

Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de cáncer de mama

José Luis Trejo-Ochoa,¹ Antonio Maffuz-Aziz,² Francisco Miguel Said-Lemus,³ Carlos Alberto Domínguez-Reyes,² Betsabé Hernández-Hernández,² Felipe Villegas-Carlos,² Sergio Rodríguez-Cuevas²

RESUMEN

Antecedentes: el tratamiento del cáncer de mama suele implicar la mutilación o destrucción del contorno mamario, con efectos negativos en la imagen corporal y la autoestima.

Objetivos: evaluar la calidad de vida posterior a la reconstrucción de la mama, el resultado estético percibido por la paciente, su repercusión en la vida sexual, y comparar los resultados con pacientes que no aceptaron la reconstrucción.

Material y método: estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico al que se incluyeron pacientes con cáncer de mama tratadas en FUCAM entre el 15 de abril de 2010 y el 15 abril de 2011. Para medir la calidad de vida se aplicó el cuestionario "The short form Health Survey Questionnaire 36" (SF-36), con validez para población mexicana. Este cuestionario está conformado por ocho conceptos: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

Resultados: se registraron 37 pacientes a quienes se reconstruyó la mama con edad promedio de 48.4 años. La puntuación del SF-36 en pacientes con reconstrucción fue 76.8, el control 85.19 y en pacientes mastectomizadas sin reconstrucción de 72.6. Los conceptos estudiados con mayor diferencia fueron: salud mental, rol emocional y función social; esto se reflejó en menor afectación en la interacción social y sexual de las pacientes a quienes se hizo reconstrucción de la mama.

Conclusiones: las pacientes con reconstrucción de la mama tuvieron una repercusión positiva discretamente mayor en la calidad de vida, y en las que no aceptaron el procedimiento se encontraron serias afectaciones en la sexualidad. Es importante informar y ofrecer a las pacientes las opciones de reconstrucción mamaria porque, en ocasiones, no solicitan estos procedimientos por miedo o falta de información.

Palabras clave: cáncer de mama, mastectomía, reconstrucción mamaria, calidad de vida

ABSTRACT

Background: Breast cancer treatment leads mutilation and destruction of breast shape, with negative effects on body image and self-esteem.

Objectives: Assessment on quality of life after breast reconstruction surgery, impact on sexuality, the cosmetic outcome experienced by the patient, and compare result with patients who refused breast reconstruction.

Material and methods: Retrospective, observational, descriptive, analytic study. We included breast cancer patients treated between April 15 2010 to April 15, 2011. Application of "The Survey Questionnaire short form Health 36" (SF-36) with valid use on Mexican population was conducted to measure quality of life, which uses 8 concepts: physical functioning, physical role, body pain, general health, vitality, social function, emotional role and mental health, the results are transferred to a scale 0 (worst health) to 100 (best health).

Results: 37 patients with breast reconstruction had the inclusion criteria, mean age was 48.4 years. The score of SF-36 questionnaire in reconstructed patients was 76.8, in control group was 85.19 and mastectomy patients without reconstruction was 72.6. Among the items studied those with the greatest difference was the mental health, emotional role and social function, this means that patients with breast reconstruction are less affected in their social and sexual interaction.

Conclusions: The reconstructed patients have a positive impact on quality of life slightly higher, sexuality is significantly worse in patients without breast reconstruction, it is important to inform and offer breast reconstruction because many do not require these procedures for fear or lack of information.

Key words: breast cancer, mastectomy, breast reconstruction, quality of life.

RÉSUMÉ

Antécédents: Le traitement du cancer du sein implique parfois, la mutilation ou la destruction de l'allaitement contour, avec des effets négatifs de l'image corporelle et l'estime de soi sur.

Objectifs: évaluer la qualité de vie après la reconstruction mammaire, le résultat esthétique perçue par le patient, leur impact sur la vie sexuelle et comparer les résultats avec les patients qui n'ont pas accepté la reconstruction.

Matériel et méthodes: Une rétrospective, observationnelle, descriptive et analytique qui a inclus des patients atteints de cancer du sein traités dans la FUCAM entre 15 et 15 Avril 2010 Avril 2011. Pour mesurer le questionnaire de qualité

de vie a été appliquée "L'Enquête Healt questionnaire court formulaire 36" (SF-36), valable pour une utilisation dans la population mexicaine. Ce questionnaire utilise huit concepts: fonctionnement, le rôle physique, la douleur corporelle, la santé générale, la vitalité, sa fonction sociale, le rôle émotionnel et la santé mentale. Les résultats sont transférés à une échelle allant de 0 (le pire de la santé) à 100 (meilleure santé). **Résultats:** 37 patients ont été reconstruits avec l'âge moyen était de 48,4 ans. Le SF-36 note chez les patients reconstruites était de 76,8, et en 8519 patients du groupe contrôle 72,6 mastectomie sans reconstruction. Les plus grands concepts de différence ont été étudiés: la santé mentale, le rôle émotionnel et la fonction sociale, ce qui signifie que les patients atteints de reconstruction du sein sont moins touchés dans leur interaction sociale et sexuelle.

Conclusions: Les patients reconstruits ont eu un impact positif légèrement supérieur sur la qualité de la vie, de la sexualité chez les patients sans reconstruction nettement pire. Il est important d'informer et d'offrir des options de reconstruction mammaire parce que parfois, ne s'applique pas à ces procédures par peur ou par manque d'information.

Mots-clés: Cancer du sein, mastectomie, la reconstruction mammaire, la qualité de vie.

RESUMO

Antecedentes: O tratamento do câncer de mama, por vezes, envolve, mutilação ou destruição de contorno da mama, com efeitos negativos para a imagem corporal e auto-estima em.

Objetivos: Analisar a qualidade de vida após a reconstrução da mama, resultado estético percebido pelo paciente, o seu impacto sobre a vida sexual e comparar os resultados com os pacientes que não aceitaram a reconstrução.

Material e Métodos: Uma retrospectiva, observacional, descriptivo e analítico que incluiu pacientes com câncer de mama tratadas na FUCAM entre 15 de abril de 2010 e 15 de abril de 2011. Para medir o questionário de qualidade de vida foi aplicado "O Healt Questionário pequeno formulário 36" (SF-36), válido para uso na população mexicana. Este questionário usa oito conceitos: funcionamento físico, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, função social, papel emocional e saúde mental. Os resultados são transferidos para uma escala de 0 (o pior saúde) a 100 (o melhor saúde).

Resultados: 37 pacientes foram reconstruídos com idade média de 48,4 anos. O SF-36 em pacientes reconstruídos pontuação foi de 76,8, e em 8.519 pacientes do grupo controle 72,6 mastectomia sem reconstrução. Os maiores conceitos de diferença foram estudados: a saúde mental, emocional papel e função social, isto significa que os pacientes com a reconstrução da mama são menos afetados em sua interação social e sexual.

Conclusões: Pacientes reconstruídos tinha um pouco maior impacto positivo na qualidade de vida, a sexualidade em pacientes sem reconstrução significativamente pior. É importante informar e oferecer opções de reconstrução de mama, porque, às vezes, não se aplicam esses procedimentos por medo ou falta de informação.

Palavras-chave: Câncer de mama, mastectomia, reconstrução mamária, qualidade de vida.

¹ Cirugía de mama.
² Cirugía oncológica.
³ Cirugía plástica y reconstructiva.
Fundación del Cáncer de Mama (FUCAM)

Correspondencia:
Dr. Antonio Maffuz-Aziz
Av. Bordo 100
04980, México DF
tonomaffuz@yahoo.com

Recibido: marzo 2013
Aceptado: agosto 2013

Este artículo debe citarse como: Trejo-Ochoa JL, Maffuz-Aziz A, Said-Lemus FM, Domínguez-Reyes CA, Hernández-Hernández B, Villegas-Carlos F, Rodríguez-Cuevas S. Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de cáncer de mama. Ginecol Obstet Mex 2013;81:510-518.

www.femecog.org.mx

El cáncer de mama es una enfermedad que se origina como consecuencia de la acumulación de alteraciones en el genoma de las células que componen la glándula mamaria. A pesar del gran esfuerzo realizado en las últimas décadas para mejorar los métodos de detección y tratamiento, hoy en día el cáncer de mama sigue siendo un grave problema de salud mundial, con más de un millón de nuevos casos diagnosticados y más de 548,000 muertes anuales vinculadas con la enfermedad.^{1,2}

El tratamiento de las pacientes con cáncer de mama implica muchos efectos destructivos y mutilantes del contorno mamario y serias afectaciones a la imagen corporal y la autoestima. Esto, a su vez, favorece conductas de retraimiento social, dificultad en las expresiones de la sexualidad e impone limitaciones a las actividades de la

vida cotidiana, como el uso de algún tipo específico de ropa.³

Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción se reconocen como componentes del concepto de calidad de vida. La incapacidad se mide por la falta de habilidad para realizar algunas actividades físicas y ocupacionales cotidianas. La incomodidad se caracteriza por la existencia o no de dolor físico y fatiga. La insatisfacción se mide con base en el funcionamiento social, bienestar general y satisfacción con la atención que ofrecen los prestadores de servicios de salud.⁴

Para evaluar la calidad de vida existen diferentes instrumentos, entre ellos la versión autorizada de la SF-36, validada para población mexicana, que siguió un procedimiento estandarizado de traducción-re-traducción por expertos bilingües; también se hicieron análisis por grupos focales representativos y se realizó una evaluación formal de la calidad de cada traducción.^{5,6}

La repercusión en la calidad de vida es una medida estándar para evaluar la efectividad de las intervenciones médicas.⁷ En nuestro hospital, que es un centro de alta especialidad en cirugía mamaria que anualmente trata a 600 pacientes con cáncer de mama, como parte del tratamiento integral se ofrece la reconstrucción de la mama posterior a la mastectomía, pero se desconoce el efecto en la calidad de vida de las pacientes que aceptan, y las que no, la reconstrucción de la mama. La reconstrucción de la mama puede ser inmediata y tardía; la primera se realiza simultánea con la mastectomía, con lo que disminuye el efecto de proyección corporal posmastectomía. Este procedimiento está indicado en pacientes de bajo riesgo para radioterapia posoperatoria porque les puede afectar el resultado estético si se usan materiales aloplásticos, lo que corresponde a 50% de los casos.^{9,10} La reconstrucción tardía es la que se realiza después del tratamiento oncológico, preferentemente seis meses después de la administración de radioterapia, momento en que los tejidos tienen la suficiente cicatrización para soportar su expansión. La reconstrucción debe considerar cinco puntos básicos: reposición de la piel perdida y del volumen mamario, restauración de la forma, proyección y contorno mamario normal del complejo areola-pezón, y simetría de la mama contralateral.¹¹ (Figuras 1 y 2) El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida posterior a la reconstrucción mamaria en pacientes a quienes se hizo mastectomía por cáncer de mama, el resultado estético



Figura 1. Ejemplo de reconstrucción con TRAM izquierdo.



Figura 2. Ejemplo de prótesis unilateral izquierda y reconstrucción del complejo areola pezón.

percibido por la paciente, su repercusión en la vida sexual y comparar los resultados en pacientes que no aceptaron se les reconstruyera la mama.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico al que se incluyeron pacientes con cáncer de mama operadas en el Instituto de Enfermedades de la Mama FUCAM (IEM), entre el 15 de abril de 2010 y el 15 de abril de 2011. Enseguida de la intervención quirúrgica, para evaluar la repercusión en la calidad de vida, se aplicó el cuestionario Short Form-36 (SF- 36), que se utiliza para evaluar la calidad de vida en diversas enfermedades (incluido el cáncer de mama) y está validado para aplicarse en población mexicana.⁴ Los resultados se compararon con el cuestionario aplicado a pacientes mastectomizadas con

similares características de la población estudiada; también se indagaron los motivos que argumentaron las pacientes para no aceptar la reconstrucción de la mama.

Se excluyeron las pacientes con expedientes incompletos, las que no pudieron localizarse para aplicarles el cuestionario y a quienes la reconstrucción fue motivada por procedimientos benignos (tumor *phyllodes*, mastectomía por modelantes, etc.).

El SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El resultado de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud que se obtienen del promedio de la suma de las preguntas del cuestionario. Por cada escala, las respuestas se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud). Estos conceptos son: *a*) función física (FF), *b*) rol físico (RF), *c*) dolor corporal (DC), *d*) salud general (SG), *e*) vitalidad (VT), *f*) función social (FS), *g*) rol emocional (RE) y *h*) salud mental (SM).¹³ Además de los ocho conceptos de salud, el SF-36 incluye el rubro general de cambios en la percepción del estado de salud actual y del año anterior.

Se estudiaron variables sociodemográficas, clínicas e histopatológicas relacionadas con el tratamiento y las variables dependientes y el puntaje del cuestionario SF-36. También se evaluó el resultado estético percibido por la paciente, como: excelente, muy bueno, bueno, regular o malo, y su repercusión en la vida sexual posterior al procedimiento reconstructivo (mejor vida sexual, sin cambios o peor).

Con los datos obtenidos se realizó el análisis estadístico con medidas de tendencia central y de dispersión y estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se estudiaron los resultados de 61 procedimientos de reconstrucción mamaria posmastectomía, se excluyeron 24 pacientes y quedaron 37 que cumplieron con los criterios de inclusión a quienes se aplicó el cuestionario.

La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 48.4 años (límites 31 y 61 años, Figura 3). La etapa clínica predominante fue la IIA (14 pacientes), seguida de la EC I (12 pacientes), 7 pacientes en quienes se reconstruyó la mama tenían carcinoma ductal *in situ* puro, 2 pacientes con EC IIB y 2 pacientes con EC IIIA (Figura 4).

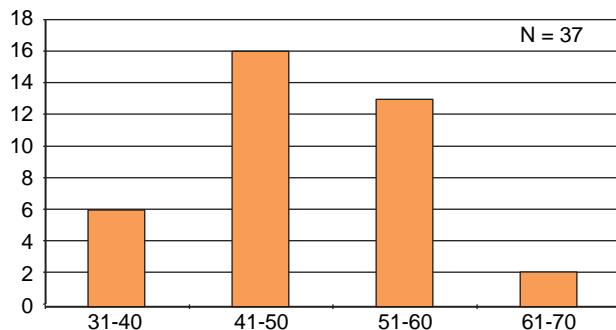


Figura 3. Relación de pacientes por edad.

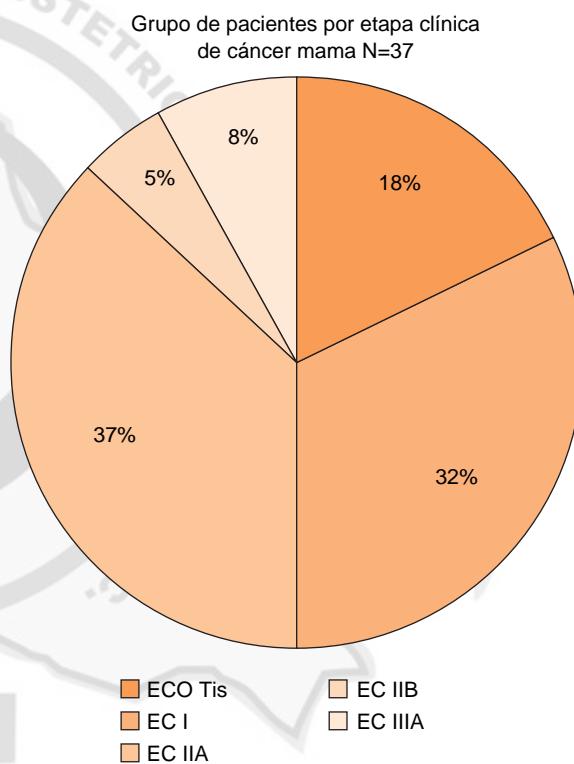


Figura 4. Relación de pacientes por etapa clínica.

La extirpe histológica más común fue el carcinoma ductal (84% de los casos). El tamaño promedio de los tumores mamarios fue de 3 cm en el diámetro mayor. La mama más afectada fue la derecha (61%). Una de las pacientes tenía cáncer de mama bilateral. La localización tumoral más frecuente fue en el cuadrante superior externo. En la mayoría de las pacientes la talla y copa del sostén antes de la mastectomía era 34-B. Las características generales de la población estudiada se describen en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Características generales de la población con reconstrucción

Variable	Valor n= 37
Edad (años)	48.4 (31-61 años)
Comorbilidades HAS	2
Tabaquismo	7
Estado Civil	15
Soltera	22
Casada	
Etapa clínica	7
0 Tis	12
I	14
IIA	2
IIB	2
IIIA	
Mama afectada	23 (61%)
Derecha	
Izquierda	15 (39%)
Tipo histológico	23
Ductal infiltrante	7
Ductal <i>in situ</i>	2
Lobulillar	1
Papilar	1
Mucinoso	3
Mixto	
Grado histológico	8
Grado 1	22
Grado 2	7
Grado 3	
Localización del tumor	15
CSE	6
CSI	2
CIE	9
Retroareolar	5
Multicéntrico	

En relación con el tratamiento adyuvante, 29 pacientes recibieron tratamiento hormonal, 4 pacientes quimioterapia con un esquema de 4 ciclos de FAC (5-fluorouracilo, adriaminina, ciclofosfamida) + paclitaxel dosis semanal de 12 aplicaciones (4 ciclos), a 3 pacientes se les aplicó el esquema FAC x 4 + docetaxel x 4. Una paciente recibió la combinación de AC x 4 + docetaxel x 4, tres pacientes recibieron radioterapia con expansores. Durante la radioterapia se vació su contenido y no hubo complicaciones mayores con este procedimiento.

Los procedimientos reconstructivos se dividieron en dos grandes grupos: reconstrucción inmediata y tardía.

Se realizó reconstrucción inmediata a 24 pacientes, y a 13 reconstrucción tardía. De las primeras, a 16 se les hizo

mastectomía preservadora de piel con mapeo linfático, biopsia de ganglio centinela (ML/BGC) y colocación de expansor tisular. Cinco pacientes tratadas con mastectomía radical modificada se reconstruyeron con expansor tisular. A dos pacientes se les realizó mastectomía total + ML/BGC + reconstrucción con TRAM, a una de ellas bilateral. En una paciente a quien se hizo mastectomía total la reconstrucción fue con colgajo miocutáneo de dorsal ancho e implante (Figura 5).

De las pacientes con reconstrucción tardía, a seis se les realizó en primera instancia mastectomía total + ML/BGC; en dos se completó la disección radical de axila debido a la existencia de un ganglio centinela positivo. Posteriormente se les practicó la reconstrucción y colocación de un expansor tisular. En otro tiempo se cambió el expansor por la prótesis definitiva. A cuatro pacientes se les realizó mastectomía radical modificada en un primer tiempo, luego se les colocó un expansor para cambiarlo por la prótesis definitiva y simetrización de la mama contralateral. A tres pacientes se les practicó mastectomía radical modificada y reconstrucción tardía con dorsal ancho y expansor, que posteriormente se reemplazó por la prótesis definitiva. (Figura 6)

El cuestionario de calidad de vida se aplicó a 37 pacientes a quienes se hizo reconstrucción mamaria; a 3 directamente y a 34 por vía telefónica. El cuestionario también se aplicó a 37 pacientes mastectomizadas pero sin reconstrucción, a 30 de manera directa y a 7 por vía telefónica. El grupo control de pacientes sanas se obtuvo del estudio de validación del cuestionario SF 36 en población mexicana.⁴ (Cuadro 2 y Figura 7)

El promedio de puntaje obtenido en las pacientes sanas fue de 85.19; la mejor puntuación correspondió al rubro de función física (94.6) y la peor a salud general (72.9).

En las pacientes con cáncer de mama mastectomizadas a quienes se efectuó un procedimiento reconstructivo, el promedio general fue 76.81, el peor puntaje fue en el rubro de rol físico (60.1) y el mejor en el de función social (88.9).

En las pacientes con cáncer mastectomizadas a quienes no se realizó reconstrucción mamaria el promedio general fue de 72.69. El puntaje más alto en el rubro de función física fue 87.3 y el peor puntaje fue en el rol físico: 57.7.

De los rubros estudiados con mayor diferencia entre las pacientes con y sin reconstrucción destacan los de salud mental, rol emocional y función social. Esto se reflejó en que las pacientes con reconstrucción mamaria se vieran

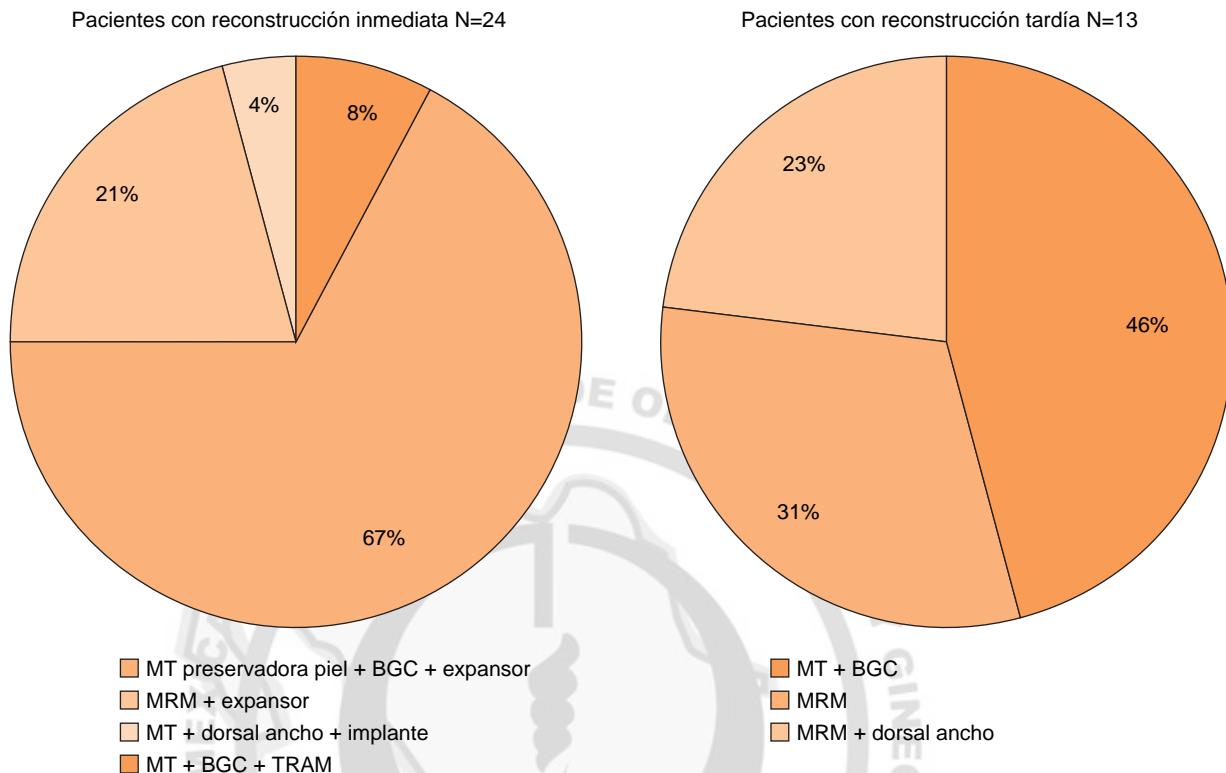


Figura 5. Procedimientos quirúrgicos realizados en reconstrucción inmediata.

Cuadro 2. Puntuación del cuestionario SF-36

Conceptos de salud	Pacientes sanos	Con reconstrucción	Sin reconstrucción
Función física	94.6	88.1	87.3
Rol físico	94.5	60.1	57.7
Dolor corporal	88.6	81.1	82.4
Salud general	72.9	74.3	70.3
Vitalidad	81	74.6	76.4
Función Social	86.9	88.9	82.4
Rol Emocional	83.4	68.4	60.3
Salud Mental	79.6	79	64.7
Promedio general	85.19	76.81	72.69

menos afectadas en su interacción social con la familia y amigos, visitaran más a sus familiares, asistieran más a actividades sociales y que con esto se deprimieran menos, y tuvieran menos ansiedad, nerviosismo y tristeza. Esto les permite reincorporarse con mayor facilidad a sus actividades cotidianas

Figura 6. Procedimientos quirúrgicos realizados en reconstrucción tardía.

El tiempo promedio entre el diagnóstico de cáncer de mama y la aplicación del cuestionario para medir la calidad de vida fue de ocho meses en reconstrucción inmediata y de 24 meses en reconstrucción tardía.

Entre las complicaciones quirúrgicas experimentadas en dos pacientes con reconstrucción inmediata estuvo el hematoma posoperatorio que requirió reintervención quirúrgica. Dos pacientes con reconstrucción inmediata tuvieron seroma que se trató con manejo conservador.

Dos pacientes con reconstrucción tardía tuvieron un seroma en el lecho quirúrgico; una paciente tuvo infección que se trató con antibiótico; otra paciente con reconstrucción tardía tuvo necrosis parcial de la reconstrucción del CAP y se trató con manejo conservador.

Entre los motivos que se indagaron para que las pacientes no aceptaran la reconstrucción estuvieron: 46% por miedo a otro procedimiento quirúrgico, 30% porque su pareja las aceptaría como fuera, 18% por motivos económicos y 6% por no estar suficientemente informadas para tomar una decisión. Igual que los motivos reportados en otras series.¹⁴

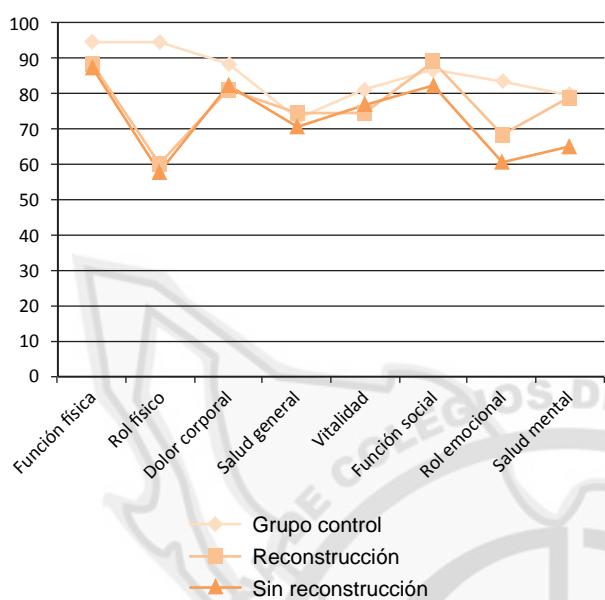


Figura 7. Puntuaciones del cuestionario SF-36.

DISCUSIÓN

Éste es el primer estudio efectuado en nuestro Instituto para medir la calidad de vida en pacientes con reconstrucción posterior a la mastectomía. En un estudio realizado en Estados Unidos, en la Universidad de Michigan, se determinó que las pacientes latinas, sobre todo las de bajo nivel cultural, son menos propensas a reconstruirse. Esto quizás debió a falta de información, en comparación con mujeres caucásicas y afroamericanas que como grupo demandan menos este tipo de procedimientos. Esto pone de manifiesto la necesidad de explicar detalladamente los tipos de procedimientos reconstructivos para que las pacientes puedan beneficiarse de sus ventajas.¹⁵

Al Ghazal y sus colaboradores³ utilizan varios cuestionarios validados para medir la ansiedad y depresión, la autoestima y la imagen corporal. Las pacientes con reconstrucción inmediata sintieron menos ansiedad y depresión que las mujeres con reconstrucción tardía. Las puntuaciones de autoestima e imagen corporal también resultaron mejores en la reconstrucción inmediata con diferencias estadísticamente significativas. También preguntaron a las pacientes si después de la reconstrucción mamaria se sentían menos atractivas sexualmente; esta sensación fue mayor después de la reconstrucción mamaria diferida, con diferencias estadísticamente significativas;

en nuestro estudio no hubo diferencia en la sexualidad en reconstrucción inmediata vs diferida. En el estudio se preguntó a las pacientes su nivel de satisfacción con la reconstrucción recibida y se encontró que éste es más elevado en pacientes con reconstrucción inmediata, con una diferencia estadísticamente significativa. En nuestro estudio, el grado de satisfacción es equivalente en reconstrucción inmediata y tardía.

Kelly A y colaboradores¹⁶ aplicaron la encuesta SF -36 para medir la calidad de vida en pacientes con mastectomía profiláctica bilateral y no encontraron diferencias entre éstas y el grupo control de Suecia de no mastectomizadas. En nuestro estudio el grupo control tuvo mejor calificación que las pacientes a quienes se hizo mastectomía.

Manders y su grupo¹⁷ reportaron 24% de complicaciones mayores y 17% menores. En nuestra serie hubo 5.4% de complicaciones mayores que requirieron reintervención quirúrgica y 13.5% complicaciones menores; esto se refleja en menor índice de complicaciones que el reportado en la bibliografía.

Nuestro estudio tiene limitantes porque se realizó en un periodo muy corto y sólo fue retrospectivo. Lo ideal sería medir la calidad de vida previa al procedimiento reconstructivo y posterior a éste para cuantificar su repercusión, como ha sucedido en otras series.^{18,19} Los estratos social, cultural y económico de la mayoría de las pacientes atendidas en el FUCAM es bajo y medio-bajo, y esto quizás sea un aspecto que contribuye a que las diferencias entre las pacientes reconstruidas y no reconstruidas no sean tan representativas.

CONCLUSIONES

Las pacientes con cáncer de mama que, como parte del tratamiento, sufren una mutilación o destrucción del contorno mamario y éste se reconstruye, tienen mejor calidad de vida que las que optan por no efectuarse ninguna otra operación. En el ámbito de la sexualidad, la calidad de vida también es mejor en quienes optan por la reconstrucción de la mama que en las que quedan mutiladas (Figuras 8 y 9). La mayoría de las pacientes percibe el resultado estético de su reconstrucción mamaria como adecuado y este tipo de procedimientos en nuestra institución ha demostrado ser seguro y con bajo índice de complicaciones. Es importante comentar con las pacientes las opciones de reconstrucción y la repercusión en la calidad de vida pos-

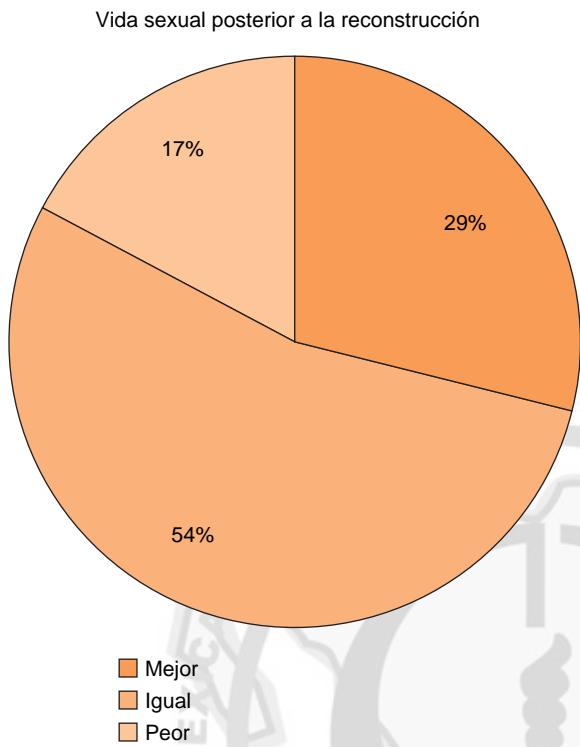


Figura 8. Repercusión en la sexualidad en pacientes mastectomizadas con reconstrucción.

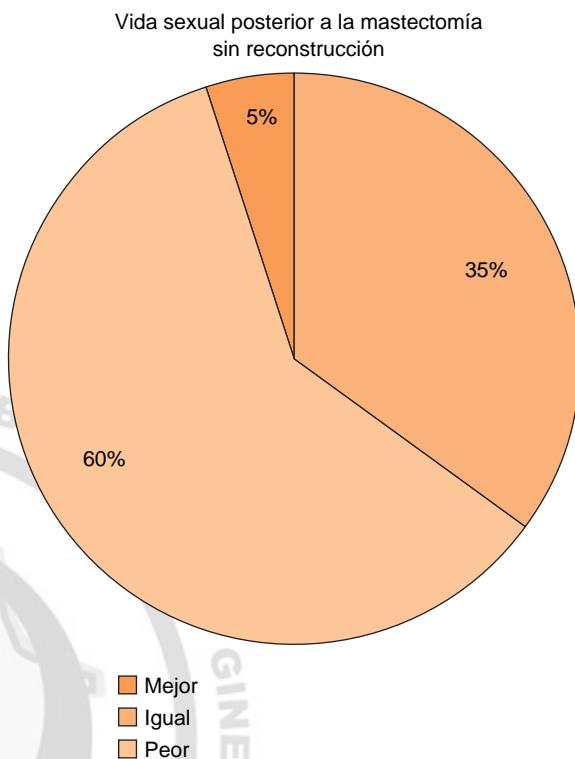


Figura 9. Repercusión en la sexualidad en pacientes mastectomizadas sin reconstrucción.

terior al tratamiento quirúrgico de cáncer de mama porque muchas de ellas no demandan este tipo de procedimientos por miedo al mismo.

REFERENCIAS

- WHO. World Health Organization Fact Sheet. WHO, *Cancer* (2008).
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), en el año 2003. Secretaría de Salud.
- Ganz P, Coscarelli A, Fred C, Kahn A, Polinsky ML, Petersen L. Breast Cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast cancer Res Treat* 1996;38:183-199.
- Alderman A, Storey AF, Nair NS, et al. Financial impact of breast reconstruction on an academic surgical practice. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:1408-1413.
- Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res* 1992;1:349-351.
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para medir la calidad de vida. *Salud Pública Mex* 2002;44:349-361.
- Alderman AK, Hawley ST, Waljee J, et al. Correlates of referral practices of general surgeons to plastic surgeons for mastectomy reconstruction. *Cancer* 2007;109:1715-1720.
- Motwani SB, Strom EA, Schechter NR, et al. The impact of immediate breast reconstruction on the technical delivery of postmastectomy radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;66:76-82.
- Spear SL, Onyewu C. Staged breast reconstruction with saline-filled implants in the irradiated breast: recent trends and therapeutic implications. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:930-942.
- Krueger EA, Wilkins EG, Strawderman M, et al. Complications and patient satisfaction following expander/ implant breast reconstruction with and without radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001;49:713-721.
- Berrino P, Santi P. Preoperative TRAM flap planning for post mastectomy breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 1998;21:264-269.
- Franciscato D, Sabino M, Bueno GE, et al. Evaluations of the aesthetic results and patient satisfaction with the late pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 2002;48: 515-520.

13. Zúñiga MA. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Pública Mex 1999;41:110-118.
14. Reaby LL. Reasons why women who have mastectomy decide to have or not have breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 1998;10:1810-1818.
15. Amy K Alderman, Sara T. Hawley L. Racial and ethnic disparities in the use of postmastectomy breast reconstruction: results from a population based study. JCO2009;27:5325-5330.
16. Kelly A, Esplen MJ, Goel V. Psychosocial functioning in women who have undergone bilateral prophylactic mastectomy. Psycho-oncology 2004;13:14-25.
17. Manders EK, Schenden MJ, Furrey JA, Hetzler PT, Davis TS, Graham WP. Soft-tissue expansion: concepts and complications. Plast Reconstr Surg 1984;74:93-507.
18. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Eucquet D, Bullinger M, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. Qual Life Res 1992;1:349-351.
19. Ware J, Keller S, Gandek B, Brazier J, Sullivan M, the IQOLA Project Group. Evaluating translation of health status questionnaires: Methods from the IQOLA Project. Int J Technol Assess Health Care 1995;11:525-551.

