



ORIGINAL

Mastectomía profiláctica contralateral, con técnica ahorradora de piel y del complejo aréola-pezones, como tratamiento oncológico y estético



C. Casale^{a,*}, J.J. Sánchez Peraza^a, L. Almeida Valverde^b, A. Tébar Díaz^a
y B. González Delgado^a

^a Departamento de Cirugía Plástica, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

Recibido el 8 de mayo de 2013; aceptado el 26 de agosto de 2013

Disponible en Internet el 5 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

Reconstrucción
mamaria;
Cáncer de mama;
Mastectomía;
Mastectomía
contralateral;
Mastectomía
ahorradora de piel;
Mastectomía
ahorradora del
complejo
aréola-pezones

KEYWORDS

Breast
reconstruction;
Breast cancer;
Mastectomy;
Contralateral
mastectomy;

Resumen La mastectomía profiláctica contralateral (MPC) en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama es un procedimiento quirúrgico que permite obtener un mejor resultado estético y un pronóstico oncológico más favorable, al prevenir el desarrollo contralateral del cáncer.

Presentamos nuestra experiencia en 38 casos de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que fueron operadas de mastectomía y reconstrucción inmediata en 2 tiempos mediante expansor tisular/implante. Estas pacientes optaron por una MPC en el segundo tiempo del proceso reconstructivo por motivos psicológicos u oncológicos. Realizamos una técnica ahorradora de piel y del complejo aréola-pezones, que ofrece un resultado natural de la mama una vez reconstruida y, por tanto, un alto nivel de satisfacción de la paciente.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Contralateral prophylactic mastectomy with a skin-sparing, nipple-sparing technique as an oncological and esthetic procedure

Abstract Contralateral prophylactic mastectomy (CPM) in women with a diagnosis of breast cancer improves the esthetic outcome and oncological prognosis because it reduces the risk of developing contralateral breast cancer.

We report our experience of 38 women with a diagnosis of breast cancer who underwent mastectomy and immediate two-stage tissue expander / implant reconstruction. These patients opted for a CPM in the second stage of their reconstructive process due to psychological or

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drcasale@hotmail.es (C. Casale).

Skin sparing
mastectomy;
Nipple-areolar
complex sparing
mastectomy

oncological reasons. We performed a skin-sparing, nipple-sparing technique that offers a natural result and consequently a high level of patient satisfaction.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Aunque no sea posible obtener un medidor preciso del riesgo relativo para el cáncer mamario, existe una clara evidencia de que se puede determinar el riesgo individual con test genéticos, la historia familiar, la historia personal y los factores epidemiológicos¹.

El 2-11% de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama desarrollará un cáncer en la mama contralateral a lo largo de su vida. En este sentido, las mujeres con cáncer mamario tienen un riesgo de 2 a 6 veces mayor de desarrollar otro primario contralateral, en comparación con el riesgo de la población femenina general².

Algunos estudios demuestran que la mastectomía profiláctica contralateral (MPC) reduce la incidencia del cáncer mamario contralateral, aunque no existe consenso acerca de la mejora del pronóstico a largo plazo³.

Por otro lado, la mastectomía ahorradora de piel (MAP) es la que conserva la máxima cantidad de tejido cutáneo y el surco submamario; facilita la reconstrucción inmediata y consigue mejor simetría, un aspecto natural de la mama y mayor satisfacción de la paciente. En múltiples estudios se compara la mastectomía estándar con la MAP y parece que es oncológicamente segura en tumores invasivos (T1-T2), multicéntricos, carcinomas ductales in situ o para reducción de riesgo, estando contraindicada únicamente en tumores inflamatorios o con amplia afectación de la piel. Asimismo, la MAP con conservación del complejo aréola-pezones también parece oncológicamente segura en tumores alejados del pezón y con tejido retroaréolar libre de tumor⁴.

La MPC resulta motivo de controversia debido a que muchos autores consideran que operar la mama contralateral supone un gasto innecesario, un aumento de las posibles complicaciones posquirúrgicas y un peor resultado estético.

En nuestra experiencia de 38 casos consecutivos hay evidencia de que la MPC representa en ciertas condiciones no

solo una técnica útil para la prevención, sino también la mejor técnica para conseguir un buen resultado estético.

Material y métodos

Desde 2010 hasta hoy hemos incluido en nuestro estudio a todas las pacientes con cáncer mamario y reconstrucción mamaria inmediata con expansor que deseaban, por motivos psicológicos y oncológicos, una MPC (n = 38).

Todas las pacientes han sido intervenidas en 2 tiempos quirúrgicos. En el primer tiempo, se ha colocado el expansor en un bolsillo submuscular tras la mastectomía (figs. 1a-3a) y, en el segundo, se ha recambiado el expansor por un implante y se ha ejecutado una MPC con implante mamario subpectoral (figs. 1b-3c). La MPC ha sido realizada en 21 casos por cicatriz periareolar y vertical, en 9 casos solo periareolar, en 7 casos en T-invertida y en un caso por incisión horizontal.

De los procedimientos quirúrgicos realizados, se han revisado los tiempos quirúrgicos, las complicaciones y la satisfacción del resultado estético de las pacientes a los 6 meses, clasificándolos como poco satisfactorio, satisfactorio o muy satisfactorio.

Resultados y conclusiones

Los tiempos quirúrgicos medios han sido de 30 min para la inserción del expansor submuscular y de 2,5 h para efectuar el recambio y realizar la mastectomía más prótesis.

De los 38 casos de MPC con MAP, un total de 8 pacientes sufrió algún tipo de complicación posoperatoria. Concretamente, se presentaron 2 necrosis del complejo aréola-pezones, 3 seromas, 2 hematomas y una infección. En este sentido, las 2 necrosis del CAP se trataron durante 2 meses con desbridamiento y cura locales con completa reepitelización y pérdida del pezón; los 3 seromas se resolvieron



Figuras 1a;2a;3a Pacientes tras mastectomía y reconstrucción con expansor.



Figuras 1b-c; 2b-c; 3b-c Pacientes tras recambio de expansor con prótesis y mastectomía subcutánea lateral y reconstrucción con prótesis.

tras un mes de drenaje in situ y antibiótico; los 2 hematomas se vaciaron en la primera consulta posoperatoria sin dejar secuelas; la infección se resolvió retirando el implante y volviéndolo a reponer tras 6 meses.

Es importante señalar que todas las pacientes fumadoras que no habían dejado el hábito del tabaco al menos un mes antes sufrieron alguna complicación (las 2 necrosis del CAP y 2 seromas).

En lo que refiere al resultado estético, los datos recogidos arrojan una valoración positiva por parte de las pacientes en 30 de los 38 casos, habiendo sido calificados como «muy satisfactorio» por 20 pacientes y como «satisfactorio», por 10. En los 8 casos restantes, las pacientes dieron una valoración de «poco satisfactorio», sin embargo, es importante señalar que 6 de ellos sufrieron complicaciones posquirúrgicas y, aunque objetivamente el resultado estético final no era malo, es posible que dichas complicaciones hayan influido en la valoración final.

De manera general, con los resultados obtenidos valorados objetivamente por el equipo médico y según el propio criterio de la paciente, la realización de la mastectomía profiláctica contralateral con MAP representa un procedimiento quirúrgico idóneo para obtener un mejor resultado estético en pacientes reconstruidas (figs. 3a, 3b y 3c), al tiempo que disminuyen las probabilidades de sufrir otro cáncer de mama primario por la extirpación de la glándula contralateral.

Por otro lado, desde el punto de vista económico, es de interés considerar que en pacientes con cáncer de mama menores de 70 años la mastectomía profiláctica contralateral tiene una relación coste-efectividad mejor, en comparación con los protocolos de control de la mama contralateral, y el eventual tratamiento⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Feuer EJ, Wun LM, Boring CC, Flanders WD, Timmel MJ, Tong T. The lifetime risk of developing breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85:892.
2. Chen Y, Thompson W, Semenciw R, Mao Y. Epidemiology of contralateral breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1999;8:855.
3. Lostumbo L, Carbine NE, Wallace J. Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;11:CD002748.
4. Ramos Boyero M. Skin-Sparing Mastectomy: An alternative to conventional mastectomy in breast cancer. *Cirugía Española.* 2008;84:181-7.
5. Zendejas B, Moriarty JP, O'Byrne J, Degnim AC, Farley DR, Boughey JC. Cost-effectiveness of contralateral prophylactic mastectomy versus routine surveillance in patients with unilateral breast cancer. *J Clin Oncol.* 2011;29:2993-3000.