

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: LA COMPLEJIDAD EN EL PACIENTE HOSPITALARIO EN LA BÚSQUEDA DEL MEJOR RESULTADO

BREAST RECONSTRUCTION: THE COMPLEXITY IN THE STATE HOSPITAL PATIENT LOOKING FOR THE BEST RESULT

AUTORES: GOYA M. MICAELA***, GARAVAGLIA MATÍAS***, CARINA JORGE***, LIAÑO JULIÁN***,
MINA RODRIGO**, OLIVERA M. CRISTINA*,

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND - SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

AV. DÍAZ VÉLEZ 5044. C.P. 1405 - CABA

*JEFEA DE SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

**CIRUJANO DE PLANTA CIRUGÍA PLÁSTICA

***MÉDICO CARRERA DE ESPECIALISTA CIRUGÍA PLÁSTICA - UBA



Abstract

Introduction: Breast Reconstruction after breast cancer is a doctor and patient's challenge. Many times after a mastectomy patients don't desire undergo surgery again due to the additional stress that it includes.

Case description: We present a 52-year-old patient with a history of breast nodulectomy who presented with breast cancer, for which we performed a mastectomy and breast reconstruction.

Discussion: The multidisciplinary management of breast cancer in patients with multiple times surgical reconstructions reduces the patient's distress and increases their adherence to treatment.

Conclusion: Simplifying the process by accompanying the patient in breast reconstruction is a key point in the practice of Plastic Surgery.

Resumen

Introducción: La Reconstrucción Mamaria posterior a Cáncer de mama, es un desafío para el médico y para el paciente. Muchas veces luego de una mastectomía, los pacientes no desean una nueva intervención quirúrgica debido al estrés adicional que eso incluye.

Descripción de caso: se presenta una paciente de 52 años de edad con antecedentes de nodulectomía mamaria con diagnóstico de Cáncer de mama, por lo que se realizó una mastectomía más reconstrucción mamaria.

Discusión: El manejo multidisciplinario del cáncer de mama en pacientes con reconstrucciones en varios tiempos quirúrgicos disminuye la angustia del paciente y aumenta su adherencia al tratamiento.

Conclusión: Simplificar el proceso acompañando al paciente en la reconstrucción mamaria es un punto clave en el ejercicio de la Cirugía Plástica.

Keywords: Breast Cancer, breast reconstruction.

Palabras Clave : Cáncer de Mama, Reconstrucción mamaria.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama representa el 16% de todos los cánceres femeninos, siendo la causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial. Causa más años de vida ajustados por discapacidad perdidos en mujeres que cualquier otro cáncer.

En nuestro país es responsable de 1 de cada 3 casos de enfermedades malignas y de 1 cada 5 muertes por cánceres en las mujeres. (5)

Relacionado a la morbilidad que genera esta patología, en 1998 en el Consenso Europeo de Cáncer de mama en Florencia, se incluyó la reconstrucción mamaria como parte integral del tratamiento primario de la enfermedad (mama afectada y simetrización contralateral). (4)

DESCRIPCIÓN DE CASO

Paciente de 52 años de edad con antecedentes de nodulectomía de mama bilateral hace 20 años con diagnóstico de papiloma, consulta al servicio de Cirugía Plástica por presentar dos focos de microcalcificaciones en la mama izquierda en una mamografía de control.

En el examen físico mamario no se constató ninguna induración y la mamografía informó: microcalcificaciones heterogéneas agrupadas en mama izquierda a menos de 4 cm entre sí (retroareolar y en CII MI H6) BIRADS IV. Ecografía axilar sin particularidades.

Se realizó una biopsia radioquirúrgica con diagnóstico anatomo patológico de Carcinoma

ductal in situ CDIS de alto grado (N3) y carcinoma invasor tipo NOS.

Se discutió en ateneo con servicio de mastología y se optó por una conducta quirúrgica, realizándose una adenomastectomía conservadora de piel más biopsia por congelación de ganglio centinela, más colocación de expansor mamario redondo liso 600 cc. (Figura 1).



FIGURA 1. CONTROL POST OPERATORIO. SE INFILTRARON EN LA CIRUGÍA 150 CC MÁS 535CC EN CONSULTORIO SIN LOGRAR UNA COMPLETA EXPANSIÓN DEL POLO INFERIOR A LOS 3 MESES.

La anatomía patológica informó ganglio centinela negativo.

Se externó al segundo día sin complicaciones.

La anatomía patológica diferida informó Carcinoma ductal in situ más focos de microinvasión. Ganglio centinela 0/2.

A los 4 meses de la cirugía realizando los controles oncológicos la mamografía derecha informó microcalcificaciones con tendencia a la agrupación en sector retroareolar y superoexterno por lo que, utilizando la técnica de mamotome, se obtuvo un resultado negativo oncológico: adenosis con microcalcificaciones.

Se decidió la reconstrucción definitiva del lado izquierdo con recambio del expansor por implante mamario anatómico 395 cc retropectoral más fijación con malla de vicryl y mastectomía con conservación de piel y CAP de mama derecha con colocación de implante mamario anatómico 395 cc retropectoral más malla de vicryl para fijación. (Figura 2 y 3).

La paciente se externó al tercer día post operatorio sin complicaciones. La anatomía patológica informó Mastopatía con marcados cambios proliferativos (adenosis esclerosante)(MD).

DISCUSIÓN

Para abordar la consulta del paciente con Cáncer de Mama debemos tener en cuenta los factores de la paciente (diabetes, obesidad, tabaquismo, enfermedades autoinmunes, radioterapia previa), el área receptora (piel, músculos) y el área dadora (suficiente tejido, cicatrices previas); los factores oncológicos del tumor y la conducta del equipo de mastología.

Audrestch et al. en 1994 impulsó la cirugía oncoplástica de mama buscando técnicas de cirugía plástica reparadora tendientes a lograr una resección oncológica satisfactoria (márgenes) en el tratamiento conservador del cáncer de mama, con el fin de minimizar la deformidades y obtener mejores resultados cosméticos.(3)

Además de los factores de decisión del paciente y del tumor, los factores oncológicos de decisión van a guiar la cirugía reconstructiva: hablamos de la radioterapia, quimioterapia y el compromiso ganglionar.

Siempre la primer decisión será a buscar el RO oncológico, por lo tanto la reconstrucción mamaria inmediata en el tratamiento conservador va a elegirse según factores oncológicos del tumor, la relación del volumen mamario y el tumoral, la ubicación de la lesión, los deseos de la paciente y la simetrización simultánea o diferida.

En cambio la reconstrucción mamaria diferida en el tratamiento conservador va a elegirse según el paciente tenga que hacer o no radioterapia, factores de morbilidad, deseo/ expectativas de la paciente y simetrización contralateral simultánea o diferida.(1) y (3)

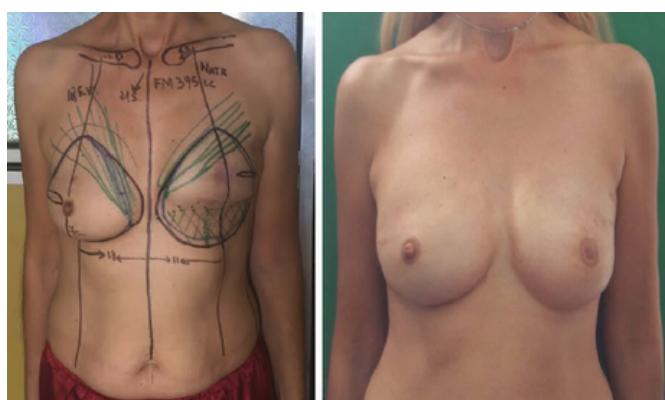
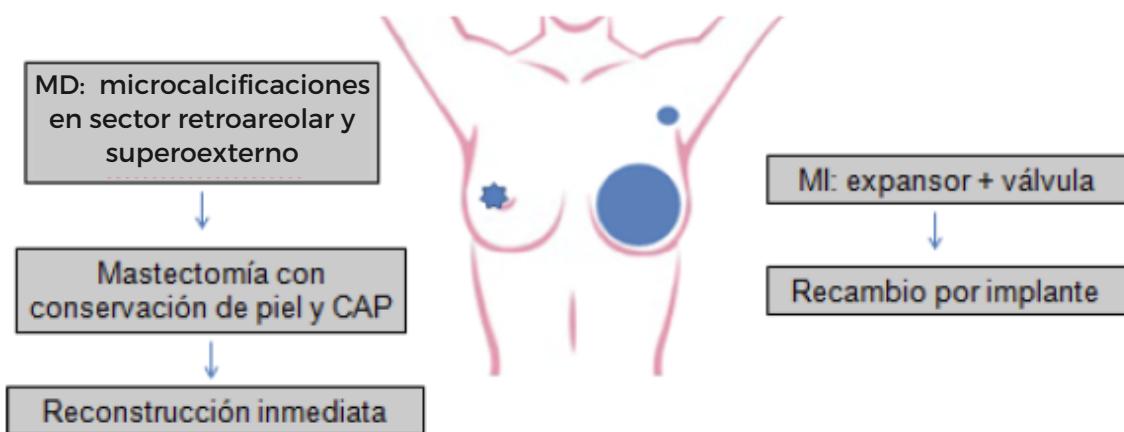


FIGURA 2. MARCACIÓN PREQUIRÚRGICA Y RESULTADO A LOS DOS MESES DE LA RECONSTRUCCIÓN.

FIGURA 3. CONDUCTA TERAPÉUTICA. MD: MASTECTOMÍA CON CONSERVACIÓN DE PIEL Y CAP (RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON IMPLANTE 395 CC MÁS MALLA DE VICRYL.), MI: RECAMBIO DE EXPANSOR POR IMPLANTE MAMARIO ANATÓMICO 395 CC RETROPECTORAL MÁS MALLA DE VICRYL.



Con respecto a la reconstrucción mamaria post mastectomía si el paciente tiene mal pronóstico la indicación es diferirla; si el paciente no va a hacer radioterapia se puede optar por un expansor más implante o implante y malla y si el paciente va a realizar radioterapia puede utilizarse un implante más malla o una expansión rápida más implante.(1) y (3)

Independiente de cual sea la técnica y el tiempo realizado proponemos un trabajo multidisciplinario para que los pasos y objetivos sean claros para la paciente y se encuentre contenida en todo el tratamiento de reconstrucción mamaria.(2)

Encontramos que la secuencia: diagnóstico por mastología, psicología, ateneo multidisciplinario previo a primer consulta cirugía plástica, cirugía plástica con plan reconstructivo, disminuye la angustia del paciente y aumenta su adherencia al tratamiento.

CONCLUSIÓN

La importancia del screening con mamografía y su consejo, es un deber tanto de los médicos generalistas, de atención primaria, ginecólogos, mastólogos y cirujanos plásticos, reconociendo que el cáncer de mama es la una de las principales causas de muerte por patología oncológica en las mujeres. El acompañamiento permanente de los pacientes junto al trabajo interdisciplinario es uno de los puntos para el éxito en completar el tratamiento. Es fundamental buscar la adherencia del paciente brindándole los avances técnicos disponibles en la reconstrucción mamaria, acortando los tiempos de acuerdo a los recursos de cada institución.

La satisfacción del paciente en todo momento y las implicancias psicológicas son un aspecto clave a considerar.

Conflictos de Interés: Los autores del artículo declaran que no hay ningún conflicto de interés al publicar el manuscrito en la Revista.

Fecha de envío: 30/01/2024

Fecha de aceptación: 13/03/24

BIBLIOGRAFÍA

1. Acea N; Benigno. Cirugía Oncológica de la mama. Técnicas oncoplásticas y reconstructivas. 3ra Edición, 2013. capítulo 23, p 313-325.
2. Cataliotti I; Costa A., Daly P., Fallowfield L., Freilich G., Holmberg L., Piccart M., Van de Velde C., and Veronesi U. "Florence Statement on Breast Cancer, 1998. Forging the Way Ahead for More research on and Better Care in Breast Cancer". European Journal of Cancer, Vol.35 N+1 pp 14-15, 1999.
3. Khouri, R; Your Natural Breast. A better way to Augment, Reconstruct and Correct using your own fat. 2012, Chapter 1, pp 6-7.
4. Ley N° 2.507, sanción 15/11/2007, promulgación: Decreto N° 2.040/007 del 07/12/2007. Publicación: BOCBA N° 2831 del 13/12/2007.
5. Weinzweig, J; Plastic Surgery. Secrets Plus 2nd Edition, 2010, Chapter 9.