

REHABILITACION EN CANCER DE MAMA

Coordinador: Dr. Hernando Paredes F.

Integrantes: Dra. Nuvia Aliaga M, Dra. Garbiñe Ballesteros R.,
Dr. Wilfredo Calderón, Dra. Gladys Ibáñez R., Kigo.:Sra. Paulina Araya

La Rehabilitación en Cáncer de Mama debe realizarse en forma integral contemplándose los siguientes aspectos:

1. Psicológicos
2. Sociales
3. Físicos => Rehabilitación Kinésica
 => Reconstrucción Mamaria

Objetivo:

El presente documento de consenso considerará los aspectos físicos de la rehabilitación del cáncer de mama proporcionando información y recomendaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de la paciente tratada por un cáncer de mama.

Recomendaciones:

Rehabilitación Kinésica:

- En el período pre-operatorio se debe proporcionar información en relación a los ejercicios respiratorios que se realizarán posteriormente.
- En el período post-operatorio inmediato se debe lograr una recuperación temprana de las funciones motoras del miembro superior afectado por una disección axilar: antes de 1 mes.
- Los ejercicios de la extremidad superior afectada se inician en la medida que el débito del drenaje ha disminuido, comenzando alrededor del 7º día del post-operatorio. Sin embargo, desde el primer día la paciente puede realizar una abducción y flexión del hombro hasta los 40º y las rotaciones a tolerancia.
- En las pacientes operadas por cáncer de mama con problemas respiratorios, edad avanzada o en las que se realizó simultáneamente una reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo de recto abdominal, deben tener kinesioterapia respiratoria en el post-operatorio inmediato, basada en: ejercicios respiratorios diafragmáticos y costal inferior, tos asistida y en algunos casos movilización de secreciones.
- En pacientes en que se realiza reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo de recto abdominal debe realizarse prevención de trombosis de extremidades inferiores realizándose ejercicios activos de extremidades inferiores e isométricos de glúteos.
- En el post-operatorio inmediato la paciente debe ser evaluada y de acuerdo a los problemas pesquidados se planificará un tratamiento individual.

Evaluar:

1. Función de la extremidad afectada por la disección axilar.
 2. Edema del brazo.
 3. Función motora en general.
- Es recomendable la realización de ejercicios terapéuticos grupales cuyo objetivo es entregar normas generales de manejo y consolidar lo logrado en el período post-operatorio inmediato.

RECOMENDACIONES

Reconstrucción Mamaría (RM)

1. La RM debe ser considerada en las pacientes en que debe realizarse una mastectomía.
2. Es necesario realizar una adecuada evaluación de la paciente para determinar si es posible la RM y cuál puede ser el mejor método.
3. Los implantes se indican preferentemente en pacientes de edad avanzada, condiciones de salud deficiente, en quienes deseen un procedimiento quirúrgico más simple y cuando las expectativas de vida no son prolongadas.
4. Los tejidos autólogos se recomiendan preferentemente en pacientes jóvenes, en buenas condiciones de salud y con expectativas de vida prolongada. Las pacientes pueden recibir radioterapia previa y no deben tener contraindicaciones para una cirugía mayor que requiere de una adecuada microcirculación.
5. Es posible realizar radioterapia después de una RM con colgajo miocutáneo de recto abdominal.
6. Se prefiere realizar RM inmediata.
7. La RM inmediata con conservación de piel mejora los resultados cosméticos permitiendo aproximarse a la excelencia.
8. La RM inmediata con conservación de piel es un método adecuado en pacientes con cáncer de mama precoz que requieren mastectomía.
Deben considerarse los conceptos oncológicos en forma estricta, tanto en la realización de la mastectomía como en la distancia del tumor a la sección quirúrgica.

1. La RM debe ser considerada en las pacientes en que debe realizarse una mastectomía.

La mastectomía continúa siendo una indicación frecuente en el tratamiento del cáncer de mama y produce un importante trauma en la mujer debido a que la mama constituye un signo de femineidad.

La RM alivia el impacto de la mastectomía y mejora la calidad de vida de la paciente que requiere la extirpación de una mama. Es importante destacar que la RM produce un importante beneficio psicológico debido a que concentra la atención de la paciente en el aspecto reparador, permitiendo disminuir la importancia del diagnóstico de cáncer.

Se ha demostrado que no existen diferencias de supervivencia en pacientes con o sin RM (evidencia nivel II), no se observan mayor número de recurrencias locales (evidencia nivel II) y no existe un retardo en el diagnóstico de las recurrencias locales (evidencia nivel II).

2. Adecuada evaluación

Cuando se determina la necesidad de una mastectomía es necesario una evaluación de la paciente para poder definir si es candidata a una RM y cuál puede ser el método más indicado.

Se requiere evaluar las condiciones generales como edad, obesidad, hábito de fumar y enfermedades que alteren la microcirculación. Por otra parte es necesario examinar los tegumentos del tórax y el estado de la pared abdominal.

3. Recomendaciones para el uso de los implantes

Existen en la actualidad prótesis de mejor calidad y ha aumentado la experiencia con el uso de los expansores-prótesis que permiten mayores alternativas para definir el volumen final del implante.

La RM con implante constituye un procedimiento de menor complejidad quirúrgica y permite una rápida recuperación post operatoria. Por otro lado, se observan mayores probabilidades de complicaciones, que en la mayoría de los casos significan un fracaso completo de la reconstrucción.

La RM con implante se prefiere en pacientes de edad avanzada, condiciones de salud deficientes, en pacientes que deseen un procedimiento más simple y cuando las expectativas de vida no son prolongadas.

4. Recomendaciones para el uso de tejidos autólogos

Los colgajos miocutáneos constituyen la primera opción para una RM en muchos centros en el mundo, debido a los mejores resultados cosméticos obtenidos. (evidencia nivel II).

El colgajo miocutáneo de dorsal ancho se utiliza para reparaciones de la pared torácica sin intento de reconstrucción mamaria.

Los colgajos más utilizados en la actualidad son los colgajos miocutáneos de recto abdominal pediculados o libres, con sutura microquirúrgica de vasos epigástricos inferiores a los vasos subescapulares de la axila.

La RM con tejido autólogo constituye una cirugía de alta complejidad y con tiempo de recuperación mayor que la colocación de un implante. En la actualidad presentan escasas complicaciones en equipos experimentados, logrando reconstrucciones que se aproximan a la perfección.

Se recomienda la RM con tejido autólogo en pacientes jóvenes, aunque puede realizarse hasta aproximadamente los 60 años de edad. Se requieren buenas condiciones de salud y expectativas de vida prolongadas.

Son contraindicaciones absolutas de efectuar esta operación, la enfermedad pulmonar crónica, la enfermedad cardiovascular crónica, hipertensión arterial no controlada y la diabetes mellitus insulino-dependiente.

Deben considerarse como factores de riesgo la obesidad, el hábito de fumar, las enfermedades autoinmunitarias (esclerodermia, Reynaud, etc.), la diabetes mellitus y las cicatrices abdominales.

Cuando existen estos factores de riesgo debe intentarse mejorar la irrigación del colgajo miocutáneo, lo cual puede conseguirse utilizando doble pedículo en el caso de RM con colgajo miocutáneo de recto abdominal, realizando colgajo miocutáneo libre o combinando el colgajo pediculado más una sobrecarga de irrigación, dado por una anastomosis vascular micro quirúrgica.

5. Es posible realizar radioterapia después de una RM

En pacientes con cáncer de mama localmente avanzado, se recomienda realizar primero los tratamientos oncológicos con quimioterapia y radioterapia, realizando al final la mastectomía con RM inmediata, de esta forma se evitaría la radioterapia sobre la reconstrucción mamaria, lo que es preferible. Sin embargo, se puede realizar radioterapia sobre la reconstrucción sin complicaciones mayores.(evidencia nivel III)

En aquellas pacientes en etapas I y II en que se realiza mastectomía y RM

inmediata decidiéndose una radioterapia post operatoria debido al resultado de la anatomía patológica, se ha visto que no se producen grandes alteraciones en la RM.

En un estudio realizado en el MD Anderson Cancer Center, en Houston, se evaluaron 19 pacientes con RM con colgajo miocutáneo de recto abdominal en que se realizó radioterapia post reconstrucción mamaria. Se concluye que la radioterapia puede realizarse en forma segura en pacientes de alto riesgo de recurrencia local, permitiendo mantener un resultado cósmetico excelente y logrando un buen control locoregional.

6. Actualmente se prefiere realizar la RM inmediata.

El impacto psicológico de la RM ha sido extensamente estudiado, siendo más apreciado el concepto de reconstrucción mamaria temprana que el resultado quirúrgico en sí mismo (evidencia nivel II). La mujer acepta más fácilmente la RM inmediata, sufriendo menor depresión al mantener su corporalidad (evidencia nivel II).

La RM inmediata no significa un mayor riesgo operativo, evita una nueva anestesia y una nueva cirugía. Los costos totales de las operaciones separadas son 45 a 62% mayores que la cirugía inmediata (evidencia nivel II).

La RM inmediata permite un mejor resultado cósmetico al poder conservar piel de la mama extirpada, manteniendo color y textura similar a la mama opuesta y facilitando al cirujano el modelado de la neomama. (evidencia nivel II)

7. La RM inmediata con conservación de piel es un procedimiento adecuado en pacientes con cáncer de mama precoz que requieren mastectomía (evidencia nivel III).

Desde la primera publicación realizada en el año 1991 por Stephen S. Kroll, del Instituto Anderson de Houston, ha aumentado la experiencia en relación a los riesgos oncológicos de conservar piel de la mama en etapas I y II, al realizar una mastectomía con RM inmediata. Se especifica que el tumor debe quedar lejos del margen quirúrgico al igual que en una cirugía conservadora (> de 1 cm.) y en aquellos casos que se estime un alto riesgo de recurrencia local según el resultado de la anatomía patológica, se realiza radioterapia post operatoria.

En una última publicación de MD Anderson Cancer Center, del año 1996, se evalúan 545 pacientes en etapas I y II en quienes se realizó RM inmediata con conservación de piel. La incidencia de recurrencia local fue de 2,6%, concluyendo que la recurrencia local al conservar la piel se manifiesta en función de la biología del tumor y la etapa de la enfermedad, no siendo afectada por la mastectomía con conservación de piel.

La conservación de la piel de la mama no representa ningún riesgo de aumento de recurrencia en mastectomías realizadas en Ca In situ, en las pacientes en que se encuentra indicada la extirpación de la mama, debido a multicentricidad o gran extensión de la lesión.

En la actualidad se considera a la reconstrucción mamaria como parte del tratamiento del cáncer de mama cuando ha sido necesario realizar una mastectomía.

Bibliografía

1. Wellisch DK, Schaine WS, Noone RB, Little JW. Psychosocial correlates of immediate versus delayed reconstruction of the breast. *Plast Reconstr. Surg* 1985; 76: 713-718.
2. Handel N. Breast reconstruction Overview, in Silverstein MJ. Ductal Carcinoma In Situ of the Breast, ed. Williams and Wilkins, USA, pp. 505-519, 1997.
3. Benk RW, Grotting C. Conceptual considerations in breast reconstruction. *Clinics in Plastic Surg* 1995; 22: 141-152.
4. Khoo A, Kroll S. A comparison of resource cost of immediate and delayed breast reconstruction. *Plastic Reconstr Surg* 1998; 101: 964-968.
5. Kelly K, Hunt, MD, Bonnie J, Baldwin, Eric A, Strom, et al. Feasibility of post mastectomy radiation therapy after TRAM flap Breast Reconstruction. *Am Surg Oncol*, Vol.4, N°5, 1997
6. Corral J. and Mustoe T. Controversy in Breast Reconstruction. *Surgical Clinics of North America*. Vol.76 N°2 april 1996.
7. Singletary E. Skin sparing mastectomy with immediate breast reconstruction: The MD Anderson Cancer Center experience. *Ann Surg Oncol* 1996; 3: 411-416.
8. Kroll S, Ames F, Singletary E. et al. The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. *Surg Gynecol Obst* 1991; 172:17-20.
9. Jensen A. Glandular replacement therapy for patients with ductal carcinoma in situ, in Silverstein MJ. Ductal Carcinoma In Situ of the Breast, ed, Williams A; Wilkins, USA 521-533, 1997.

