



Mastectomía con preservación de piel

MAURICIO TAWIL MORENO, LILIAN TORREGROSA ALMONACID, ERICK ESPITIA SIERRA

Palabras clave: cáncer de seno, reconstrucción de seno, cirugía conservadora de seno, mastectomía subcutánea.

Resumen

La técnica de mastectomía con preservación de piel se ha convertido en el procedimiento de elección para pacientes con diagnóstico de cáncer de seno temprano, lo que permite minimizar el sacrificio de piel no comprometida por tumor, con lo cual se obtienen resultados estéticos muy favorables al facilitar la reconstrucción inmediata del seno.

Es un procedimiento oncológicamente seguro que no aumenta los riesgos de recurrencia loco-regional ni interfiere con la terapia adyuvante postoperatoria (radiación o quimioterapia).

Introducción

La mastectomía con preservación de piel (MPP) es un procedimiento quirúrgico reciente, que apareció en la

* Profesor Titular Departamento de Cirugía, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

** Instructor Departamento de Cirugía, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

*** Residente II año Cirugía General, Departamento de Cirugía, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Fecha de recibo: Noviembre 29 de 2002
Fecha de aprobación: Febrero 25 de 2003

literatura médica en 1991 debido a la preocupación de Toth y Lapperth por los resultados estéticos de la cirugía oncológica en cáncer de seno⁽²⁴⁾. Además, hay referencias anteriores: ver lecciones de cirugía, pág. 393.

Su implementación ha sido paralela a la evolución del concepto de que la recurrencia local en cáncer mamario se encuentra determinada por las características biológicas del tumor primario y su estadio y no por el tipo de procedimiento quirúrgico que se realice⁽⁶⁾.

La MPP se encuentra indicada en pacientes en quienes se va a realizar reconstrucción inmediata. Se consideran candidatas para la realización del procedimiento aquellas con diagnóstico histológico de cáncer de seno cuya clasificación se encuentre entre T1 y T2 de acuerdo al American Joint Committee on Cancer (AJCC).^(2,3,4,5,6)

Clasificación

Los diferentes abordajes para este procedimiento, dieron origen a la clasificación de la Mastectomía con Preservación de Piel que se muestra en la tabla 1 y figura 1.

La reconstrucción en estas pacientes se realiza mediante la utilización de dos técnicas, la primera con implantes de silicona o solución salina y la segunda con utilización de tejido autógeno, siendo este último el más utilizado.

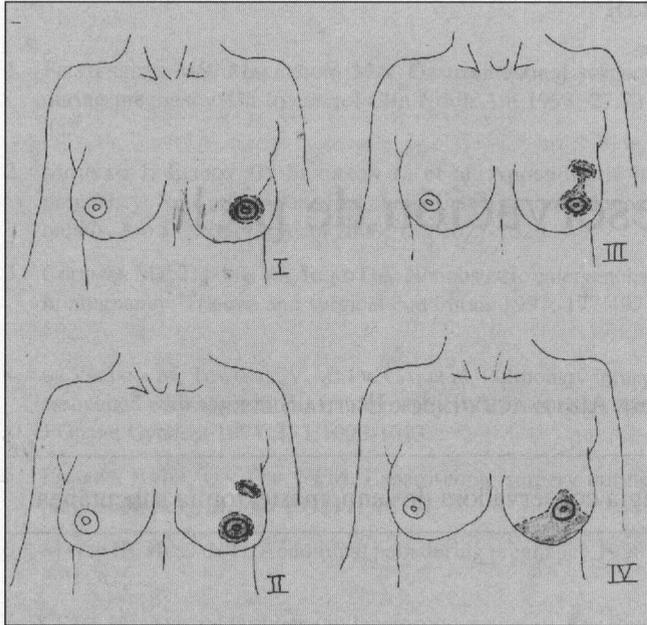


FIGURA 1. Clasificación de la mastectomía con preservación de piel.

TABLA 1

Tipo	Clasificación
I	Remoción del complejo areola pezón (A-P) únicamente.
II	Remoción del complejo areola pezón más el sitio de la incisión de biopsia previa por separado.
III	Remoción del complejo areola pezón, más el sitio de incisión previa de biopsia previa en la misma incisión.
IV	El complejo areola 'pezón se remueve por medio de una incisión invertida con patrón de reducción mamaria.

Descripción de la técnica

Previo al procedimiento quirúrgico con la paciente de pie, se realiza el delineamiento periareolar de la incisión.

Posterior a esto y una vez la paciente se encuentre anestesiada, se pone en posición de decúbito supino, con extensión completa de ambos miembros superiores. Si se planea la realización de reconstrucción inmediata con colgajo tipo TRAM, se debe realizar la preparación adicional del abdomen.

La incisión se realiza justamente en la periferia del complejo pezón areola y en caso de tener una cicatriz

de biopsia previa es necesario reseca la piel que rodea la misma, figura 2.



FIGURA 2. Planeación de la cirugía.

Posterior a la incisión se da inicio al tallado de los colgajos de piel cuyo grosor se encuentra determinado por el tipo de paciente (obesa, delgada), permitiendo así continuar con la disección de la glándula mamaria en sentido circunferencial, incluyendo la fascia del músculo pectoral mayor, hasta la clavícula como límite superior, el músculo recto abdominal como límite inferior, el esternón como medial y a nivel lateral se extiende hasta la disección del vaciamiento axilar, figura 3. En algunos casos es necesario realizar una nueva incisión a nivel axilar para completar la disección y el vaciamiento ganglionar, figura 4.

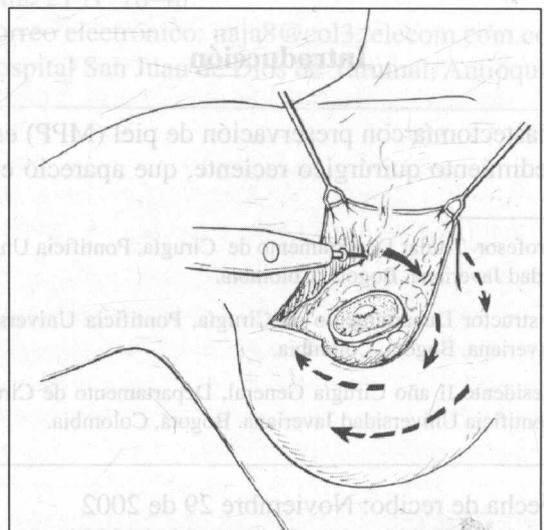


FIGURA 3. Colgajos.

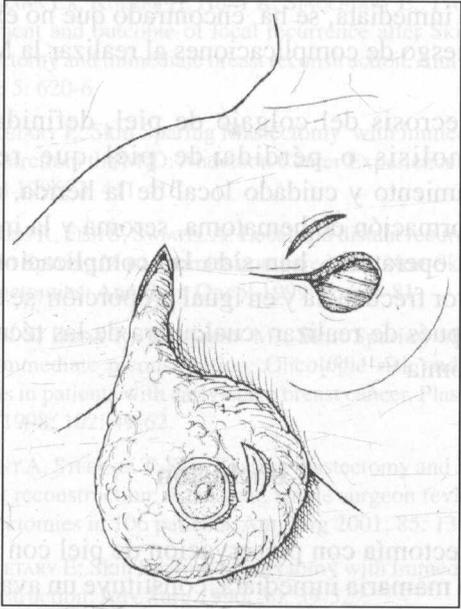


FIGURA 4. Incisión axilar y extracción de la pieza quirúrgica.

Una vez se finaliza la disección axilar, el espécimen es retirado en bloque, figura 5.

Se da inicio a la reconstrucción del seno mediante la utilización de colgajo tipo TRAM, de dorsal ancho, expansores, o prótesis mamarias (1, 12).

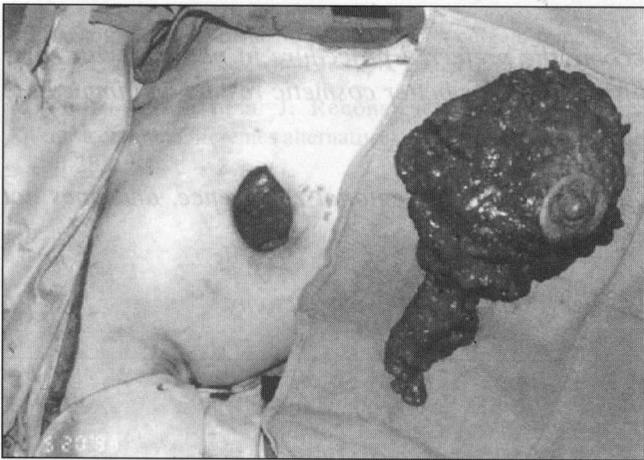


FIGURA 5. Pieza quirúrgica.

Reconstrucción mamaria inmediata

El momento de la reconstrucción ha sido de gran controversia debido a la idea de que la reconstrucción inmediata puede "enmascarar" o dificultar la detección

de una recidiva tumoral. Sin embargo no se ha encontrado diferencia en las tasas de recurrencia locorregional entre pacientes reconstruidas y sin reconstrucción, por lo que la reconstrucción inmediata constituye el estándar de manejo actual de las pacientes mastectomizadas que desean el reestablecimiento de su anatomía mamaria. (13,14,15,16,17).

La reconstrucción inmediata tiene las ventajas de realizarse durante una misma hospitalización y tiempo quirúrgico, lo cual disminuye los costos totales de atención (13).

Si la reconstrucción es precedida por una MPP se suman las ventajas en cuanto al resultado estético, que se deben a dos factores: al preservar la mayor cantidad de piel nativa se mantiene la coloración y textura características del seno, y al preservar el pliegue inframamario se logra un mejor manejo de la ptosis, simetría y proyección mamaria, junto con una disminución importante en el tamaño y longitud de la cicatriz (2, 10, 11, 21, 22, 23), figura 6.

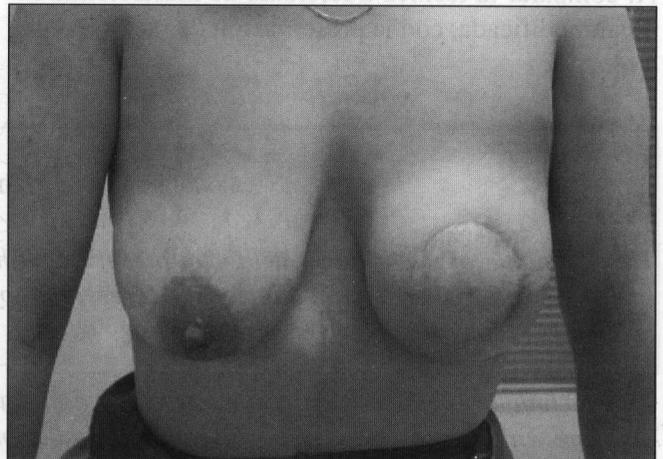


FIGURA 6. Resultado estético (antes de la reconstrucción del complejo areola-pezones).

Es fundamental resaltar que el resultado estético depende de varios factores: la cantidad de piel que se preserva, la cantidad de glándula que se reseca, la presencia de cicatrices y procedimientos previos y en forma muy importante la habilidad del grupo quirúrgico que la realiza (2, 6, 13).

El impacto psicológico y social de la reconstrucción es menor en las pacientes llevadas a reconstrucción inmediata al compararlas con la reconstrucción tardía

como lo muestran los estudios de Noone, Wellisch y Dean (18, 19, 20).

¿La mastectomía con preservación de piel es oncológicamente segura?

Los estudios que comparan mastectomía radical modificada (MRM) con MPP no han mostrado diferencias significativas en la recurrencia locoregional a medio plazo (2, 4, 6, 7, 8, 9).

El grupo de la Universidad de Emory encontró una recurrencia de 4,8% en seguimiento a 4 años (comparado con 9,5% en la MRM) (2) y el grupo del MD Anderson Cancer Center una recurrencia de 7% a 6 años (comparado con 7,5% en la MRM) (4).

Complicaciones del procedimiento

Al comparar la técnica tradicional de mastectomía radical modificada, con la preservación de piel y recons-

trucción inmediata, se ha encontrado que no existe un mayor riesgo de complicaciones al realizar la MPP.

La necrosis del colgajo de piel, definida como epidermolisis o pérdida de piel que requiere desbridamiento y cuidado local de la herida, al igual que la formación de hematoma, seroma y la infección del sitio operatorio, han sido las complicaciones que con mayor frecuencia y en igual proporción se encuentran después de realizar cualquiera de las técnicas de mastectomía (2, 11, 12).

Conclusión

La mastectomía con preservación de piel con reconstrucción mamaria inmediata, constituye un avance importante en el tratamiento del cáncer de seno, en el que se obtiene seguridad oncológica, adecuados resultados estéticos y un menor trauma emocional para la paciente.

Abstract

The technique of mastectomy with skin preservation has become the preferred procedure in patients with early breast cancer. The technique allows the preservation of unaffected skin for better cosmetic results and immediate mammary reconstruction.

This technique is oncologically secure, is not associated with increased locoregional recurrence, and does not interfere with postoperative adjuvant therapy (radiation or chemotherapy).

Key words: breast cancer, mammoplasty, breast conserving surgery, subcutaneous mastectomy.

Referencias

1. CARLSON G.: Skin Sparing Mastectomy: Anatomic and technical considerations. Am Surg 1996; 62: 151-155.
2. CARLSON G, BOSTWIK J, TONCRED M: Skin Sparing Mastectomy: Oncologic and reconstructive considerations. Ann Surg 1995; 225: 570-585.
3. KROLL S, SCHUSTERMAN M, TADJALLI H, SINGLETARY E: Risk of recurrence after treatment of early breast cancer with skin-sparing mastectomy. Ann Sur Oncol 1997; 4: 193-197.
4. STEPHEN S, SINGLETARY E, KHOO A: Local recurrence risk after skin sparing and conventional mastectomy: a 6 year follow up. Plast Reconstr Surg 1998; 104: 421-425.

5. NEWMANN LA, KUERER H, HUNT K, SINGLETARY E.: Presentation, treatment and outcome of local recurrence after Skin Sparing Mastectomy and immediate breast reconstruction. *Ann Sur Oncol* 1998; 5: 620-6.
6. SINGLETARY E: Skin Sparing Mastectomy with immediate breast reconstruction: the M:D: Anderson Center Experience. *Ann Surg Oncol* 1996; 3: 411-416.
7. SIMMONS R, FISH S, SWIATEL A: Local and distant recurrence rates in Skin Sparing Mastectomies compared with Non-Skin Sparing Mastectomies: *Ann Surg Oncol* 1999; 6: 676-81.
8. SLAVIN S, DUDA RB HOULIBAN MJ: Skin Sparing Mastectomy and immediate reconstruction: Oncologic risk and aesthetic results in patients with early-stage breast cancer. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 49-62.
9. BRYANT A, STEFANIA T: Skin Sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: A ten year, single surgeon review of 146 mastectomies in 106 patients. *Am Surg* 2001; 85: 135-50.
10. SINGLETARY E: Skin Sparing Mastectomy with immediate breast reconstruction. *Adv Surg* 1996; 30: 39-52.
11. BRYANT A, CALABRIA R: Retrospective study of skin sparing mastectomy in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 77-84.
12. HIDALGO D: Aesthetic refinement in breast reconstruction: complete skin sparing mastectomy with autogenous tissue transfer. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 63-70.
13. SINGLETARY E: Skin Sparing Mastectomy and immediate breast reconstruction. *Med Wom Health J* 1996; 1-8.
14. CALDERÓN W, GÓMEZ S: Reconstrucción mamaria inmediata post mastectomía por cáncer con tejido autólogo. *Rev Chil Cir* 1997; 49: 552-7.
15. PAREDES H: Reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo de recto anterior. *Rev Chil Cir* 1998; 50: 22-7.
16. VUOTO H, URUBURU J: Reconstrucción mamaria post mastectomía: Diferentes alternativas. *Rev Argent Cir* 2001; 81: 30-38.
17. CALDERÓN O, LYONEL I, GÓMEZ S: Comparación de la reconstrucción mamaria diferida versus inmediata con tram pediculado. *Rev Chil Cir* 2001; 53: 478-81.
18. NOONE RB, FRAIZER T, HAYWARD C: Patient acceptance of immediate reconstruction following mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69: 632-638.
19. WELLSH D, SCHAIN W: Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast. *Plast Reconstr Surg* 1984; 76: 713-718.
20. DEAN C, CHETTY U, FORREST A: Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet* 1983; 1: 459-462.
21. KROLL S, SINGLETARY E: The oncologic risk of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172: 17-20.
22. JONSON C, VAN HEREDEN J, DONOHUE J: Oncological aspects of immediate breast reconstruction following mastectomy for malignancy. *Arch Surg* 1989; 124: 819-824.
23. SLAVIN S, LOVE S, GOLDWYN R: Recurrent breast cancer following immediate reconstruction with myocutaneous flaps. *Plast Reconstr Surg* 1994; 93: 1191-1204.
24. PATIÑO JF: Cáncer de seno. En: JF Patiño. *Lecciones de Cirugía*. Editorial Medica Panamericana. Segunda impresión. Buenos Aires, 2001. Página 393

Correspondencia:
 LILIAN TORREGROSA ALMONACID
 Hospital Universitario San Ignacio
 Pontificia Universidad Javeriana
 Bogotá, D.C., Colombia.