

CONTRIBUCION

Reconstrucción mamaria postmastectomía por cáncer

Nuestro enfoque personal

Rafael García Capurro, Jorge Bermúdez,
Aldo Roncagliolo y Guillermo Fossati

Hospital Británico. Montevideo. Uruguay.

Los autores efectúan el tratamiento oncológico del cáncer mamario mediante la mastectomía subradical.

Junto con el cirujano plástico y el psicólogo discuten la indicación de la reconstrucción mamaria. Interesa obtener una buena sobrevida sin afectar la evolución de la enfermedad.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Breast Neoplasm / Surgery.

La mujer que se enfrenta a un tumor de mama tiene, sin duda alguna, temor al cáncer y lo que éste, de acuerdo a su cultura, representa en cuanto a sufrimiento, expectativa de vida, etc. Sin embargo, de acuerdo a recientes estudios (3), tiene tanto o mayor temor a la mastectomía en sí por lo que ésta supone de desfiguración de una región no sólo visible sino íntimamente unida al concepto de femineidad y a la esfera sexual. Esto es particularmente valedero en nuestra sociedad occidental, donde la mama no es sólo un órgano y símbolo de la maternidad, sino que ha cobrado un valor fundamental en cuanto a la imagen corporal de la persona, su personalidad femenina y en el campo de las relaciones humanas, en especial como órgano sexual.

De ello deriva nuestra inquietud por el problema, que nos ha llevado a incorporar progresivamente al equipo que trata un cáncer de mama no sólo al ginecólogo y al oncólogo, sino también al sicólogo y al cirujano plástico.

El sicólogo, quien nos ayudará en la prevención y tratamiento de las consecuencias del tremendo impacto que significa la pérdida del seno; la valoración cuali y cuantitativa de dicho impacto en cada caso en particular para luego adecuar nuestra actitud como equipo. El rol del sicólogo puede ser adoptado por alguno de los integrantes del equipo, pero nunca debe ser dejado de lado.

Del cirujano plástico requeriremos la restitución o reparación del seno, cuando esté indicado.

¿Cómo actuamos en la práctica, frente a un neoplasma de mama grado I o II?

En primer lugar creemos que la paciente debe conocer por lo menos parte del problema, por lo cual, cuando hacemos el diagnóstico clínico y radiológico de cáncer de mama le planteamos a la enferma la intervención afirmándole a la enferma la existencia de una lesión que podrá ser o no maligna, o premaligna. El diagnóstico se completará en el acto quirúrgico mediante la biopsia extemporánea (estudio microscópico, para la enferma) pero que ante la menor duda de su malignidad o de su potencial de transformación maligna, se tendrá que efectuar la mastectomía. Es decir, le decimos que la mastectomía será realizada en forma profiláctica o para curar radicalmente la lesión. En cualquiera de los dos casos el seguimiento será el mismo. De esta manera tratamos de aminorar el impacto cáncer en la paciente, dándole la confianza que necesita, de que se hará todo lo necesario para prevenir o tratar la enfermedad. Ello nos permite pasar de inmediato a tratar el segundo impacto, el de la mastectomía en sí. Para ello le decimos que, en caso de tener que realizar una mastectomía, existe la posibilidad de reconstruir o protesiarse la mama, para lo cual aconsejamos la inmediata consulta con el especialista, quien efectuará una primera evaluación de posibilidades técnicas, así como el conocimiento de la paciente como persona. Asimismo le aseguramos su presencia en el acto quirúrgico, ya que, de ser posible, se realizará o iniciará la reconstrucción primaria, ideal que rara vez es posible. El hecho de llevar a la enferma a pensar en el aspecto de recuperación funcional y cosmética, creemos que ciertamente contribuye a aminorar el primer impacto, cáncer.

La intervención debe ser realizada lo antes posible, a fin de acortar el plazo de espera, siempre angustioso para la paciente.

Nuestra técnica de elección es, desde 1949, la mastectomía subradical, con conservación de ambos pectorales, la cual, conjuntamente con la incisión de Stewart, es la operación mayor que cura el cáncer al tiempo que provoca una menor desfiguración. Ello facilita ciertamente

Cirujano Jefe y Cirujano del Hospital Británico, Cirujano Plástico y Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur.

Dirección: Osorio 1275, Montevideo (Dr. J. Bermúdez).

la realización posterior de cualquier tipo de reconstrucción. En el caso excepcional de imposibilidad de cierre primario de la herida, decidiremos con el cirujano plástico presente, de acuerdo a las circunstancias, si efectuar un injerto de piel libre, que no altera en absoluto los tejidos vecinos ni sus vías linfáticas, o los pasos iniciales de la reconstrucción.

La consulta con el oncólogo la realizamos en general, en el postoperatorio en casos de estadio II anatomopatológico, afirmando el carácter preventivo y de consolidación de la cura. No somos partidarios de la Ro. preoperatoria, que no ha demostrado ser superior a la postoperatoria, aumenta considerablemente la morbilidad y prolonga el período de espera de la cirugía. De acuerdo a cada caso y al cirujano realizamos Ro. postoperatoria y/o poli-quimioterapia.

¿Cuándo y cómo realizamos la reconstrucción mamaria?

Como cirujanos tenemos el concepto de que es nuestra obligación cuando mutilamos a un paciente, plantearle al mutilado que es posible reconstruir o protésiar el órgano o miembro perdido. Lo que nadie duda en la enucleación de un ojo o en la amputación de una mano, se aplica igualmente a la mama. No existe límite de edad ni de expectativa de vida, para el deseo de conservar la integridad anatómica y, menos aún del punto de vista cosmético y sexual. A pesar de ello existen pacientes que no desean ni necesitan la plastia. Ello debe ser evaluado y considerado en forma individual. No existe ninguna contraindicación del punto de vista oncológico para su realización, ya sea ésta inmediata o diferida (2). En caso de efectuar Ro. postoperatoria, esperamos de 4 a 6 semanas antes de realizar la plastia.

El cirujano plástico debe tomar el mejor camino para cada paciente, debiendo para ello conocer las diferentes técnicas y sus tiempos, buscando técnicas más rápidas o más sofisticadas, que obviamente lograrán un mejor resultado. Prótesis subcutáneas, colgajos de vecindad (nunca de la otra mama) que pueden ser cutáneos o miocutáneos y aún ser transferidos libremente mediante microsuturas vasculares. Estos son esquemáticamente los diferentes caminos a seguir.

Con respecto a la otra mama, presenta un doble problema. Por un lado, oncológico, sabiendo que, entre un 7 y un 10 % presentará en forma simultánea o sucesiva un cáncer (4). Por ello debemos evaluar en lo posible dicho riesgo. Frente a una mama contralateral que presente un grado severo de displasia fibroquística, con nódulos que representarán una constante fuente de preocupación para la paciente, indicamos una mastectomía subcutánea que habitualmente se realiza al tiempo de la plastia ipsilateral.

Del punto de vista estético puede haber indicación por razones de forma, tamaño y, sobre

todo, desproporción con la mama reconstruida. En esos casos también realizamos la mastectomía subcutánea. Debemos señalar aquí que, entre estas mastectomías subcutáneas profilácticas, hemos encontrado dos cánceres de grado O y I.

RESUME

Reconstruction mammaire postmastectomie apres un cancer. Notre mise au point personnelle

Le traitement du cancer mammaire est accompli au point de vue oncologique à l'aide de la mastectomie sousradicale, ayant ou non recours à d'autres thérapeutiques.

Mais le chirurgien doit, aussi, traiter le malade mastectomisée, sérieusement atteinte au point de vue émotionnel, cosmétique et sexuel. Quant à cela, nous avons ajouté la reconstruction mammaire au traitement de la maladie de base.

Avec le chirurgien plastique et le psychologue, nous chercherons à appliquer dans chaque cas, l'indication, l'opportunité et la technique correctes.

Notre but final est d'obtenir une meilleure qualité de survie, sans avoir à toucher à sa quantité.

SUMMARY

Breast Reconstruction After Mastectomy for Cancer. Our Personal View

Breast cancer treatment is oncologically achieved by modified radical mastectomy, with or without adjuvant therapy. The surgeon tries to treat a seriously affected patient from emotional, cosmetic and sexual point of view. The authors have added breast reconstruction to the treatment of the disease. With the plastic surgeon and the psychologist the indication opportunity and technic adequacy to each case is achieved. Our aim is to obtain a better survival without affecting the longer of it.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FERNANDEZ J. Reconstrucción de la mama inmediatamente luego de la mastectomía. *Bol Trab Acad Arg Cir*, 53: 352, 1969.
2. FOSATTI G, CANDOLFO D. Mastectomía glandular, reconstrucción del seno. *Cir Plást Uruguay*, 1: 7, 1960.
3. FOSATTI G. Cirugía reparadora de las secuelas de mastectomía. *Rev Cir Uruguay*, 36: 245, 1966.
4. FOSATTI G. Breast reconstruction in *Trans. International Cong. Plast. Surg.*, 49, 1967.
5. HAAGENSEN CD. *Diseases of the Breast*. 2ª ed. Philadelphia. Saunders, 1971.
6. LEIS HP. Selective and reconstructive surgical procedures for carcinoma of the Breast. *Surg Gynecol Obstet*, 148: 838, 1979.
7. MC GREGOR A. Panel sobre reconstrucción del seno. Clínica Prof. Cendán. Montevideo, 1972 (inédito).
8. RENNEKER R and CUTLER M. Psychological problems of adjustments to cancer of the Breast. *J.A.M.A.*, 148: 838, 1952.