

ABORDAJE ONCOPLASTICO EN CÁNCER DE MAMA

ONCOPLASTIC APPROACH TO BREAST CANCER

AUTORES: CARLA TRAPANI****, MARÍA C. FELDMAN**, ANDREA L. VOLPINI CRESPO**, SANTIAGO BOVALINA TELCELAN*, MARIA C. OLIVERA**, M. MICAELA GOYA*****.

LUGAR DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND - UNIDAD DE MASTOLOGÍA - SERVICIO DE TOCOGINECOLOGÍA- SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA. AV. DIAZ VELEZ 5044-C.P. 1405 - CABA, ARGENTINA.

*JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA

**JEFA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

*** MASTÓLOGA DE PLANTA

**** MÉDICA RESIDENTE DE MASTOLOGÍA

***** MÉDICA DE LA CARRERA DE ESPECIALISTA CIRUGÍA PLÁSTICA - UBA



ABSTRACT:

INTRODUCTION: Oncoplastic surgery (OS) has emerged as a leading strategy in the locoregional management of breast cancer (BC), combining oncologic safety with aesthetic outcomes. Its various surgical techniques aim to achieve complete tumor resection with clear margins while minimizing functional and cosmetic sequelae.

OBJECTIVE: To present a clinical case of multifocal right-sided BC and describe the oncoplastic surgical approach utilized.

CASE REPORT: A female patient diagnosed with multifocal right-sided BC, classified as T2N0M0, Luminal A subtype, underwent breast-conserving surgery with an oncoplastic technique. The procedure included an inverted T-pattern therapeutic mammoplasty with an inferior pedicle on the right breast, sentinel lymph node biopsy of the right axilla, and contralateral symmetrization via mastopexy and breast reduction. Subsequently, due to oncologic considerations, the patient underwent a skin-sparing mastectomy with preservation of the nipple-areola complex and placement of a definitive implant

DISCUSSION: The case highlights the selection criteria, indications, and benefits of different OS techniques, emphasizing their role in ensuring oncologic control while preserving breast aesthetics.

CONCLUSION: OS represents an integral component of contemporary BC treatment. Its successful implementation requires specialized training, a multidisciplinary approach, and consideration of oncologic, aesthetic, and socioeconomic factors relevant to each clinical setting.

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: La cirugía oncoplástica (CO) fue ocupando cada vez más un lugar preponderante en la terapéutica del cáncer de mama (CM), para el control locorregional de la enfermedad. Las distintas técnicas quirúrgicas tienen como objetivo la resección oncológica con márgenes satisfactorios y la minimización de las potenciales secuelas del tratamiento.

OBJETIVO: Descripción de un caso clínico, de una paciente con diagnóstico de CM derecha multifocal y las estrategias quirúrgicas con abordaje oncoplástico empleadas.

REPORTE DE CASO: Paciente con diagnóstico de CM derecha multifocal T2N0M0 Luminal A, a la cual se le realizó en primera instancia una cirugía conservadora con abordaje oncoplastico (mastoplastia terapéutica en T invertida de mama derecha de pedículo inferior, biopsia de ganglio centinela axilar derecho y simetrización contralateral mediante mastopexia y reducción mamaria) y posteriormente una mastectomía con conservación de piel y complejo areola pezón con colocación de prótesis definitiva. **DISCUSIÓN:** Se describen las diferentes técnicas de CO, criterios de elección e indicaciones. **CONCLUSIÓN:** La CO es en la actualidad parte integral del tratamiento del CM, requiere una constante capacitación y abordaje multidisciplinario, considerando no sólo los factores oncológicos y estéticos, sino también las limitaciones socioeconómicas de nuestro medio.

KEY WORDS: Oncoplastic surgery. Breast cancer. Aesthetic results

PALABRAS CLAVES: Cirugía oncoplástica. Cirugía mamaria. Cáncer de mama. Mastoplastias

INTRODUCCIÓN: El CM es la neoplasia más frecuente en el sexo femenino; se presenta en una de cada ocho mujeres en alguna etapa de su vida. Como parte del tratamiento existen herramientas para el control sistémico (quimioterapia, terapias target, hormonoterapia) y para el control locorregional (cirugía y radioterapia) de la enfermedad. En los últimos años se ha comprobado que técnicas quirúrgicas más agresivas no proporcionan un mejor pronóstico de control locorregional del CM. El tratamiento conservador, ha probado ser un procedimiento seguro (1). Incluye la resección tumoral con un margen oncológico satisfactorio, el estudio axilar (biopsia de ganglio centinela o vaciamiento axilar)

y radioterapia según protocolos de tratamiento. El diagnóstico temprano de la enfermedad es un pilar fundamental para poder acceder a cirugías mamarias conservadoras.

La cirugía reconstructiva fue ocupando cada vez más un lugar preponderante en la terapéutica del cáncer de mama. Las técnicas quirúrgicas propuestas para prevenir o corregir las secuelas del tratamiento quirúrgico son clasificadas bajo el término de "Cirugía Oncoplástica" (CO). Esta denominación la utilizó por primera vez Werner Audretsch en 1994 para incluir a todos los abordajes quirúrgicos de cirugía plástica y reconstructiva tendientes a lograr en el tratamiento conservador una resección oncológica con márgenes satisfactorios tratando de minimizar las potenciales deformidades y obtener mejores resultados cosméticos (2,3,4).

OBJETIVO: Descripción de un caso clínico, de una paciente con diagnóstico de CM derecha multifocal y las estrategias quirúrgicas con abordaje oncoplástico empleadas.

REPORTE DE CASO: Paciente de 48 años, con diagnóstico de CM derecha multifocal T2N0M0 Luminal A. Al examen físico se constataron mamas voluminosas, ptósicas, en mama derecha H2, alejado del complejo areola pezón, un nódulo palpable de 3x3 cm, adenopatías axilares móviles bilaterales, huecos supra e infraclaviculares libres. Por mamografía y ecografía se constató un segundo nódulo en H1 de 10x6 mm, sólido, irregular (BIRADS 4), no palpable. Se solicitó una resonancia mamaria con contraste endovenoso que no evidenció otras áreas de realce sospechoso. Se confirmó la sospecha diagnóstica mediante biopsia con aguja gruesa de ambos nódulos que informaron carcinoma infiltrante NST grado histológico 2 de la clasificación de Nottingham, receptor de estrógenos (RE) (95%), receptor de progesterona (RP) (98%), Her2 Neu negativo, Ki67: 5%. Se discutió su caso en ateneo oncológico, se decidió tratamiento quirúrgico de inicio. Considerando el volumen mamario, la ptosis mamaria y la ubicación de las lesiones, se realizó una mastoplastia terapéutica en T invertida de mama derecha (de pedículo inferior), biopsia de ganglio centinela axilar derecho y simetrización contralateral mediante mastopexia y reducción mamaria.



FIGURA 1. Examen físico de inicio.



FIGURA 2. Marcación prequirúrgica.



FIGURA 3. Examen físico postquirúrgico

Al recuperar el resultado de la anatomía patológica se constataron los dos focos de carcinoma ya conocidos (Carcinoma infiltrante NST grado histológico 2 de la clasificación de Nottingham de 3.7 x 1.6 x 1.1 cm y 1.5 x 1.2 x 1.1 cm respectivamente con márgenes de resección libres, RE 90%, RP 90%, HER Score 0, Ki67 20%) y múltiples focos de carcinoma (no evidenciados por resonancia mamaria previa) con márgenes de resección en contacto con lesión en dos focos de 0.2 cm. Ganglio centinela negativo. Se discutió en ateneo oncológico, en conjunto al servicio de cirugía plástica y se decide realizar mastectomía con conservación de piel, areola y pezón con colocación de prótesis definitiva.

Se recuperó nuevo resultado del estudio de la pieza quirúrgica en el cual se constata ausencia de compromiso neoplásico residual.

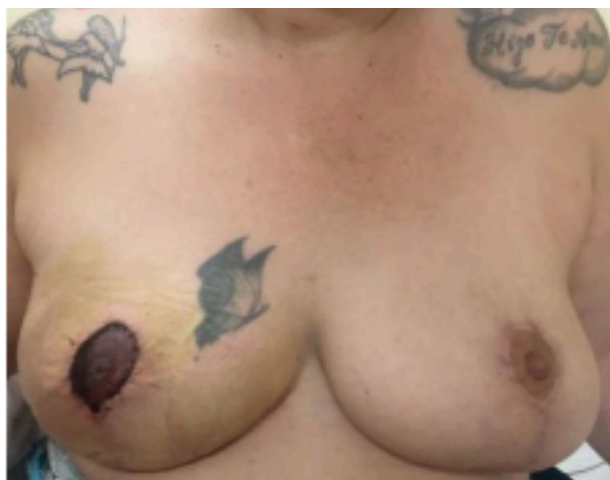


FIGURA 9. Examen físico 5to día postquirúrgico.

DISCUSIÓN: Esquemáticamente la reconstrucción mamaria se puede dividir en: Reconstrucción mamaria post-Mastectomía y Reconstrucción post cirugía conservadora. La misma puede ser inmediata, en el momento de la resección oncológica parcial de la mama para prevenir las secuelas; o diferida, transcurrido un período variable después del tratamiento conservador para corregir las secuelas quirúrgicas y actínicas. En las técnicas de reconstrucción se pueden utilizar tejidos autólogos como colgajos dermograsos, colgajos pediculados miocutáneos, colgajos libres miocutáneos y/o lipotransferencia; elementos heterólogos como prótesis y expansores tisulares ; o ambos. Se deberán considerar tres puntos esenciales, en cada caso clínico, para determinar la aplicabilidad de las diferentes técnicas: el tamaño tumoral, el volumen mamario y la localización del tumor. Al planificar una CO conservadora en una paciente con lesiones centrales y mamas voluminosas y/o ptósicas, la reconstrucción con técnicas de mastoplastia "T" invertida es una opción a considerar. Permiten resecar amplias porciones de tejido que incluyen el tumor, con adecuados márgenes de resección y piel, con lo cual queda suficiente tejido para restaurar la mama. Estas técnicas permiten la reducción de volumen y la reubicación del complejo areola-pezones con un buen resultado estético. Para tumores ubicados en cuadrantes inferiores se realiza la mamoplastia vertical de pedículo superior, y para tumores ubicados en cuadrantes superiores la mamoplastia vertical de pedículo inferior

En pacientes con imposibilidad de realizar una CO conservadora, ya sea por factores oncológicos o estéticos, consideramos las diferentes opciones oncológicas de mastectomías.

La reconstrucción mama inmediata post-mastectomía puede clasificarse en: mastectomía convencional (la envoltura cutánea se reseca sin dejar piel de la mama en exceso), mastectomía con conservación de piel o Skin Sparing Mastectomy (SSM) (cuando se conserva la mayor cobertura cutánea posible y el surco submamario pero resecando el complejo areola-pezones), mastectomía con conservación de piel y Areola o Areola Sparing Mastectomy (ASM) (se conserva toda la cobertura cutánea, la areola y el surco submamario pero resecando el pezón), mastectomía con conservación de piel y complejo areola pezones o Nipple Sparing Mastectomy (NSM) (se conserva toda la cobertura cutánea, la areola, el pezón y el surco submamario e incisiones de biopsias previas y/o cicatrices de biopsias percutáneas diagnósticas) (2).

En todos estos procedimientos (SSM-NSM) es imprescindible, como lo establece el NCCN (National Comprehensive Cancer Network) en su versión de 2012, que el equipo quirúrgico esté experimentado en la técnica, se seleccionen correctamente a los pacientes (estadios, tratamientos adyuvantes, etc.), se evalúe correctamente la morbilidad previa (tabaquismo, radioterapia) y siempre se obtengan márgenes de resección apropiados. Las indicaciones de NSM terapéuticas deben ser todavía consideradas

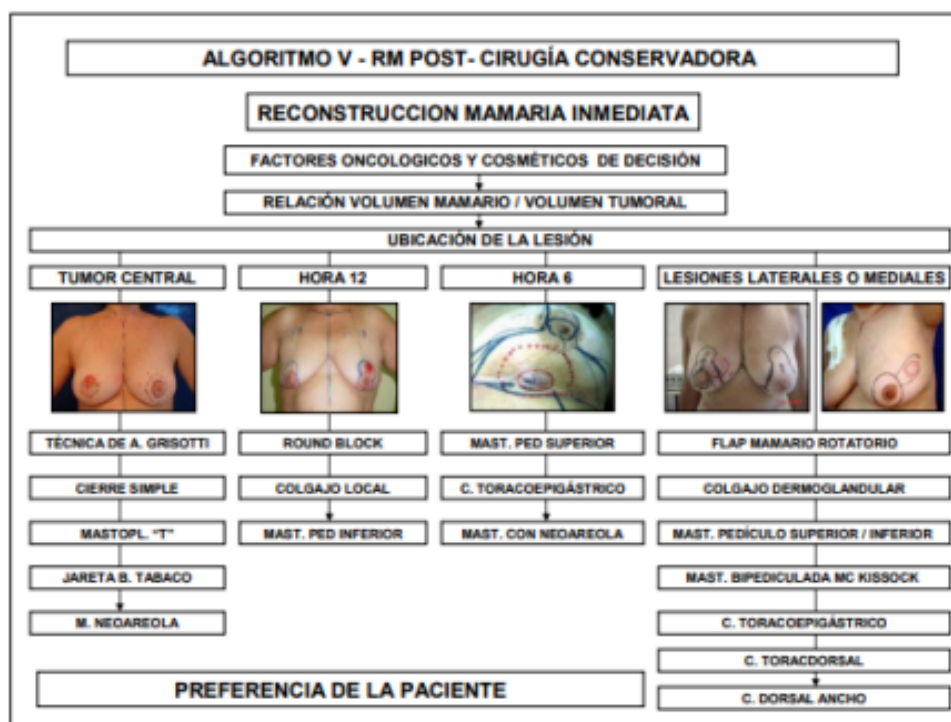


FIGURA 5. Algoritmo de reconstrucción mamaria post cirugía conservadora, según localización del tumor, volumen mamario y tumoral.

dentro de protocolos de investigación. Las indicaciones de NSM son: distancia del Tumor al CAP >2 cm (determinado por mamografía o RNM), tumor $< o = 2.5$ cm (determinado por clínica, ecografía, mamografía o RNM), ausencia de invasión vásculo-linfática, ganglios axilares clínicamente negativos, subgrupo de pacientes con indicación de tratamiento conservador que prefieren mastectomía, mastectomías de reducción de riesgo (2,5).

La simetría de las mamas es el factor principal para que una mujer logre satisfacción después de la reconstrucción mamaria. El lograr dicha simetría es uno de los desafíos más importantes para el cirujano reconstructivo. En muchos casos es necesaria la modificación de la mama contralateral sana haciendo uso de diversas técnicas quirúrgicas. Se suele utilizar una técnica de reducción mamaria en aquellos casos en los que la mama contralateral es voluminosa, para poder de este modo igualar a la mama reconstruida. En todos los casos el tejido extirpado en la reducción mamaria se deberá remitir para su control anatomopatológico (2).

CONCLUSIÓN: La CO es en la actualidad parte integral del tratamiento del CM. Al momento de planificar la cirugía, existe una amplia variedad de técnicas a considerar evaluando siempre 3 factores esenciales (volumen mamario, tamaño y localización del tumor). En nuestro medio (Hospital público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) es imprescindible considerar las limitantes socioeconómicas. La adquisición de elementos heterólogos (prótesis y expansores) para planificar la reconstrucción mamaria es el principal factor limitante, por lo cual las cirugías conservadoras y las reconstrucciones mamarias con tejido autólogo forma parte de las estrategias quirúrgicas de primera elección. Los abordajes quirúrgicos son muy amplios y demandan una constante capacitación y coordinación multidisciplinaria para lograr óptimos resultados tanto oncológicos como estéticos.



FIGURA 6. Mamoplastia vertical de pedículo superior FIGURA 7. Mastoplastia vertical de pedículo inferior

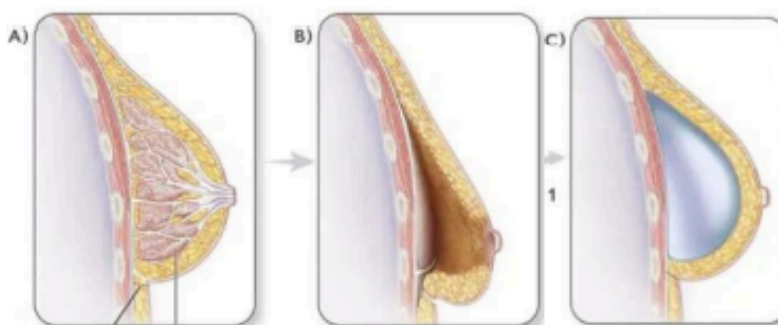


FIGURA 8. Esquema de NSM.

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

Recibido: 20/02/2025 - Aceptado: 29/03/2025

BIBLIOGRAFÍA:

1. Audretsch W et al. Oncoplastic Surgery: "Target" volume reduction, (BCT mastopexy) lumpectomy reconstruction (BCT reconstruction) and flap supported operability in breast cancer. Proceedings of the Second European Congress on Senology, Viena, Austria, 1994, pp. 139-157.
2. Masetti, R., Di Leone, A., Franceschini, C., Magno, S., Terribile, D., Fabbri, M. C., & Chiesa, F. (2006). Oncoplastic techniques in the conservative surgical treatment of breast cancer: an overview. The breast journal, 12(5 Suppl 2), S174-S180.
3. Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas. Consenso Nacional inter-sociedades sobre cirugía oncológica en cáncer de mama, 2012.
4. Tousimis E, Haslinger M. Overview of indications for nipple sparing mastectomy. Gland Surg. 2018 Jun;7(3):288-300.
5. Veronesi, U., Cascinelli, N., Mariani, L., Greco, M., Saccozzi, R., Luini, A., Aguilar, M., & Marubini, E. (2002). Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. The New England journal of medicine, 347(16), 1227-1232. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa020989>