.

Una de las experiencias más desagradables tras la realización de una técnica oncológica, tanto para la paciente como para el cirujano, es la necesidad de una reintervención para llevar a cabo el rescate de un borde afectado y, sin duda, el peor de los escenarios es la necesidad de una mastectomía tras una laboriosa mamoplastia. Esta posibilidad debe comentarse con la paciente, especial-

mente en los casos de tumores con abundante componente ductal in situ o bien por la aparición de un carcinoma lobulillar en el estudio diagnóstico preoperatorio.

Riesgos del acto operatorio

La información referente a las complicaciones de la técnica oncológica es un hecho de gran trascendencia en el contexto de la responsabilidad profesional, ya que la falta de información se establece como la principal argumentación en las demandas y reclamaciones de las enfermas. Las complicaciones postoperatorias deben constar en un documento de consentimiento informado específico para el procedimiento oncológico, ya que hay complicaciones típicas que no se presentan con otras técnicas quirúrgicas para el cáncer de mama (hemorragia, hematoma, infección, etc.). Estas complicaciones propias de las técnicas oncológicas hay que comentarlas con la mujer según su probabilidad para cada tipo de patrón y, en líneas generales, pueden resumirse en las siguientes:

– Alteraciones en la sensibilidad del CAP. En la mayoría de los casos esta complicación es transitoria y más frecuente en los patrones verticales, especialmente en las técnicas que emplean un pedículo inferior.

– Necrosis del CAP. Constituye la complicación más importante durante el curso postoperatorio debido a su repercusión en la imagen corporal de la mujer. Las pacientes sometidas a una mamoplastia vertical deben ser informadas de esta complicación, de su frecuencia (del 5-10%) y de los factores que pueden incrementar su aparición, especialmente en los tumores cercanos al CAP que pueden precisar una ampliación retroareolar. Esta complicación es especialmente importante durante la curva de aprendizaje del cirujano ya que son los primeros casos en donde se concentra la mayoría de las necrosis del CAP. Un aspecto a destacar es la necesidad de informar a la mujer que el riesgo de necrosis es igual para ambas mamas, también para la mama sana intervenida, ya que en la experiencia del autor se ha evidenciado que las enfermas toleran peor esta complicación en su mama "sana" que en la mama enferma.

– Alteraciones en la lactancia. La mayor utilización de estas técnicas en mujeres jóvenes, junto con el retraso en la concepción del primer hijo, incrementa la probabilidad de embarazos tras la cirugía en este grupo de pacientes y obliga a informar sobre los efectos de este tipo de cirugía y la radioterapia posterior en la lactancia. Este problema es especialmente importante en mujeres jóvenes diagnosticadas de un carcinoma ductal in situ que recibirán radioterapia en la mama enferma, pero que no se las tratará con citostáticos ni hormonoterapia. También es importante informar de esta complicación a las mujeres sometidas a una mamoplastia vertical de pedículo inferior en donde el CAP queda desconectado de la mayoría de los lóbulos mamarios. Este pequeño grupo de pacientes con carcinoma in situ que quedan embarazadas tras su tratamiento quirúrgico y radioterapia han experimentado durante la gestación una falta de desarrollo de la mama tratada que ha imposibilitado la lactancia durante el puerperio, una cir-

cunstancia que debe constar en el proceso de intercambio de información con este grupo de mujeres.

– Depleción transitoria del polo inferior. Durante el período postoperatorio inmediato de una mamoplastia vertical es típica la depleción del polo inferior debido a que es precisamente en esta localización donde se produce la mayor extirpación de tejido. A partir de la tercera-cuarta semana se produce el descenso paulatino de la glándula hacia el polo inferior, que origina una nueva caída del pecho. Esta información debe transmitirse a la paciente durante las primeras curas postoperatorias con el fin de disminuir su preocupación tras observar la elevación excesiva del CAP y la falta de volumen en el polo inferior mamario.

– Asimetría mamaria. La asimetría es un hecho seguro, en mayor o menor grado, tras la realización de una técnica oncológica conservadora debido a la acción de los tratamientos adyuvantes que condicionan fijación y reducción de la mama tratada y aumento y descenso de la contralateral. Por ello, es importante que la paciente sea consciente de esta posibilidad y la acepte explícitamente en el documento de consentimiento informado.

– Cicatrices de los patrones. Un aspecto importante en el proceso de intercambio de información con estas pacientes es la discusión sobre las cicatrices resultantes de las incisiones y para ello suele ser útil el empleo de un dibujo en donde puedan identificarse cada una de las incisiones que se prevean para la intervención. También es de gran utilidad el empleo de iconografía que pueda ilustrar el patrón y resultado final en otros casos intervenidos previamente, una opción cada vez más accesible con los medios informáticos actuales.

– Necrosis de tejidos. Las pacientes intervenidas, mediante un colgajo musculocutáneo para una reconstrucción parcial o total de mama, deben ser informadas de la posibilidad de necrosis parcial o total y de las consecuencias de dicha complicación.

– Formación de cápsulas tras la utilización de implantes. La aparición de retracción capsular tras la utilización de prótesis es una información importante debido a su repercusión en el resultado final y la necesidad de retoques.

– Riesgos típicos en las zonas donantes de colgajos. El manejo de colgajos musculocutáneos de dorsal ancho o recto anterior del abdomen exige una información específica sobre las cicatrices resultantes de su movilización, su repercusión en el contorno anatómico local, así como las consecuencias funcionales derivadas de su utilización.

– Alternativas al procedimiento oncológico. Finalmente, la paciente será informada de las alternativas a un procedimiento oncológico y que en la mayoría de las ocasiones consistirán en una técnica conservadora estándar o una mastectomía.

Conflictos durante el proceso informativo

La paciente se niega a la remodelación de la mama sana

La negativa a una cirugía contralateral es el conflicto más frecuente durante la propuesta de una técnica onco-

plástica conservadora porque la mayoría de las mujeres no aceptan, inicialmente, una intervención en la mama sana al no percibir su beneficio. No obstante, aunque la mayoría de estas pacientes aceptarán y entenderán su necesidad cuando el cirujano les informe de las razones que aconsejan su realización, es importante descartar en este momento a aquellas que no se encuentren realmente convencidas de su realización, ya que si se producen complicaciones en la mama contralateral, éstas serán mal aceptadas por la paciente e incrementarán significativamente el conflicto con el cirujano. Existen dos grupos de particular interés para la discusión de la remodelación de la mama sana con el objetivo de obtener la simetría con la mama enferma intervenida. El primero se centra en las mujeres afeadas que, en líneas generales, rechazan cualquier intento de actuación en la mama contralateral y ante lo cual no cabe insistencia. El segundo grupo de interés lo constituyen las mujeres jóvenes, especialmente las menores de 40 años, y en que el problema es justo el contrario, la mayoría reclamará la remodelación de la mama sana como parte integral del tratamiento quirúrgico oncoplástico. En estas circunstancias es importante dejar claro a la paciente que la intervención quirúrgica en la mama sana forma parte del tratamiento oncológico; hay que explicar las complicaciones propias de la técnica también para esa mama, y rechazar cualquier compromiso de resultado, tanto en la forma mamaria como en la obtención de la simetría.

Negativa a la técnica oncoplástica

En ocasiones, la propuesta del cirujano a favor de una opción oncoplástica no coincide con la perspectiva vital de la mujer ya que ésta prefiere una técnica conservadora estándar o incluso una mastectomía. La falta de convicción de la paciente para decantarse hacia una técnica oncoplástica debe considerarse un criterio absoluto de exclusión y en estos casos se optará por las técnicas convencionales para el tratamiento del cáncer de mama. No obstante, el cirujano debe indagar en las razones que llevan al rechazo de una alternativa oncoplástica con el fin de descartar la existencia de coacciones. Lo primero que debemos comprobar es que el proceso informativo haya sido claro y coherente para descartar que la negativa de la mujer se deba a una información anárquica y atropellada en uno de los peores momentos de su vida. Esta circunstancia es importante porque en la mayoría de las ocasiones el proceso informativo de la técnica oncoplástica se inicia pocos minutos después de que la paciente sepa que tiene un cáncer de mama, lo que condiciona que algunas no se encuentren en buenas condiciones para percibir una avalancha informativa referente a técnicas quirúrgicas complejas. En estas condiciones es preferible posponer esta información a otro momento, una vez superada la fase emocional, con el fin de que la mujer se encuentre en mejores condiciones para la percepción de nuestras explicaciones.

En otras ocasiones, la mujer presenta un sentimiento de culpabilidad cuando tiene que decidir a favor de unas técnicas que mejorarán su imagen corporal. En general, se trata de mujeres con responsabilidades familiares y la

noticia de su enfermedad ha ocasionado un enorme impacto entre los miembros de su núcleo familiar, que ocasiona una situación de preocupación y acompañamiento a la enferma. En estas circunstancias, la mujer se encuentra amparada en un grupo de allegados que, sin duda, constituyen un apoyo importante en esta situación preocupante para su salud, pero que pueden influir en su decisión técnica, al verse incapaz de optar por una técnica oncoplástica delante de personas que se encuentran desoladas por el diagnóstico. Si el cirujano percibe esta situación, debe facilitar a la mujer su decisión mediante la explicación a los acompañantes de los beneficios de la opción oncoplástica, y centrar la argumentación en los beneficios oncológicos y psicológicos.

Finalmente, algunos comentarios del acompañante pueden ser coactivos para la toma de decisión de la paciente. Esta situación es frecuente en acompañantes, generalmente maridos, que no han asimilado el diagnóstico y que recomiendan a la paciente una técnica "segura" y sin implicaciones "estéticas", generalmente hacia una mastectomía, con el fin de disminuir su propia ansiedad y angustia. En estas circunstancias el cirujano debe aliarse con la paciente, sin enfrentarse al acompañante, y usar argumentos que apoyen el control oncológico y sus beneficios a medio y largo plazo. En la mayoría de las ocasiones es necesaria una nueva entrevista con la paciente sin la presencia del acompañante, excepto cuando la propia paciente resuelva unilateralmente el desacuerdo con su acompañante.

Exigencia de un compromiso de resultado

A medida que un cirujano obtiene experiencia en técnicas oncoplásticas es más frecuente que acudan a él mujeres diagnosticadas de un carcinoma mamario que quieren optar a este tipo de procedimientos, ya sea para evitar una mastectomía o para prevenir deformidades y mejorar su aspecto estético. Se trata, generalmente, de mujeres jóvenes, con responsabilidades profesionales y un nivel cultural medio-alto en las que la fase emocional tras el diagnóstico se intenta aliviar con la esperanza de una mínima repercusión en la imagen corporal; en ocasiones centrando más el interés en el resultado estético final que en el resultado oncológico. Habitualmente el proceso informativo es fluido por el buen grado de entendimiento de la mujer y en éste se debe insistir específicamente en los contenidos oncológicos, y evitar la vanalización del procedimiento y sus complicaciones. La exigencia explícita al cirujano de un resultado estético por parte de la enferma debe considerarse un criterio absoluto de exclusión para la realización de una técnica oncoplástica y, de no llegarse a un entendimiento con la paciente, deberá proponerse una técnica estándar o remitirse a otro profesional.

Incapacidad de la paciente para la comprensión de la técnica

La falta de comprensión de la mujer para entender una técnica oncoplástica debe considerarse un criterio de ex-

clusión. A este grupo pertenecen muchas pacientes ancianas, mujeres con bajo nivel cultural o con trastornos psiquiátricos en quienes una técnica estándar debe considerarse su mejor opción quirúrgica. No obstante, en algunas de estas pacientes puede indicarse un patrón de oncoplastia conservadora con el fin de conseguir una conservación mamaria sin grandes deformidades y facilitar la radioterapia. Con este criterio podrían realizarse mamoplastias horizontales, laterales o verticales de rama única en mujeres añosas en que se prevea la irradiación posterior de la mama. En caso de no indicarse radioterapia, la planificación de una tumorectomía o cuadrantectomía, asumiendo una deformidad moderada, puede ser la mejor opción en este grupo de pacientes.

Como conclusión final, las técnicas oncoplásticas, al combinar la cirugía oncológica con la cirugía plástica, permiten mejorar la calidad del tratamiento conservador en la mujer con cáncer de mama y disminuir la incidencia de mastectomías. No obstante, es necesario que el cirujano con una especial dedicación al tratamiento del cáncer de mama garantice un adecuado proceso de información y consentimiento informado, debido al impacto de estas técnicas en la imagen corporal de la mujer y a la potencial aparición de complicaciones propias.

Bibliografía

1. Acea Nebril B. Cirugía oncoplástica conservadora en el cáncer de mama. Indicaciones y límites en su aplicación quirúrgica. *Cir Esp.* 2005;78:12-8.
2. Masetti R, Di Leone A, Franceschini G, Magno S, Terribile D, Fabbri M, et al. Oncoplastic techniques in the conservative surgical treatment of breast cancer: an overview. *Breast J.* 2006;12 Suppl 2:S147-80.
3. Schoeller T, Huemer G. Immediate reconstruction of the nipple/areola complex in oncoplastic surgery after central quadrantectomy. *Ann Plast Surg.* 2006;57:611-5.
4. Clough K, Lewis J, Couturaud B, Fitoussi A, Nos C, Falcout M. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg.* 2003;237:26-34.
5. Anderson B, Masetti R, Silverstein M. Oncoplastic approaches to partial mastectomy: an overview of volume-displacement techniques. *Lancet Oncol.* 2005;6:145-57.
6. Querci dell Rovere G. Breast reconstruction and the specialist breast surgeon. En: Querci dell Rovere G, Benson R, Breach N, Nava M, editores. *Oncoplastic and reconstructive surgery of the breast.* London: Taylor & Francis; 2004.
7. Acea Nebril B. El consentimiento informado en el enfermo quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes. *Cir Esp.* 2005;77:321-6.
8. Galán Cortés JC. Responsabilidad médica y consentimiento informado. Madrid: Civitas Ediciones; 2001.
9. Sánchez Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002 de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas. Granada: Editorial Comares; 2003.