



Cirugía oncoplástica de la mama

A. Baratte, C. Mathelin, C. Dissaux, L. Ruffenach, C. Bruant-Rodier

La cirugía de resección del cáncer de mama tiende a ser cada vez más conservadora y da prioridad, cuando es posible, a la mastectomía parcial en lugar a la mastectomía total, siempre que esto no empeore el pronóstico. La cirugía oncoplástica asocia la resección tumoral amplia con el relleno de la pérdida de sustancia por procedimientos de cirugía plástica. Permite no sólo mejorar la estética de la mama conservada respecto a la mastectomía parcial sola, con una ventaja psicológica evidente y con menos correcciones secundarias de las secuelas del tratamiento conservador, sino también realizar resecciones tumorales más extensas, con una ampliación de las indicaciones del tratamiento conservador. La cirugía oncoplástica incluye desde la simple remodelación glandular a procedimientos más complejos que modifican la base mamaria, es decir, la superficie de implantación de la mama en el tórax. Las indicaciones de las distintas técnicas varían en función de la localización tumoral (cuadrantes superomedial, superolateral, inferomedial, inferolateral, unión de los cuadrantes, tumores de la placa areolomamilar o tumores del surco inframamario), según la proximidad de la lesión respecto a la aréola y según la relación entre el tamaño de la mama y el tamaño tumoral. La cirugía oncoplástica aumenta moderadamente la duración de la intervención y nunca es obligatoria, pero, si no existen contraindicaciones, debería proponerse a las pacientes en el tratamiento inicial, porque las reintervenciones en una mama irradiada conllevan a veces complicaciones y suponen un gasto adicional para el sistema sanitario. La simetrización es una parte integrante de la cirugía oncoplástica y puede plantearse de entrada o secundariamente según los casos. Las reintervenciones a largo plazo son infrecuentes, pero se pueden plantear, en particular la reconstrucción de la placa areolomamilar cuando se ha amputado.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Oncoplastia; Mastectomía parcial; Técnicas por cuadrante

Plan

■ Introducción	1
■ Principios generales	2
Objetivos	2
Vía de acceso	3
Resección tumoral	3
Remodelación glandular	3
Placa areolomamilar	4
Límites de la cirugía oncoplástica	4
■ Técnicas por cuadrante	4
Unión de los cuadrantes inferiores	4
Cuadrante inferolateral	5
Unión de los cuadrantes laterales	6
Cuadrantes superiores	11
Unión de los cuadrantes mediales	13
Cuadrante inferomedial	15
Surco inframamario	15
Tumores de la placa areolomamilar	17
■ Resumen de las indicaciones en función de la localización	21

■ Simetrización, reconstrucción de la PAM y retoques después de la oncoplastia	21
Simetrización	21
Reconstrucción de la PAM	21
Retoques tras oncoplastia	21
■ Conclusión	21

■ Introducción

La cirugía oncoplástica de la mama es la cirugía plástica adaptada al tratamiento conservador (TC) del cáncer de mama, en el momento de la resección tumoral. Asocia la mastectomía parcial con la reparación de la pérdida de sustancia, mediante colgajos más o menos complejos generalmente dermoglandulares, movilizados localmente o en la proximidad inmediata de la mama, y permite conservar una estética aceptable en la mama operada. Esta definición excluye la reconstrucción mamaria empleada en el tratamiento radical del cáncer de mama, que es la mastectomía total. También excluye la cirugía de

corrección de las secuelas estéticas de los tratamientos conservadores (SETC).

La cirugía oncológica supone la integración de las técnicas de cirugía plástica con las técnicas oncológicas. Puede requerir un doble equipo, que incluya a un especialista en patología de la mama y un cirujano plástico [1], o realizarla un cirujano que cuente con ambas competencias, pero la decisión debe ser pluridisciplinaria. Nunca es obligatoria, pero hay que pensar en ella sistemáticamente cuando se plantea un TC del cáncer de mama. Una vez irradiada la mama, como sucede en la mayoría de los tratamientos conservadores, suele ser difícil realizar grandes remodelaciones de la glándula mamaria, que conllevan un riesgo de desvascularizar la piel o la glándula residual. El riesgo de necrosis cutánea amplia o de citosteatonecrosis restringe las indicaciones exclusivamente al lipollenado, cuando es posible, o a desepidermizaciones superficiales, cuyo efecto es limitado. Por tanto, se debe pensar en la oncoplastia incluso antes de comenzar la tiempo quirúrgico del TC del cáncer de mama.

■ Principios generales

Objetivos

El objetivo de la cirugía oncológica es prevenir, en el momento de la resección tumoral, las deformaciones futuras de la mama. Durante un TC solo y no asociado a una oncoplastia, el 4-20% de las pacientes tratadas están insatisfechas con el resultado estético final [2, 3].

La condición sine qua non de la oncoplastia es primero la resección tumoral, que debe ser completa, con márgenes de seguridad. En la práctica, la oncoplastia permite obtener unos márgenes más amplios que el simple TC y la tasa de mastectomía de rescate es baja. Clough ha demostrado que el peso de resección promedio es importante (200 g), con una tasa baja de recidiva local [4-6]. Otros equipos han demostrado, respecto al simple TC sin oncoplastia, que no aumentan las recidivas locales ni las metástasis [7] y que los tratamientos complementarios no se retrasan [8, 9], así como una supervivencia elevada en los tumores T1 o T2 [10] y una resección con márgenes más amplios en los tumores T3 o T4 [11]. La cirugía oncológica no incrementa las complicaciones respecto al TC exclusivo [12] y la tasa de seroma es menor que en el TC [13]. En cambio, la duración de la hospitalización suele ser mayor [14].

Dado que el tumor debe llevar a pensar que deba realizarse una resección completa, su evaluación inicial es indispensable: tamaño tumoral, tipo histológico, grado, extensión, émbolos vasculares y evaluación de la mama contralateral. El tamaño de los carcinomas ductales infiltrantes se correlaciona bien con la clínica y las pruebas de imagen, por lo que son una buena indicación para la oncoplastia, respetando unos márgenes útiles. Los carcinomas ductales in situ se subestiman en la mamografía y se visualizan mal en la ecografía o en la resonancia magnética (RM) [15]. Por tanto, los márgenes deben ser más amplios, lo que debe tenerse en cuenta antes de indicar una oncoplastia. Los carcinomas lobulillares infiltrantes suelen ser multifocales. La mamografía y la ecografía son menos sensibles, por lo que la RM bilateral es indispensable para saber si el TC es posible o si la mastectomía es una indicación mejor [16, 17]. Por último, la oncoplastia puede realizarse tras una quimioterapia neoadyuvante, pero tras la necrosis tumoral, es indispensable obtener unos márgenes adecuados.

La oncoplastia se emplea en los tumores supracentimétricos (para los tumores infracentimétricos, el resultado morfológico suele ser satisfactorio y no es necesario remodelar la mama de forma compleja) y de hasta 5 cm de diámetro aproximadamente, en función del volumen mamario. Los autores de este artículo estiman que la resección

“ Punto importante

Definiciones

- El tratamiento conservador (TC) engloba las tumorectomías, zonectomías, cuadrantectomías, resecciones de la placa areolomamilar y todas las formas de mastectomías parciales.
- Los pilares glandulares son las zonas de sección glandular resultantes de una resección tumoral.
- La mama se divide en varias zonas: cuatro cuadrantes (superomedial, superolateral, inferomedial e inferolateral), cuatro zonas limítrofes entre estos cuadrantes (unión de los cuadrantes superiores, de los cuadrantes mediales, de los cuadrantes inferiores y de los cuadrantes laterales), una región retroareolar y una región del surco inframamario.
- Una incisión arciforme tiene un trazado en arco de círculo, generalmente paralelo al borde areolar; una incisión radial sigue un trazado rectilíneo en un cuadrante de la mama, cuyo eje virtual pasa por el centro de la aréola.
- Una distopia areolar es una malposición constitucional o postoperatoria de la aréola que no se encuentra situada exactamente en el vértice de la cúpula mamaria.
- La flecha mamaria es la distancia entre la clavícula y la aréola.
- Un pedículo superior, inferior, superomedial o superolateral son colgajos dérmicos o dermoglandulares desepidermizados que portan la aréola y que permiten transponerla durante una reducción mamaria o una oncoplastia.
- La técnica de Thorek es una técnica particular de reducción mamaria en la que la aréola no se deja pediculada, sino que se amputa, para injertarla al final de la intervención en el vértice de la cúpula mamaria. Es adecuada para las gigantomastias o para las hipertrofias-ptosis marcadas, en las que una técnica pediculada conllevaría un riesgo de necrosis alveolar.
- El esquema de Wise es un patrón estándar que permite determinar el futuro emplazamiento de la aréola y trazar en la piel las incisiones correspondientes a la futura cicatriz durante una reducción mamaria.
- El *round block* es una técnica de oncoplastia que permite una tumorectomía por una vía de acceso periareolar tras la desepidermización de un anillo periareolar, y termina por una concentración areolar para controlar su diámetro final.
- Un tumor pequeño es aquel cuyo diámetro es menor o igual a 2 cm; una mama de tamaño normal es aquella de copa C.

ción debe ser menor del 20-25% del volumen mamario para permitir un TC con un resultado armonioso. Aunque una copa B sólo permite el TC para tumores de pequeño diámetro (alrededor de 2 cm), algunas mamas muy voluminosas permitirían resecciones de tumores mayores de 5 cm con un tratamiento conservador. Sin embargo, los autores de este artículo prefieren fijar este límite de 5 cm por dos motivos principales: el primero es que los tumores de un diámetro muy grande pocas veces están bien delimitados y la mastectomía secundaria por resección

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805837>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805837>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)