

Oncoplastia extrema

Régis Resende Paulinelli, MD, PhD

Universidade Federal de Goiás

Hospital de Câncer Araújo Jorge em Brazil



Peores escenarios en la cirugía oncoplástica.

Cómo aumentar los índices de conservación de las mamas en el cáncer de mama localmente avanzado, en mamas pequeñas, en tumores multicéntricos.



REVIEW ARTICLE

DOI: 10.29289/2594539420180000320

ONCOPLASTIC SURGERY IN CONSERVATIVE SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED BREAST CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW

Cirurgia oncoplástica no tratamento cirúrgico conservador do câncer
de mama localmente avançado: uma revisão sistemática

Daniela Cristina Camarotti Camara Escorel Ribeiro^{1*}, Cláudia Almeida de Araújo Góes², Naiana Sacramento Couto Andrade², Lucas Geovane Ramos³, Luiz Fernando Jubé Ribeiro⁴, Régis Resende Paulinelli⁴

Mastology, 2018;28(3):195-201

Primero, ¿es seguro? Recientemente hemos publicado una revisión sistemática de la literatura sobre el tratamiento quirúrgico conservador del cáncer de mama localmente avanzado. Está en inglés. Te invito a leerlo. Hay mucha evidencia científica de su seguridad. Desafortunadamente, no hay ensayos aleatorios. Pero hay muchas pruebas de nivel 3 y de nivel 2.

Sólo por nombrar algunos papers:

En esta análisis de casi 40.000 pacientes con tumores de más de 5 centímetros de la base de datos nacional sobre el cáncer en los Estados Unidos, una décima parte de los pacientes recibieron tratamiento conservador y la supervivencia global de 10 años fue la misma que en el grupo de mastectomía.

Esta otra investigación sugiere que el tamaño del tumor y la positividad de los ganglios linfáticos pueden ser más importantes que la afectación limitada de la piel.

Este gran estudio europeo con más de 6000 pacientes con cáncer de mama con enfermedad multifocal o multicéntrica tratada con quimioterapia neoadyuvante demostró que la conservación de las mamas tuvo resultados similares a la mastectomía.

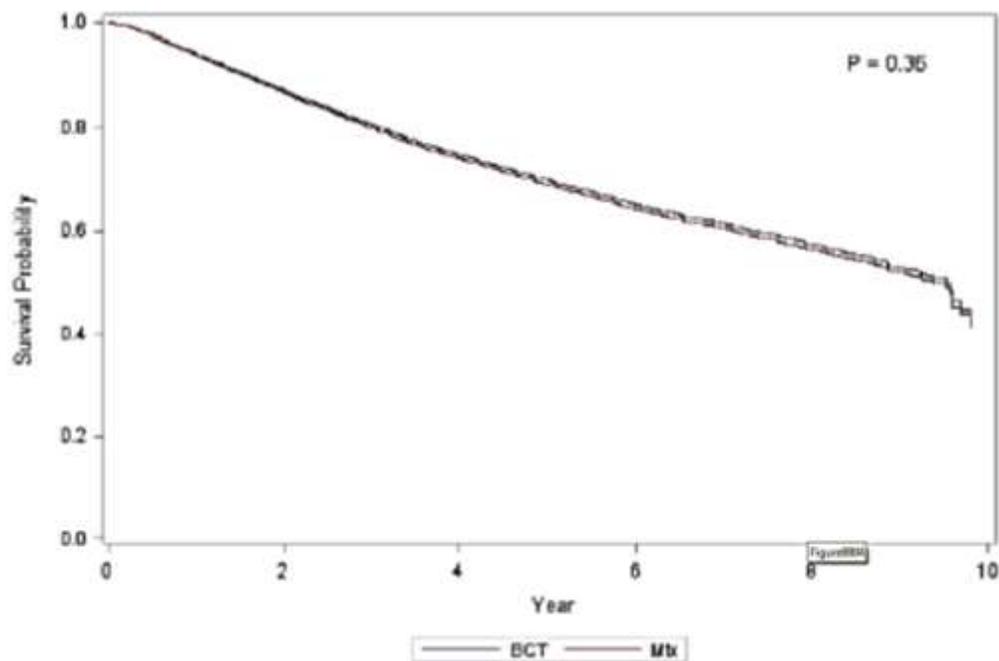


Breast Conservation Versus Mastectomy in Patients With T3 Breast Cancers (>5 cm): An Analysis of 37,268 patients from the National Cancer Database

Anna Mazor, DO^{*}, Alina Mateo, MD^{*}, Lyudmila Demora, MS[†], Elin R. Sigurdson, MD, PhD^{*}, Elizabeth Handorf, PhD[†], John M. Daly, MD^{*}, Allison Aggon, DO^{*}, Penny R. Anderson, MD[†], Stephanie E. Weiss, MD[†], and Richard J. Bleicher, MD^{*,§}

^{*}Department of Surgical Oncology, Fox Chase Cancer Center, 333 Cottman Avenue, Philadelphia, PA 19111

[†]Department of Biostatistics, Fox Chase Cancer Center, 333 Cottman Avenue, Philadelphia, PA 19111



Skin Involvement and Breast Cancer: Are T4b Lesions of All Sizes Created Equal?



Diana Silverman, DO, Karen Ruth, MS, Elin R Sigurdson, MD, PhD, FACS, Brian L Egleston, PhD, Lori J Goldstein, MD, Yu-Ning Wong, MD, MPH, Marcia Boraas, MD, FACS, Richard J Bleicher, MD, FACS

Ann Surg Oncol (2015) 22:1118–1127

DOI 10.1245/s10434-014-4122-7

Annals of

SURGICAL ONCOLOGY

OFFICIAL JOURNAL OF THE SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY

ORIGINAL ARTICLE – BREAST ONCOLOGY

Impact of Multifocal or Multicentric Disease on Surgery and Locoregional, Distant and Overall Survival of 6,134 Breast Cancer Patients Treated With Neoadjuvant Chemotherapy

Beyhan Ataseven, MD¹, Bianca Lederer, MD², Jens U. Blohmer, MD, PhD³, Carsten Denkert, MD, PhD⁴, Bernd Gerber, MD, PhD⁵, Jörg Heil, MD⁶, Thorsten Kühn, MD, PhD⁷, Sherko Kümmel, MD⁸, Mahdi Rezai, MD⁹, Sibylle Loibl, MD, PhD², and Gunter von Minckwitz, MD, PhD²

¹Department of Gynecology and Gynecologic Oncology, Kliniken Essen-Mitte, Essen, Germany; ²Headquarter, German Breast Group, Neu-Isenburg, Germany; ³Department of Gynecology and Obstetrics, St. Gertrauden Hospital, Berlin, Germany; ⁴Institute for Pathology, Charité, Berlin, Germany; ⁵Department of Gynecology and Obstetrics, University Hospital, Rostock, Germany; ⁶Department for Gynecology and Obstetrics, Interdisciplinary Breast Center, Esslingen, Germany; ⁷Department of Gynecology and Obstetrics, University Women's Clinic, Heidelberg, Germany; ⁸Breast Center, LUISENKRANKENHAUS, DÜSSELDORF, Germany; ⁹Department of Senology, Kliniken Essen-Mitte, Essen, Germany

¿Por qué es importante probar el tratamiento conservador en casos tan difíciles? ¿No sería mejor o más fácil realizar una mastectomía?

Estamos creando una base de datos de nuestras pacientes que han completado todas las etapas de reconstrucción mamaria y regresado después de al menos 6 meses de cirugía o radioterapia.

En esta análisis parcial de 567 pacientes, la reconstrucción mamaria parcial, es decir, la oncoplastia, condujo a una satisfacción mucho mejor, utilizando el BREAST Q, mucho menos complicaciones, a la misma tasa de recurrencia local que la mastectomía y con un número menor de cirugías.

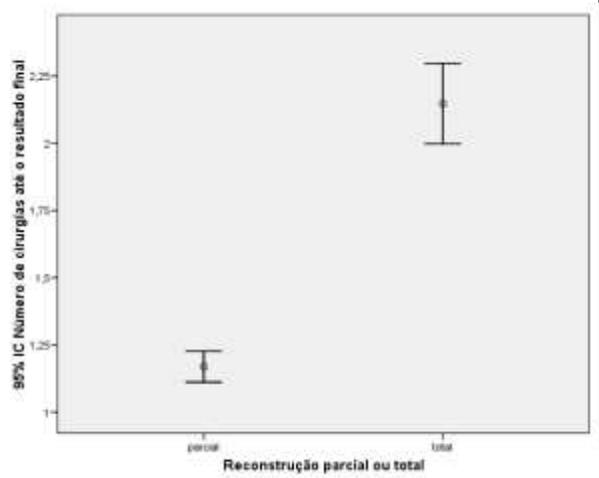
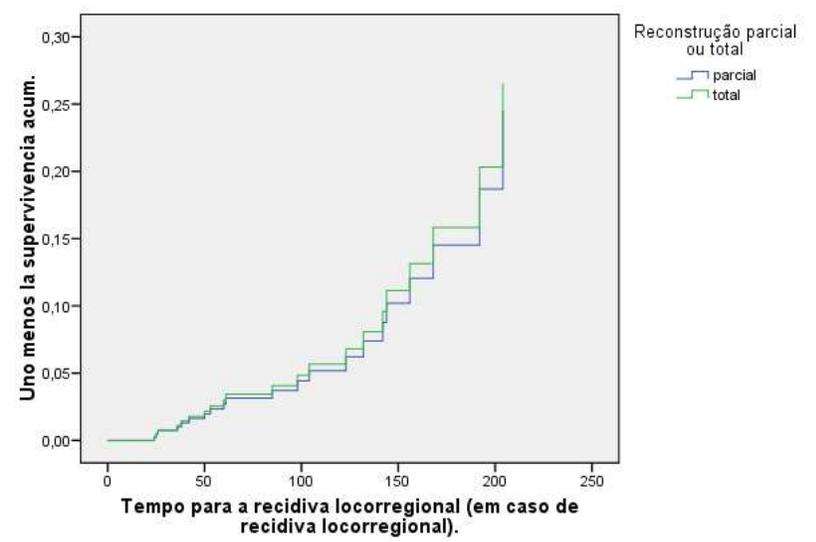
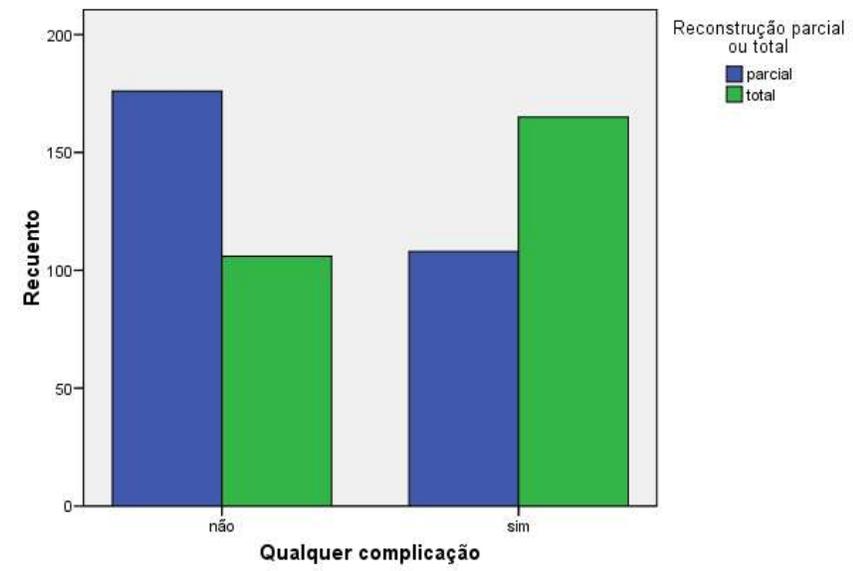
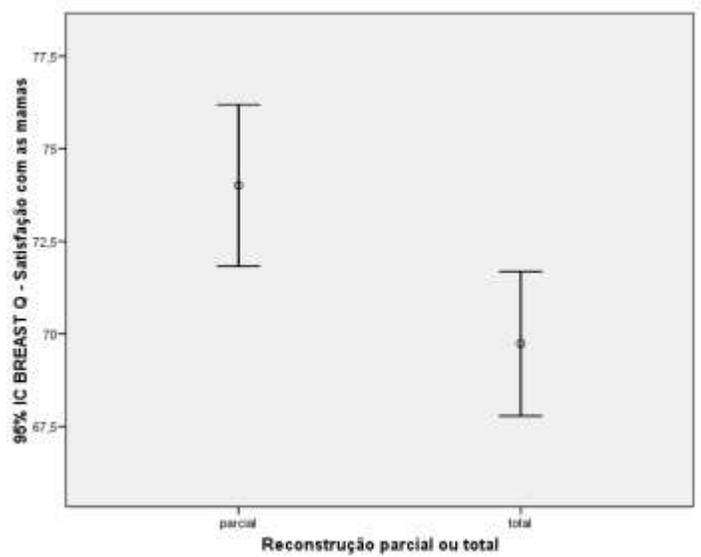
Todo el mundo puede mostrar resultados hermosos en las conferencias, pero nadie quiere mostrar complicaciones y malos resultados: contractura capsular después de la radioterapia, necrosis de la piel, infección, pérdida de implantes.

Mucha más investigación apoya la misma conclusión. Es mucho mejor hacer una reconstrucción parcial que una reconstrucción mamaria total siempre que sea posible.

- 567 pacientes

OR (complicaciones)
2,54 (1,80-3,57)

HR (recurrencia local): 1,10 (0,42-2,90)



El Dr. Silverstein, de los Estados Unidos, popularizó el término: oncoplastia extrema, después de publicar 66 casos de conservación de mamas asociados con mamoplastia, con las mismas tasas de recurrencia local y reescisión que en el caso de tumores más pequeños. Sin embargo, un menor aumento del riesgo de márgenes cercanos y conversión a mastectomía.

El Dr. Benigno Nebril de España publicó recientemente otros 33 casos y el Dr. Richard Raisbury, del Reino Unido, 90 casos, con resultados similares.



ORIGINAL ARTICLE

Extreme Oncoplasty: Breast Conservation for Patients Who Need Mastectomy

Melvin J. Silverstein, MD,^{*,†} Nirav Savalia, MD,^{*,†} Sadia Khan, DO,^{*,†} and Jessica Ryan, MD^{*,†}

^{*}Hoag Memorial Hospital Presbyterian, Newport Beach, California; [†]Department of Surgery, Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, California

Table 1. Standard Oncoplasty versus Extreme Oncoplasty

	Standard (≤50 mm)	Extreme (>50 mm)	p-value
N	245	66	
Mean weight	142 g	217 g	<0.01
Mean span	23 mm	77 mm	<0.01
No ink on tumor	236/245 (96%)	55/66 (83.3%)	<0.01
Margins close but clear (0.1–0.9 mm)	19/245 (7.8%)	19/66 (28.8%)	<0.01
Margins (≥1 mm)	217/245 (88.6%)	36/66 (54.5%)	<0.01
Re-excision	17/245 (6.9%)	6/66 (9.1%)	NS
Mastectomy	1/245 (0.4%)	4/66 (6.1%)	<0.01
Any local recurrence	3/245 (1.2%)	1/66 (1.5%)	NS
Mean FU	24 months	24 months	NS

Extreme oncoplasty: The last opportunity for breast conservation—Analysis of its impact on survival and quality of life

Benigno Acea Nebriil MD, PhD | Alejandra García Novoa MD, PhD | Natalia Polidorio MD | Carmen Cereijo Garea MD | Alberto Bouzón Alejandro MD | Joaquín Mosquera Osés MD

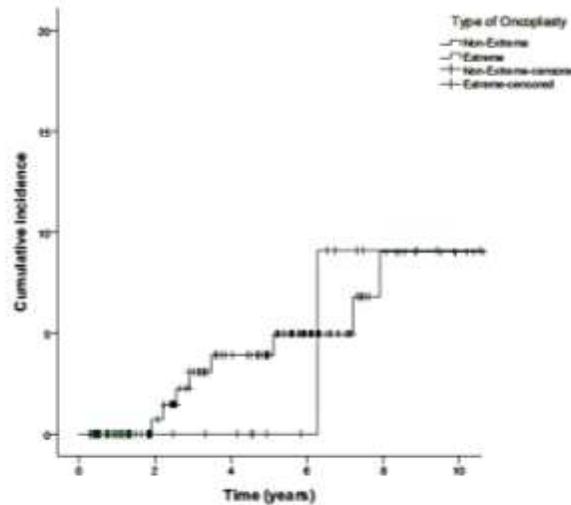


FIGURE 1 Actuarial incidence of local relapse at 10 years [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

33 oncoplastia extrema (16% de todos los T3 y T4)

Extreme oncoplastic conservation is a safe new alternative to mastectomy

Belinda C.S. Pearce ^{a,*,1}, Roanne N. Fiddes ^b, Nirmala Paramanathan ^a, Natalie Chand ^a, Siobhan A.M. Laws ^a, Richard M. Rainsbury ^a

^a Royal Hampshire County Hospital, Aldershot Road, Winchester, Hampshire, SO52 8NQ, UK
^b Salisbury District Hospital, Salisbury Road, Salisbury, SP2 8BQ, UK

90 oncoplastias extremas (18%)

7 recurrencia local: 1,1% en 5a y 16% en 10 a

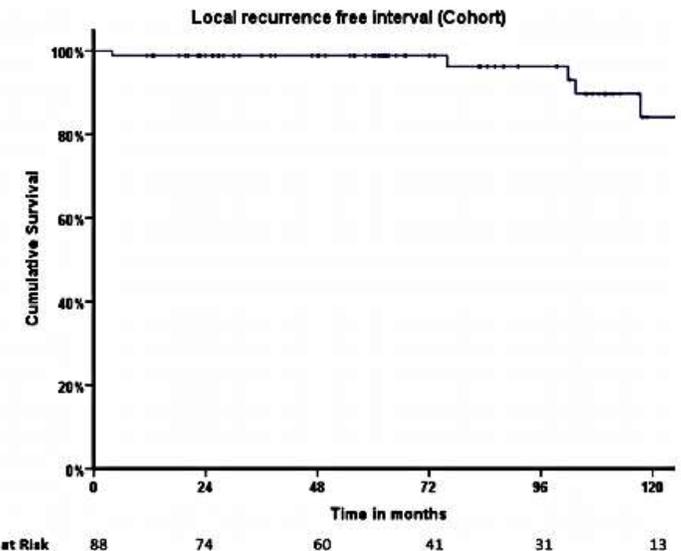


Fig. 1. Kaplan-Meier plot for all eOPBCS patients.

R

Después de revisar nuestra base de datos, encontramos 102 pacientes con tumores de más de 5 centímetros y fue posible hacer un tratamiento conservador en el 32,4% de los casos.

Teníamos las mismas tasas de reescisión, pero un menor riesgo más alto de conversión a mastectomía en comparación con tumores de menos de 5 centímetros.

Las tasas de recurrencia local fueron: 4% en 5 años y 14% en 10 años, en un seguimiento medio de 66 meses.

Curiosamente, podríamos hacer oncoplastia extrema en el doble de casos de lo que se vio en otras series. 32 frente a 10-18%. ¿Por qué fue posible?

Tumor > 5 cm: 102

Tamaño	<=5cm	>5cm	p
Tratamiento conservador	245 (58.5%)	33 (32.4%)	<0.01
Reescisión	9 (2.1%)	2 (2.0%)	NS
Conversión a mastectomía	3 (0.7%)	3 (3.0%)	0.039
Reconstrucción inmediata	372 (86.3%)	86 (84.3%)	NS

Recurrencia local HR 1.60 (0.36-7.01)

3,9% en 5 años y 14,3% en 10 años

Seguimiento medio: 66,07 (+57,49) meses

Obs.: Oncoplastia extrema: 10-18%

Cuando estaba aprendiendo cirugía oncoplástica, mis maestros me enseñaron que, conociendo estas 3 técnicas, podíamos resolver más del 90% de los casos.

Un pedículo superior para los tumores en los cuadrantes inferiores

Un pedículo inferior para tumores en los cuadrantes superiores

Y un bloqueo redondo para los senos con ptosis limitada

Para otras circunstancias, se necesitaría una mastectomía.

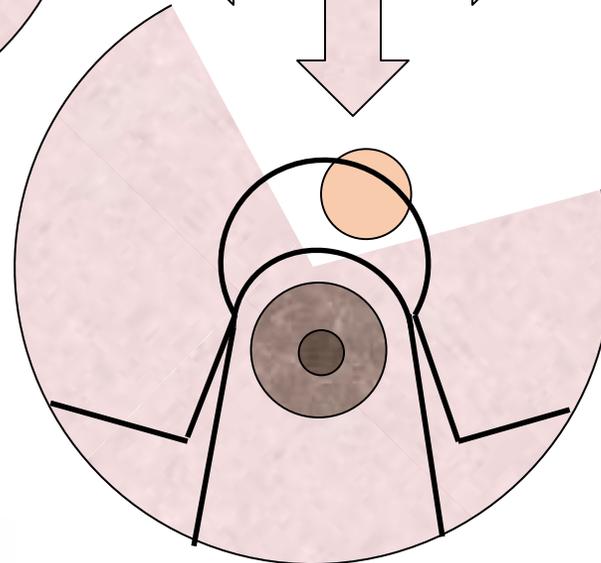
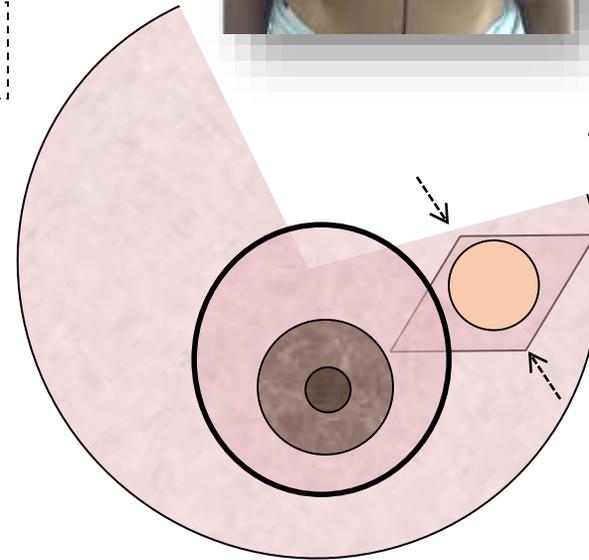
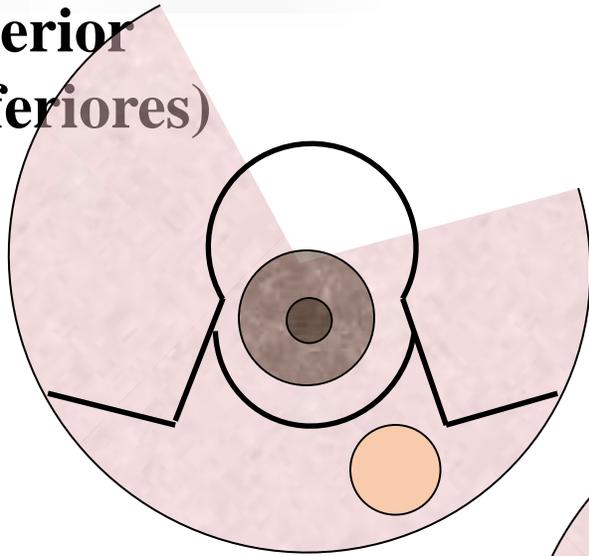
Tratamiento conservador



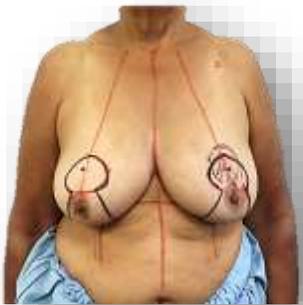
**Pediculo superior
(cuadrantes inferiores)**

Reconstruction

Round block



**Pediculo inferior
(cuadrantes superiores)**



En realidad, hay docenas de técnicas diferentes.

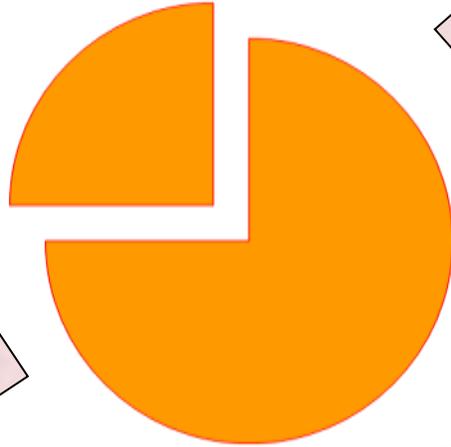
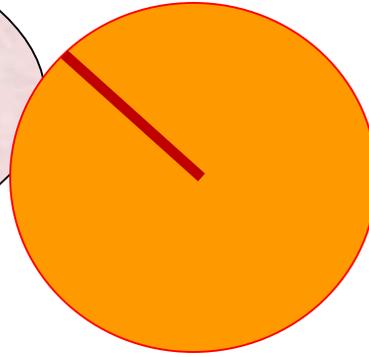
Siempre he estado ansioso por aprender todo lo que pude sobre cualquier cosa que pudiera ayudar a mis pacientes.

Las mamografías son solo un tipo de técnica de desplazamiento de volumen. Sólo para nombrar algunos: aquí se ve un triángulo de Burow; una rotación dermoglandular, una técnica de obturador.

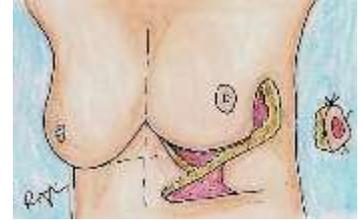
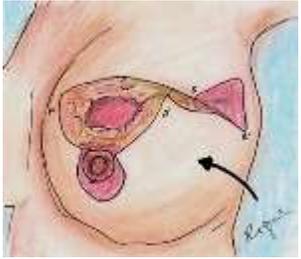
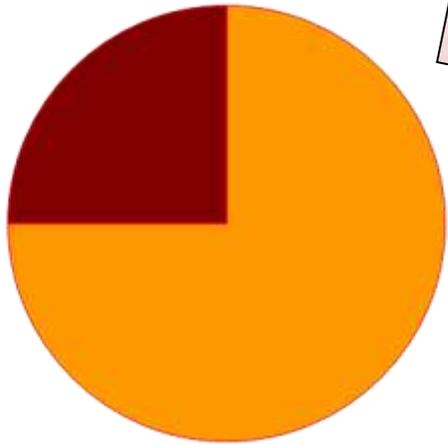
Y hay técnicas de reemplazo de volumen:

Como el colgajo toracolateral; colgajo toacoepgástrico; colgajo bilobulado, muchos colgajos perforadores, dorsal ancho, lipofilling inmediato y así sucesivamente.

**Desplazamiento
de volumen**



**Reemplazamiento
de volumen**



Tumores > 5 cm (33 reconstrucciones parciales)

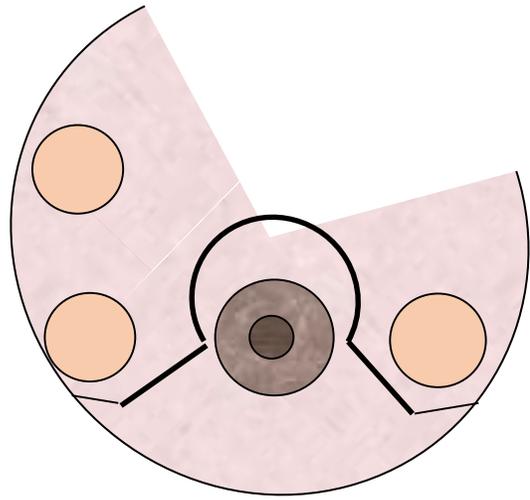
Mamoplastia 21 (63,6%)
Dorsal ancho 2 (6,1%)
Triángulos de Burow 2 (6,1%)
Colgajo toracoepgástrico 1 (3,0%)
Flap toracolateral 1 (3,0%)
Injerto de grasa inmediato 1 (3,0%)
Colgajo bilobulado 1 (3,0%)
Shutter 1 (3,0%)
Incisión radiada y reposicionamiento
del pezón 1 (3,0%)
Rotación glandular 1 (3,0%)
Grisotti 1 (3,0%)
Mamoplastia contralateral
21 (63.6%) Inmediata
2 (6.1%) Diferido
10 (30.3%) Ninguno

Patrón Wise: 17 (81,0%)
Compensación geométrica: 3 (14,3%)
Round block: 1 (5,9%)
Pediculos
Inferior 8 (38,1%)
Superior 4 (19,0%)
Escisión del NAC 4 (19,0%)
Superomedial 3 (14,3%)
Superolateral 1 (4,8%)
Pediculo independiente doble 1 (4,8%)

Mirando hacia atrás en mis datos, si sólo hubiera conocido mamoplastias, habría duplicado los casos de mastectomía en tumores tan grandes.

La mamoplastia inmediata contralateral fue importante para el éxito. Y en algunos casos, tuve que usar un tipo personal de mamoplastia llamado compensación geométrica, que voy a comentar.

También era importante dominar más tipos de pediculos areolares que los pediculos inferiores y superiores convencionales.



Las mamoplastias tienen algunas limitaciones. Por ejemplo, cuando el tumor compromete puntos de referencia importantes de la mamoplastia, como los pilares mediales o laterales, o cuando está lejos de las áreas de resección habituales. Especialmente cuando está demasiado cerca o involucrando la piel. A veces uso una técnica llamada plug flap, descrita por Dr. Daher, un cirujano plástico brasileño. Funciona bien en algunas ubicaciones, pero puede ser riesgosa cuando crea cicatrices paralelas que pueden afectar la vascularización.



Para resolver este tipo de problema, pensé en esta mamoplastia modificada, en la que mantenemos el triángulo inferior, generalmente resecado en el patrón Wise, y lo transponemos a la zona tumoral.

Este paciente, por ejemplo, tenía un tumor de 6,5 cm en el cuadrante medial superior de la mama derecha, con espesamiento del pezón y la piel, sin respuesta a la quimioterapia neoadyuvante. En lugar de extirpar el triángulo inferior, extirpamos un área geométricamente equivalente sobre el tumor. Al final, teníamos esta cicatriz en forma de Z en lugar de una T invertida. Pero la simetría fue muy buena 6 meses después de la quimioterapia.

Publicamos por primera vez, en 2014, en el Journal of Surgical Oncology, 17 casos como este. Este año, publicamos 73 casos, incluyendo algunas variaciones y evoluciones de la técnica. Fue elegido como contratapa del periódico.

Te invito a leerlo.

Compensación geométrica



Journal of Surgical Oncology

HOW I DO IT

Oncoplastic Mammaplasty With Geometric Compensation—a Technique for Breast Conservation

RÉGIS RESENDE PAULINELLI, MD, PhD,^{1*} VILMAR MARQUES DE OLIVEIRA, MD, PhD,² FÁBIO BAGNOLI, MD, PhD,²
MILCA CÉZAR CHADE, MD, PhD,² KATYANE LARISSA ALVES, MD,¹ AND RUFFO FREITAS-JUNIOR, MD, PhD¹

¹Mastology Program, Department of Gynecology and Obstetrics, Federal University of Goiás, Goiânia, GO, Brazil

²School of Medical Sciences, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

Received: 15 December 2019 | Accepted: 20 January 2020

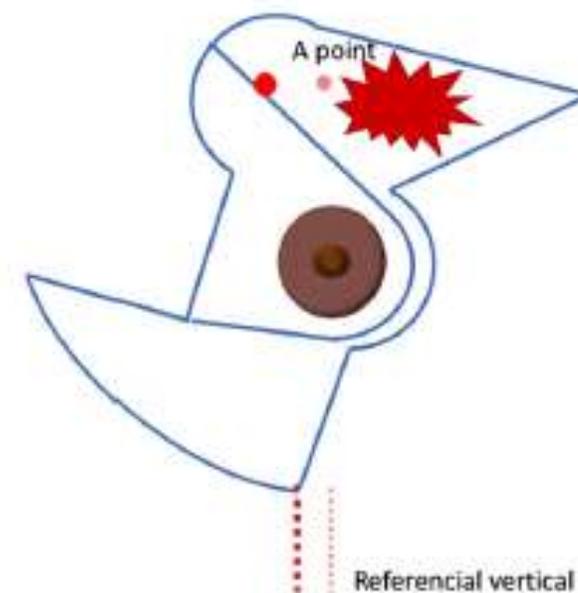
DOI: 10.1002/jsl.23668

HOW I DO IT



Oncoplastic mammaplasty with geometric compensation:
Evolution of the technique, outcomes and follow-up in a
multicentre retrospective cohort

Régis Resende Paulinelli MD, PhD^{1,2} | Vilmar Marques de Oliveira MD, PhD² |
Fábio Bagnoli MD, PhD² | Jaime Letzkus Berrios MD^{1,2} | Milca César Chade MD² |
Larissa Bragatto Picoli² | Thauana Dias Santos MD² |
Ana Paula Bastos de Carvalho MD² | Luiz Fernando Jubé Ribeiro MD, PhD² |
Ruffo Freitas-Junior MD, PhD^{1,2}





Asistir el **video** adjunto a la presentación.

Creo que este **video** le ayudará entender la compensación geométrica.

Era un paciente de 52 años, con un carcinoma ductal invasor, G3, TN, en la mama derecha, con un tumor palpable de 13 cm y retracción de la piel en el cuadrante medial superior, secreción sangrienta del pezón, sin respuesta a la quimioterapia neoadyuvante. T3N1M0. Las mamografías mostraron una extensa área de microcalcificaciones dentro de la zona palpable.

Aquí las marcas preoperatorias: El punto A es la proyección de mi dedo en el surco inframamario. Corresponde a la nueva posición del pezón.

Comprobamos la simetría. Aquí el área tumoral.

Marcamos una línea referencial inferior, a unos 10 cm de la línea media.

En los últimos años, tiendo a marcarlo 1 cm más y el pezón 2 cm más al sitio opuesto del tumor, debido a la retracción de la cicatriz.

La maniobra de Bisemberger estima la flacidez de la piel. Empujamos suavemente el pecho hacia arriba y hacia los lados.

A continuación, la línea horizontal, a 10 cm del punto A, o 6 cm del borde de la areola.

Aquí, mido el triángulo inferior y lo transfiero al sitio del tumor.

La lógica es muy simple. Sólo movemos el sitio de la escisión geoméricamente sobre el tumor.

La simetrización contralateral seguirá el patrón clásico Wise, con un pedículo superomedial, en este caso. Pero podría ser cualquier pedículo, según sea necesario.

La pieza de cuadrantectomía pesó 261g.

Marcamos los márgenes para la evaluación patológica.

En este caso, mantuvimos el volumen del cuadrante lateral inferior, porque, de lo contrario, la mama sería demasiado pequeña.

Acabamos de abrirlo. Usamos la misma incisión para el aclaramiento axilar. Acabamos de desepiltizarlo.

Así que estamos listos para cerrar. Primero los pilares verticales, luego el defecto.

Es importante cerrar la glándula y la piel para prevenir los sumideros.

Siempre utilizamos clips metálicos para orientar el impulso.

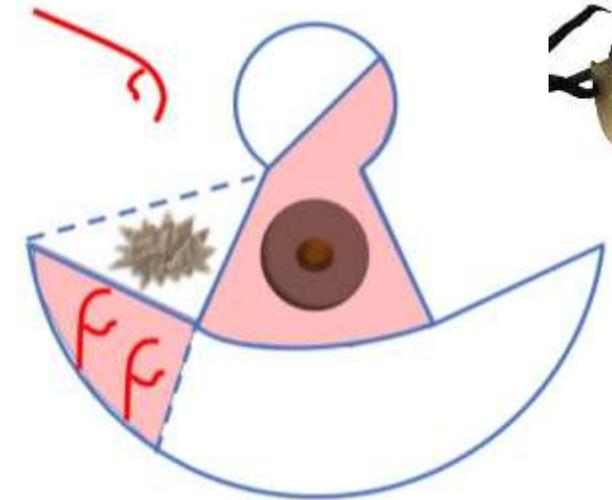
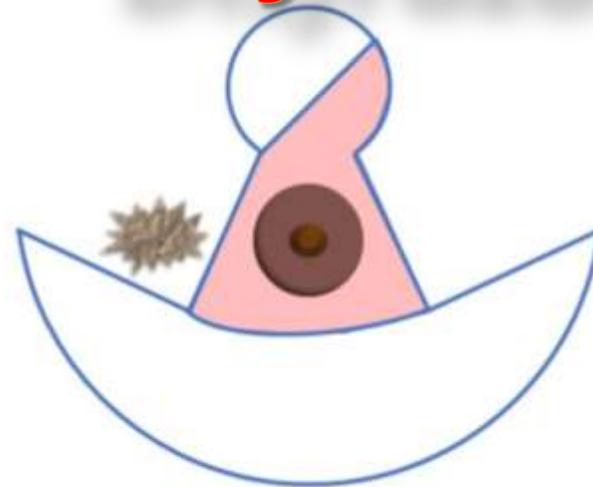
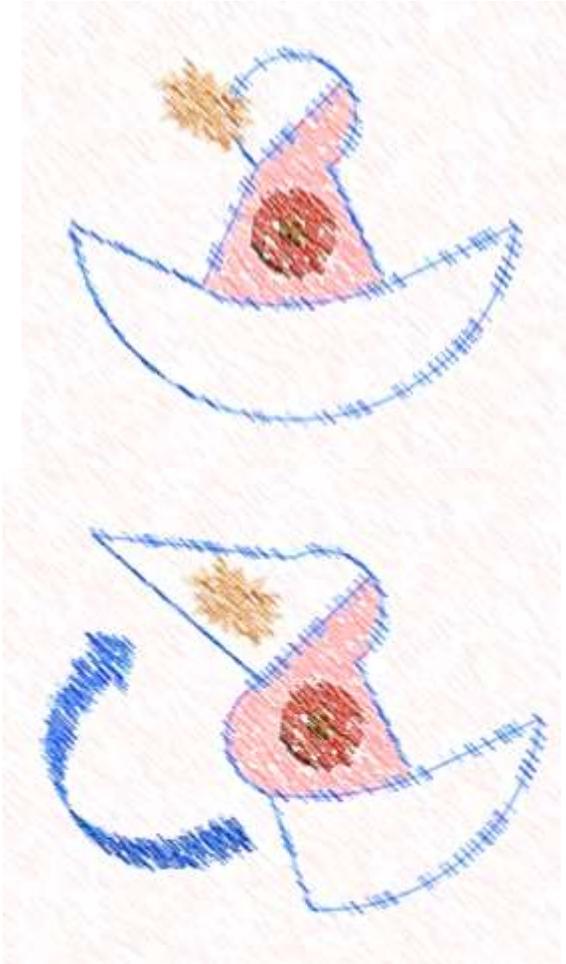
En este caso, fue posible reconstruir inmediatamente el NAC.

Para ello, desepitelizamos el sitio receptor y cosechamos parte del pezón contralateral y la areola, como un injerto libre.

Aquí está el resultado después de 1 mes.

Compensación Geométrica

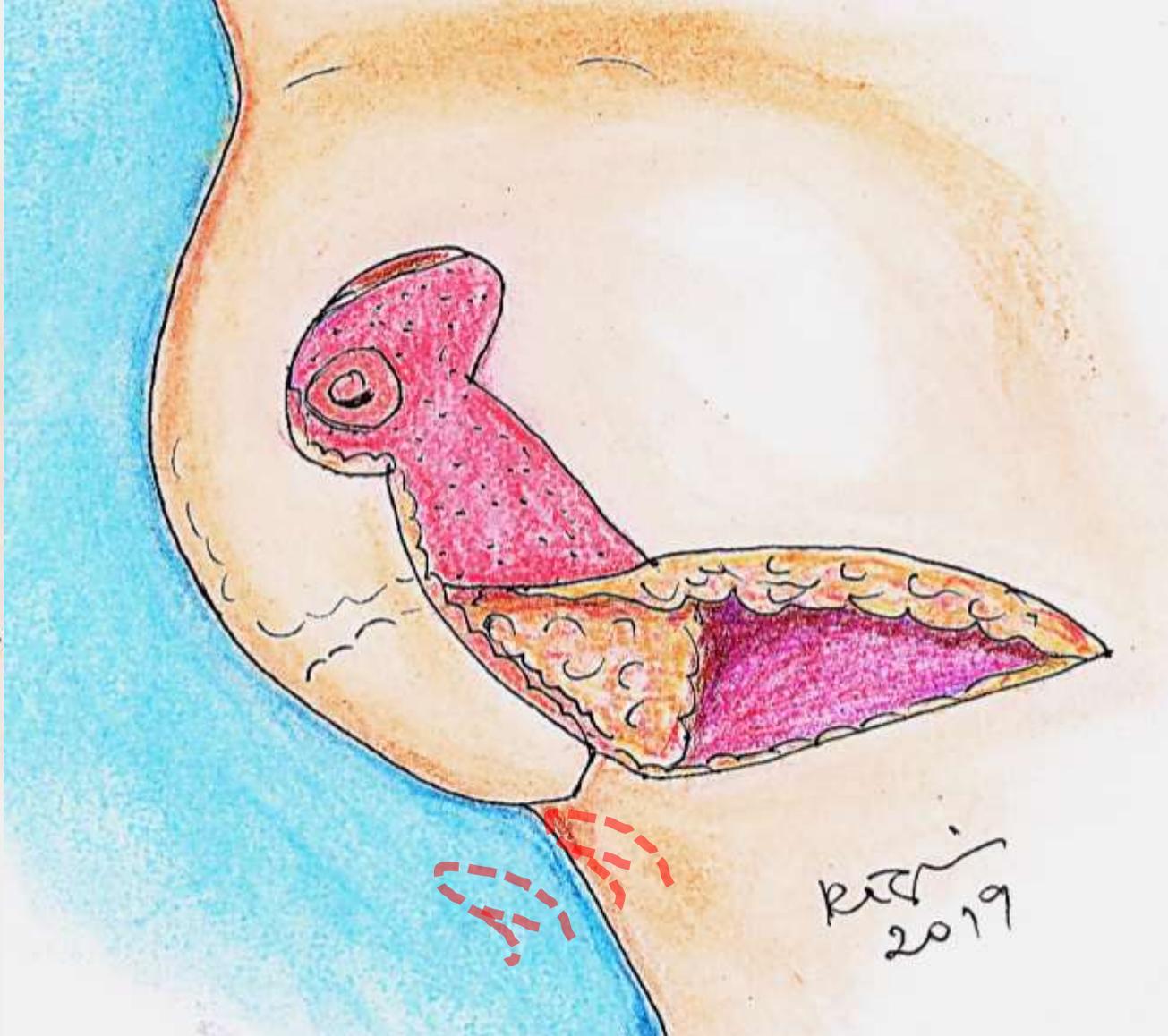
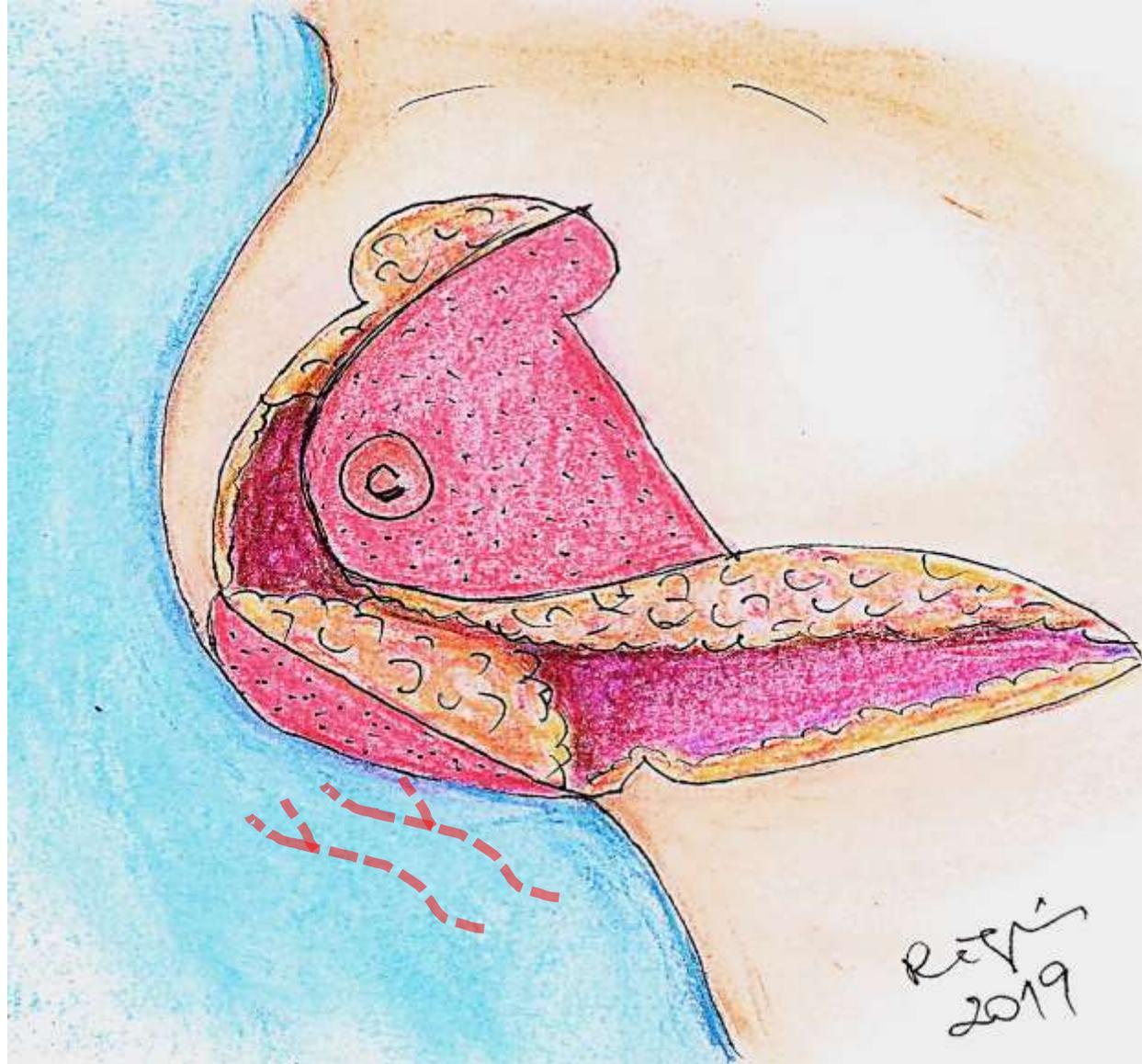
Disfrazada



Durante los últimos cuatro o cinco años, hemos estado tratando de evitar cicatrices sobre el tumor, cuando hay un margen superficial libre.

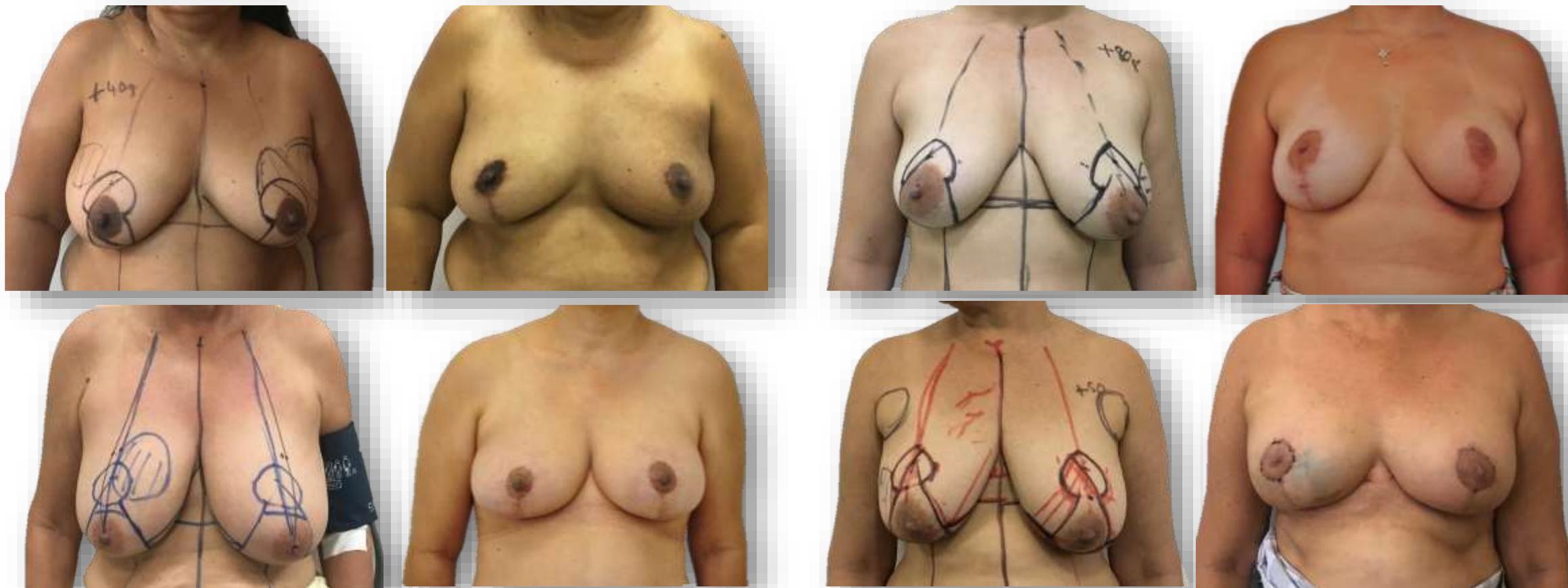
No podíamos dejar que la piel fuera demasiado delgada y desvascularizada, pero teníamos la idea de mantenerla unida al cuadrante inferior, para preservar el volumen y el suministro de sangre.

Como en la compensación geométrica, eliminamos todo el volumen correspondiente del triángulo inferior, pero del sitio del tumor. Sin resecciones de la piel, en esta nueva técnica. Hemos llamado a esto: compensación geométrica disfrazada.



***Here how it works: the thin skin over the pillar kept attached to the lower quadrant.
It is very easy to close it without tension.
We are now preparing the data for presentation and publication.***

- 17 casos (2016-2019)
- Todos los resultados buenos o excelentes (escala Harris).
-



Hasta ahora, tenemos 17 casos. Afortunadamente, sin complicaciones. Sin necrosis. Sin dehiscencia. Todos los resultados son buenos o excelentes según la escala Harris.



<https://rrpaulinelli.wixsite.com/oncoplasty>

Ustedes pueden ver un video de esta técnica, y más de 80 otros videos educativos, en mi sitio web personal.

Aquí está la dirección: <http://youtu.be/yglw881-C08>.

Puedes tomar una foto.

También puede escanear el código QR, si lo prefiere.



DR. REGIS RESENDE PAULINELLI
MASTOLOGISTA



rrpaulinelli@gmail.com



+55 62 99977-5509



www.drregismasto.com.br

Thank you!



oncoplasticacademy.com