Reconstrucción Mamaria en la Enfermedad Metastásica: aproximación de la situación en España.

B Díaz-de la Noval, C Casado-Sánchez, L Frías-Aldeguer, L Landín-Jarillo, l Zapardiel, J De Santiago-García, M Herrera-de la Muela.
Unidad Multidisciplinar de Patología Mamaria, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

1. Introducción y Objetivo.

El número de mujeres con cáncer de mama metastásico (CMM) que se someten a reconstrucción mamaria (RM) es bajo. Dado el aumento previsible de las pacientes que solicitan la reconstrucción mamaria, creemos que hay necesidad de establecer criterios uniformes en su indicación y opciones reconstructivas más adecuadas.

El **objetivo** principal de ésta encuesta es analizar la práctica actual y las opiniones de los profesionales españoles con respecto a la cirugía y/o RM en el CMM. El objetivo secundario es estimular el debate, en previsión del desarrollo de servicios futuros para éste grupo de pacientes.

2. Material y Método.

Se elaboró un cuestionario de 20 preguntas a través de formulario de Google, en 6 bloques: (1) **datos demográficos y profesionales**, (2) **cirugía en el CMM al diagnóstico** de la enfermedad, (3) **RM en el CMM al diagnóstico** de la enfermedad, (4) **RM en pacientes con progresión a CMM tras el tratamiento inicial**, (5) **no RM** en el CMM, y (6) **otras aportaciones**. Se difundió a cirujanos de la mama y cirujanos plásticos de toda la geografía española, mediante invitación por correo electrónico. Las respuestas fueron recogidas del 1-Abril al 15-Julio de 2016.

3. Resultados. Encuestados: 123

(1) **datos demográficos y profesionales:** representación de todas las CCAA (Figura 1. Distribución CCAA con más encuestados). El 70% ejerce en Hospital Público de Nivel III. El 45% son cirujanos plásticos, el 18% cirujanos generales, el 28% ginecólogos, el 9% restante radioterapeútas y oncólogos médicos.

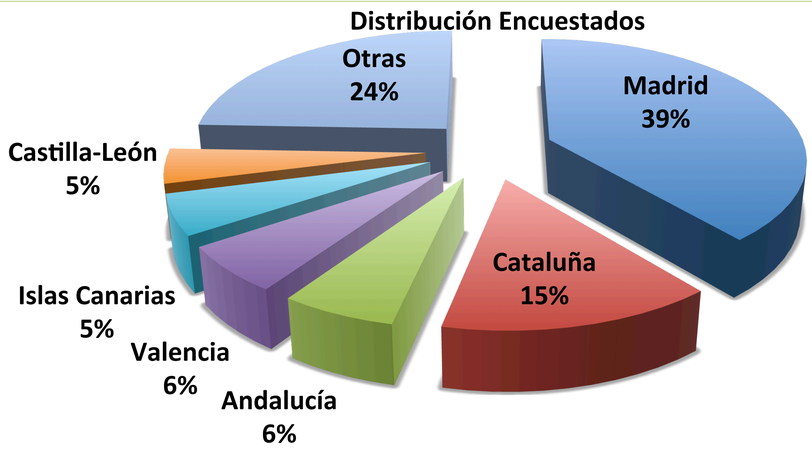


Figura 1. Distribución CCAA

(2) **cirugía en el CMM al diagnóstico:** el 57,2% encuestados considera que la cirugía está indicada, de los cuales el 36% previa solicitud de la paciente. Las indicaciones más consideradas para aceptar cirugía en CMM están en la Figura 2.

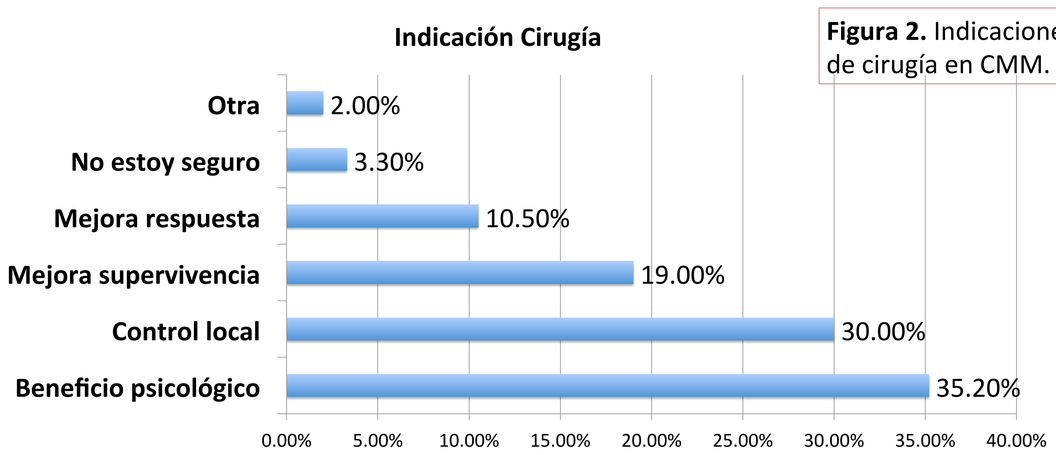


Figura 2. Indicaciones de cirugía en CMM.

(3) **RM en el CMM al diagnóstico:** El 80% de encuestados considera la RM indicada, el 60% sólo la realizarían previa solicitud de la paciente. Tipo de reconstrucción (Figura 3), no recomendado colgajo microquirúrgico.

	RM SIN RDT	RM CON RDT
Inmediata	74,5%	44,5%
Diferida	22,5%	49%
Prótesis	52,5%	12,5%
Reconstrucción autóloga	44,5%	81%
1. Dorsal ancho	20%	35%
2. Colgajo libre	14,5%	26%
3. otro colgajo pediculado	10%	20%

Figura 3. Tipo de RM

(4) **RM tras cirugía 1ª y posterior CMM:** La mayoría (96,5%) reconstruirían, aunque dependerá de (por orden de importancia reflejado en la encuesta): (1) la expectativa de vida (no hay consenso), (2) comorbilidades, (3) tiempo de enfermedad estable (Figura 4), (4) respuesta al tratamiento, (5) edad (no hay consenso), (6) localización (peor pronóstico cerebrales > pulmón > hígado >hueso) y (7) carga/volúmen tumoral.

Agradecimientos por su colaboración en la difusión de la encuesta a **AECIMA** (Asociación Española de Cirujanos de la Mama) y **SECPRE** (Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética).

Correspondencia: **begodelanoval@gmail.com**

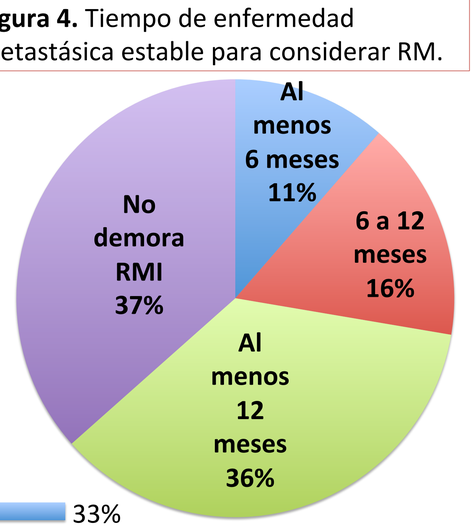
Encuesta: Si desea aportar sus respuestas a la encuesta, puede hacerlo en el formulario online visitando https://goo.gl/9UWhc8 o escaneando con su móvil el código QR

5. Conclusión.

Dada la previsión de largas supervivencias en pacientes jóvenes con cáncer de mama metastásico, y por tanto, un incremento en las pacientes que solicitarán la reconstrucción mamaria, creemos que es **necesario establecer protocolos de actuación con criterios uniformes en su indicación** y opciones reconstructivas más adecuadas. Por otra parte, hacen falta estudios prospectivos de supervivencia y calidad de vida en éste grupo de pacientes.

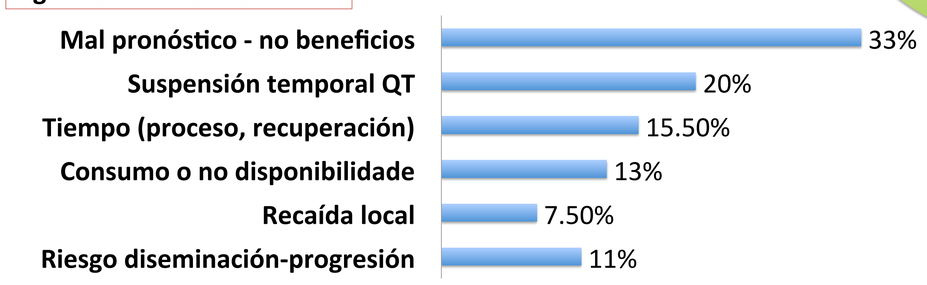
(4) El 50% de encuestados se plantearía RM independientemente a la localización de la enfermedad metastásica, considerando como factores más importantes la enfermedad estable, el subtipo tumoral histológico (70%) y el número-volúmen de las lesiones (60%).

Figura 4. Tiempo de enfermedad metastásica estable para considerar RM.



(5) **Motivos para rechazar RM** (Figura 5)

Figura 5. Motivos de no-RM.



(6) **Otras aportaciones de los encuestados:** "Importancia de la autoestima y ayudar en el autocuidado." "El simple planteamiento de RM genera mucho estrés en la paciente." Adecuado asesoramiento, soporte medico y psicológico." "Individualizar y ajustar el esfuerzo reconstructivo a cada paciente, el pronóstico no se cálcula."

El 91% de los encuestados se mostró satisfecho o muy satisfecho al finalizar la encuesta.

4. Comentarios.

El 6% cánceres de mama diagnosticados tienen enfermedad metastásica. **No hay ningún consenso** que contraindique, ni establezca criterios, para la RM en el cáncer de mama metastásico. Sin embargo, el número de mujeres con CMM que se someten a RM, ya sea inmediata o diferida, es bajo. El tumor mamario en el CMM ha sido tratado con quimioterapia y la cirugía relegada a situaciones paliativas, asumiendo un mal pronóstico. La guía de la National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2009) recomienda la mastectomía, si no hay control local de la enfermedad y no da lugar a la RM.

El número de mujeres con CMM que se plantean RM está en aumento. Sabemos que el CMM es una **enfermedad incurable,** con un pronóstico limitado y que la reconstrucción mamaria es un proceso largo en el tiempo y controvertido. Sin embargo, **alrededor del 50% pacientes con CMM solicitan RM** (2010, Grupo Nacional de Mastectomía y Reconstrucción Mamaria del Reino Unido-NMBR).

Gracias a nuevas opciones terapeúticas la mediana de **supervivencia** ha aumentado a 30 meses (16 a 45 meses), con calidad de vida mantenida (el 5% pueden llegar a superar los 10 años) en las que la RM puede plantearse.

Debido a la heterogeneicidad en la distribución sanitaria y de recursos, es habitual que la reconstrucción mamaria sólo se realice en **centros de nivel III o privados** con unidades especializadas.

Hay una considerable **variabilidad en las respuestas**, el principal motivo tanto para la indicación como el rechazo de la RM es el beneficio psicológico. Se consideran **factores pronósticos:** la edad, el tiempo de enfermedad estable, la respuesta a quimioterapia, la opción a líneas de tratamiento futuras, el subtipo histológico tumoral, la localización y la carga tumoral. Predomina la indicación de **reconstrucción** inmediata con prótesis o dorsal ancho en pacientes sin radioterapia, o que no la recibirán. En caso de radioterapia es preferible la reconstrucción diferida autóloga con dorsal ancho.

Bibliografía

- Quinn EM, Kealy R, O´Meara S, et al. Is there a role for loco-regional surgery in stage IV breast cancer? Breast. 2015;24(1):32-7.
- Mátrai Z, Rényi Vámos F. Surgical possibilities in the treatment of advanced and locally recurrent breast cancers. Orv Hetil. 2014;155(37):1461-8.
- King TA, Lyman JP, Gonen M, et al. A prospective analysis of the role of surgery in stage IV breast cancer. Proceedings of the 36th Annual CTRC-AACR San Antonio Breast Cancer Symposium. December 2013; San Antonio-Philadelphia. Cancer Res 2013;73(24 Suppl):Abstract SABCS13-P2-18-09.
- Durrant CA, Khatib M, Macneill F, et al. Mastectomy and reconstruction in stage IV breast cancer: a survey of UK breast and plastic surgeons. The Breast. 2011;20:373-9.
- Neuman HB, Morrogh M, Gonen M, et al. Stage IV breast cancer in the era of targeted therapy: does surgery of the primary tumor matter? Cancer. 2010;116(5):1226-33.
- Godfrey P, Godfrey N, Romita MC. Immediate autogenous breast reconstruction in clinically advanced disease. Plast Reconstr Surg.1995;95(6):1039-44.