

Calidad de vida postoperatoria: comparación entre colgajo DIEP y reconstrucción mamaria aloplástica mediante BREAST-Q en una grupo de pacientes colombianas

Post-operative quality of life: comparison between DIEP flap and alloplastic breast reconstruction with BREAST-Q in a group of Colombian patients

Andrea DONOSO-SAMPER*, Lizeth Lorena PATARROYO**
Erika MÉNDEZ***, Alexandra BERNAL****



Donoso-Samper A.

Resumen

Introducción y objetivo. La reconstrucción mamaria es indispensable para lograr un tratamiento integral en el cáncer de mama. El cuestionario BREAST-Q, validado por la Food and Drugs Administration (FDA) de los EE.UU., se utiliza ampliamente para evaluar la calidad de vida y la satisfacción con dicha reconstrucción. La literatura internacional sugiere que la reconstrucción autóloga tiende a tener resultados superiores en términos de calidad de vida en comparación con la aloplástica. Sin embargo, existe poca evidencia acerca de este tema en la población colombiana.

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de dos tipos de reconstrucción mamaria: aloplástica y con colgajo DIEP (colgajo de arteria perforante epigástrica inferior profunda – *deep inferior epigastric perforator artery*) en la calidad de vida de las pacientes colombianas, con el fin de generar conocimiento que contribuya a la toma de decisiones clínicas en Colombia y América Latina.

Material y método. Estudio transversal descriptivo, en el que se administró el cuestionario BREAST-Q de forma telefónica mediante el software UContact 5 a pacientes con antecedentes de cáncer de mama en la Clínica de los Nogales en Bogotá, Colombia, que finalizaron reconstrucción con colgajo DIEP o expansor/implante mamario entre 2017 y 2021. Los datos se analizaron utilizando el software IBM-SPSS versión 30 bajo la licencia de la Universidad El Bosque.

Resultados. Se realizaron 30 entrevistas, 15 por cada tipo de reconstrucción. El tiempo medio transcurrido desde la reconstrucción fue de 4.56 años (DE $\pm$ 1.45). La reconstrucción aloplástica tuvo un mejor puntaje en bienestar psicosocial (DM 13.47) y levemente una mejor puntuación en bienestar sexual (DM 1.12) y bienestar físico del tórax (DM 3.63), mientras que la reconstrucción con colgajo DIEP mostró ligeramente un mejor puntaje en cuanto a la satisfacción con el resultado (DM 2.63). En ambos tipos de reconstrucción se evidenció que la radioterapia disminuía el puntaje en la mayoría de los aspectos evaluados.

Conclusiones. Este estudio sugiere que, basados en la encuesta BREAST-Q, las mujeres colombianas de nuestro grupo de estudio con reconstrucción aloplástica después de 3 a 6 años de postoperatorio, tienen mejores puntajes en el bienestar psicosocial en comparación con las reconstruidas con colgajo DIEP. La radioterapia empeora los puntajes en ambos tipos de reconstrucción.

Palabras clave Cáncer mama, Mamoplastia, Reconstrucción mama, Microcirugía, DIEP, Expansores, Indicadores calidad vida

Nivel de evidencia científica 5c Terapéutico
Recibido (esta versión) 15 marzo / 2025
Aceptado 6 mayo / 2025

Abstract

Background and objective. Breast reconstruction is essential for achieving comprehensive breast cancer treatment. The BREAST-Q questionnaire, validated by the Food and Drugs Administration (FDA) in USA, is widely used to assess quality of life and satisfaction with reconstruction. International literature suggests that autologous reconstruction tends to yield superior outcomes in terms of quality of life compared to alloplastic reconstruction. However, there is limited evidence available in the Colombian population.

The objective of this study is to assess the impact of two types of breast reconstruction, alloplastic and with DIEP (deep inferior epigastric perforator artery) flap on the quality of life of Colombian patients, aiming to generate knowledge that contributes to clinical decision-making in Colombia and Latin America.

Methods. A descriptive cross-sectional study was conducted, where the BREAST-Q questionnaire was administered via telephone using the UContact 5 software to patients with a history of breast cancer at the Clínica de los Nogales in Bogotá, Colombia, who completed reconstruction with DIEP flap or expander/breast implants between 2017 and 2021. Data were analyzed using IBM-SPSS software version 30 under the license of Universidad El Bosque.

Results. Thirty interviews were conducted, 15 for each type of reconstruction. The mean time that had elapsed since reconstruction was 4.56 years (SD $\pm$ 1.45). Alloplastic reconstruction scored better in psychosocial well-being (MD 13.47), and slightly better in sexual well-being (MD 1.12) and physical chest well-being (MD 3.63), meanwhile, DIEP flap reconstruction showed barely better scores in satisfaction with the outcome of the breasts (MD 2.63). In both types of reconstruction, radiotherapy was found to decrease scores in most aspects evaluated.

Conclusions. This study suggests that based on the BREAST-Q survey, Colombian women of our study group with alloplastic reconstruction 3 to 6 years postoperatively, have better psychosocial well-being scores compared to those reconstructed with DIEP flap. Also, radiotherapy worsens scores in both types of reconstruction.

Key words Breast cancer, Mammoplasty, Microsurgery, Breast reconstruction, Microsurgery, DIEP, Expanders, Quality of Life.

Level of evidence 5c Therapeutic
Received (this version) March 15 / 2025
Accepted May 6 / 2025

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.
Financiación: No hubo fuentes externas de financiación para este trabajo.

* Residente de Cirugía Plástica, Departamento de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

** Cirujano Plástico Oncólogo y Microcirujano, Departamento de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, Clínica Los Nogales y Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer Luis Carlos Sarmiento Angulo, Bogotá, Colombia.

*** Directora de Investigaciones, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

**** Cirujano Plástico Oncólogo, Fundación Santa Fé de Bogotá, Directora de Investigaciones, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Introducción

La incidencia del cáncer de mama en Colombia en 2022 fue de 17.018 casos, posicionándose como la neoplasia más común en mujeres en el país.⁽¹⁾ La resección quirúrgica parcial o total de la mama es el pilar central del tratamiento.⁽²⁾ Sin embargo, la mastectomía ha demostrado tener un impacto psicológico en las pacientes, con alteraciones en su sexualidad, vida social, marital y laboral, por lo que la reconstrucción mamaria es un componente indispensable en el tratamiento integral de las mismas.⁽³⁾

La medición del impacto en la calidad de vida y la satisfacción con el resultado reconstructivo es uno de los resultados más ampliamente evaluados en la literatura. Actualmente, el cuestionario BREAST-Q, instrumento desarrollado y validado por la *Food and Drugs Administration* (FDA) y el Comité Asesor Científico de *Medical Outcomes Trust* (2002) en EE.UU., es el instrumento objetivo más utilizado.⁽⁴⁻⁶⁾ La reconstrucción mamaria se adapta a los requerimientos físicos, los deseos y el tratamiento adyuvante o neoadyuvante de cada paciente. Por lo tanto, dentro del arsenal reconstructivo del cirujano plástico existen opciones aloplásticas y autólogas con el fin de obtener el mejor resultado funcional, estético y psicológico⁽²⁾ en cada caso.

La reconstrucción mamaria aloplástica incluye el uso de expansores tisulares e implantes mamarios. Se utiliza en el 70% de las reconstrucciones mamarias y es una gran alternativa en la mastectomía preservadora de piel; sin embargo, puede estar asociada a complicaciones como infección, extrusión, dehiscencia de las heridas, ruptura del expansor o contractura capsular. Por otro lado, en la reconstrucción autóloga, el colgajo libre de las perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP – *deep inferior epigastric perforator artery*) es el estándar de oro mundial para la reconstrucción mamaria. Dentro de sus complicaciones asociadas se encuentran la pérdida o sufrimiento del colgajo, hematoma, trombosis, seroma e infección, entre otras.⁽²⁾ Ambas alternativas son herramientas valiosas para la reconstrucción de la mama, y a nivel internacional existen estudios que comparan los resultados mediante el BREAST-Q en la reconstrucción aloplástica y la reconstrucción autóloga, demostrando una superioridad de la segunda.⁽⁷⁻¹³⁾

A pesar de que la literatura europea, asiática y norteamericana sugiere que las pacientes suelen experimentar mayor satisfacción con la reconstrucción autóloga con colgajo DIEP,⁽⁷⁾ es fundamental entender si esta tendencia se mantiene en las mujeres colombianas y latinoamericanas que tienen su propia cultura y conceptos de belleza. En Iberoamérica, se han hecho estudios sobre

el impacto de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida, y los resultados han mostrado una mayor satisfacción con la reconstrucción autóloga según diversos métodos de medición.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ Sin embargo, hasta la fecha y hasta donde podemos conocer, no se han realizado estudios que comparen directamente la calidad de vida entre colgajo DIEP y reconstrucción aloplástica en población latinoamericana.

El objetivo de esta investigación es comparar las respuestas del BREAST-Q en una muestra de pacientes colombianas con reconstrucción mamaria aloplástica y las reconstruidas con colgajo DIEP. Con ello pretendemos generar evidencia sobre el impacto de cada técnica en la calidad de vida de las pacientes colombianas, proporcionando información relevante para la toma de decisiones clínicas y el desarrollo de estrategias terapéuticas más personalizadas en el contexto latinoamericano.

Material y método

Se diseñó un estudio de corte transversal descriptivo para comparar las respuestas a la encuesta BREAST-Q entre las pacientes con antecedente de cáncer de mama con reconstrucción aloplástica y con colgajo DIEP operadas y que finalizaron su proceso reconstructivo entre el 2017 y el 2021 en la Clínica Los Nogales en Bogotá, Colombia. Este centro privado de tercer nivel (donde el primer nivel es el más bajo y cuarto nivel el más alto) es un referente en reconstrucción mamaria y atiende principalmente a pacientes de recursos medianos y bajos afiliados a un único seguro privado de la ciudad o provenientes de la zona rural periférica.

El estudio recibió el aval del Comité de Ética de Investigación de Clínica Los Nogales de Bogotá y el aval del Comité Institucional en Investigación de la Universidad El Bosque de Bogotá.

Teniendo en cuenta el diseño metodológico del estudio, se tomó una muestra por conveniencia. Se incluyeron los registros de las historias clínicas de mujeres mayores de 18 años, con antecedente de cáncer de mama que finalizaron su proceso reconstructivo aloplástico o con colgajo DIEP entre enero 2017 y diciembre 2021. Se excluyeron las pacientes con pérdida completa del colgajo o fallo del implante mamario, con reconstrucción con dorsal ancho, que no habían finalizado el proceso reconstructivo en la Clínica Los Nogales y aquellos registros que no tenían el teléfono de contacto. Se realizaron llamadas telefónicas a cada paciente mediante el software Ucontact 5 que permite la grabación de las llamadas. En estas llamadas se hizo lectura de un guion y se obtuvo consentimiento informado verbal; posteriormente se aplicó la encuesta BREAST-Q con traducción oficial en

español (México) y se consignaron las respuestas en una hoja de Excel. Con el fin de realizar el control de calidad de los datos, se realizó un control del 25% de las llamadas por otro investigador para mitigar errores de digitación.

El análisis estadístico se hizo en el software IBM-SPSS versión 30 bajo licencia de la Universidad El Bosque. Las variables cuantitativas se presentaron con medidas de centralización como la media y medida de dispersión como la desviación estándar. Las cualitativas se presentaron con frecuencias absolutas, relativas y/o porcentajes. Se realizó la comparación de medias mediante la diferencia de medias de los puntajes de cada ítem del interrogatorio BREAST-Q. Se compararon las medias de las respuestas en el BREAST-Q entre pacientes con y sin radioterapia.

Resultados

Entre 2017 y 2021 se realizaron un total de 156 reconstrucciones mamarias. De estas, 72 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, mientras que 84 fueron excluidas por las siguientes razones: 37 no habían finalizado su proceso reconstructivo (continuaban con expansor sin cambio a implante definitivo), 32 habían sido sometidas a reconstrucción con colgajo dorsal ancho, 12 presentaron una reconstrucción fallida y 3 habían iniciado su tratamiento reconstructivo en otra institución. Para la encuesta se realizaron llamadas a las 72 pacientes incluidas en el estudio; de ellas, 33 no respondieron tras 3 intentos, en 4 casos el número registrado era incorrecto, 3 declinaron participar en la encuesta y 2 habían fallecido. Finalmente, entre febrero y julio de 2024 se completaron 30 entrevistas telefónicas (Gráfico 1).

En términos generales, el promedio de edad de las pacientes en el momento de la reconstrucción mamaria fue de 45.4 años (DE 8.8) [27.8-63.0] y un promedio de 50 años (DE 8.9) [32.3-67.8] en el momento de contestar la entrevista. El tiempo medio transcurrido desde la reconstrucción hasta contestar la encuesta fue de 4.56 años (DE $\pm$ 1.45) [2.66-6.66]. El 60% (n=18) tenía pareja, 50% (n=15) tenía un título universitario o técnico y 16 (53.3%) estaban em-

Gráfico 1. Flujoograma de selección de pacientes del grupo de estudio.

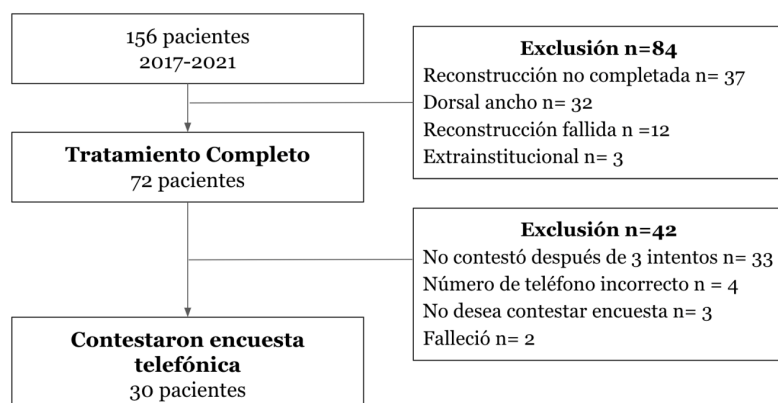


Tabla I. Caracterización general de pacientes de nuestro grupo de estudio con reconstrucción aloplástica, con colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) y en total.

Variable	Aloplástica n=15	DIEP n=15	Total n=30
Edad actual	49.5 años (DE 9.1)	50.53 años (DE 8.9)	50 años (DE 8.9)
Edad en el momento de la cirugía	44.8 años (DE 8.9)	46.07 años (DE 8.9)	45.43 años (DE 8.8)
Tiempo transcurrido desde la reconstrucción a la encuesta	4.6 años (DE 1.5)	4.4 años (DE 1.4)	4.56 años (DE 1.4)
Índice de Masa Corporal	23.9 kg/m ² (DE 2.7)	27.0 kg/m ² (DE 3.6)	25.49 kg/m ² (DE 3.5)
Estado civil			
Sin pareja	9 (60%)	9 (60%)	18 (60%)
Con pareja	6 (40%)	6 (40%)	12 (40%)
Educación			
Primaria	2 (13.3%)	4 (26.7%)	6 (20%)
Secundaria	3 (20%)	6 (40%)	9 (30%)
Universitaria o técnica	10 (66.7%)	5 (33.3%)	15 (50%)
Empleo			
Empleada	10 (66.7%)	6 (40%)	16 (53.3%)
Desempleada	5 (33.3%)	9 (60%)	14 (46.7%)
Tipo de mastectomía			
Simple conservadora de CAP	9 (60%)	5 (33.3%)	14 (46.7%)
Simple conservadora sin CAP	0 (0%)	3 (20%)	3 (10.0%)
Radical modificada	6 (40%)	7 (46.7%)	13 (43.3%)
Radioterapia			
Si	9 (60%)	9 (60%)	18 (60%)
No	6 (40%)	6 (40%)	12 (40%)
BRCA1 o BRCA2			
Si	2 (13.3%)	3 (20%)	5 (16.7%)
No	13 (86.7%)	12 (80%)	25 (83.3%)
Lateralidad			
Unilateral	13 (86.7%)	12 (80%)	25 (83.3%)
Bilateral	2 (13.3%)	3 (20%)	5 (16.7%)
Complicaciones en postoperatorio inmediato			
Si	2 (13.3%)	1 (6.7%)	3 (10.0%)
No	13 (86.7%)	14 (93.3%)	27 (90.0%)

Tabla II. Comparación en puntajes BREAST-Q entre pacientes de nuestro grupo de estudio con reconstrucción aloplástica y con colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP).

	Total n=30	Aloplástica n=15	DIEP n=15	Diferencia de medias
BREAST Q				
Bienestar psicosocial	69.4 (DE 21.1)	76.2 (DE 20.1)	62.73 (DE 20.7)	13.47
Bienestar sexual	50.6 (DE 25.8)	51.2 (DE 22.9)	50.08 (DE 29.6)	1.12
Satisfacción con el resultado	56.83 (DE 16.9)	55.5 (DE 19.5)	58.13 (DE 14.6)	2.63
Bienestar físico del tórax	77.33 (DE 19.1)	79.13 (DE 20.6)	75.5 (DE 18.1)	3.63

Tabla III. Resultados de la encuesta BREAST-Q en pacientes de nuestro grupo de estudio con reconstrucción aloplástica y con colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) que recibieron radioterapia.

Breast-Q	Aloplástica			DIEP		
	Radioterapia		Diferencia de medias	Radioterapia		Diferencia de medias
	Si n=12	No n=6		Si n=9	No n=6	
Bienestar psicosocial	70.7	81.8	11.1	55.7	73.3	17.6
Bienestar sexual	52.8	45.8	7	32.3	60.0	27.7
Satisfacción con el resultado	61.8	64.33	2.5	53.7	64.8	11.1
Bienestar físico del tórax	61.8	87.5	25.7	68.4	86.1	17.7

pleadas. En cuanto al tratamiento del cáncer de mama, a 14 (46.7%) les realizaron mastectomía simple preservadora de piel y de complejo areola pezón, a 3 (10%) sin preservación del complejo areola pezón y a 13 (43.3%) mastectomía radical modificada. De todas las pacientes, el 60% (n=18) recibió radioterapia. Adicionalmente, el 16.5% (n=5) tenía el gen BRCA1 o BRCA2 positivo, por lo que se les realizó reconstrucción bilateral. Tres pacientes presentaron complicaciones en el postoperatorio inmediato: 2 dehiscencias y 1 necrosis parcial de los colgajos de mastectomía (Tabla I).

Se realizaron 15 entrevistas en pacientes con reconstrucción aloplástica y 15 entrevistas a mujeres con reconstrucción con colgajo DIEP. Ambas poblaciones tenían características similares en cuanto a edad, estado civil y recepción de radioterapia durante el tratamiento del cáncer.

En cuanto a los aspectos evaluados por la encuesta BREAST-Q, la reconstrucción aloplástica tuvo un mejor puntaje en bienestar psicosocial (DM 13.47), y levemente una mejor puntuación en bienestar sexual (DM 1.12) y bienestar físico del tórax (DM 3.63), mientras que la reconstrucción con colgajo DIEP mostró ligeramente un mejor puntaje en cuanto a la satisfacción con el resultado de los senos (DM 2.63) (Tabla II).

Por último, se compararon las diferencias en la calidad de vida en cada tipo de reconstrucción en las pacientes con y sin recepción de radioterapia. En la reconstrucción aloplástica se identificó un menor puntaje en las pacientes que recibieron radioterapia en el bienestar psicosocial (DM 11.1), satisfacción con el resultado (DM 2.5) y el bienestar físico del tórax, siendo este último en el que había la mayor diferencia (DM 25.7). En cuanto a la reconstrucción con colgajo DIEP, todos los aspectos evaluados tenían peor puntaje si la paciente había recibido radioterapia, siendo el bienestar sexual el punto más afectado (DM 27.7) (Tabla III).

Discusión

La reconstrucción mamaria postmastectomía es una elección de la paciente y hace parte integral del tratamiento del cáncer de seno. Un metanálisis y revisión sistemática de la literatura en 2020, que tomaba en cuenta múltiples tipos de reconstrucción autóloga y aloplástica, reveló consistentemente que las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria autóloga obtenían puntajes más altos en todos los aspectos evaluados por el cuestionario BREAST-Q.⁽¹⁷⁾

En Iberoamérica, diversos estudios han evaluado el impacto de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida de las pacientes. En México, Gallego y col. realizaron un estudio de cohorte en 31 pacientes sometidas a reconstrucción mamaria sin incluir casos de colgajo DIEP. Utilizaron la escala BREAST-Q y compararon la satisfacción preoperatoria y postoperatoria, evidenciando una mejoría significativa en general, independientemente del tipo de reconstrucción.⁽¹⁴⁾ De manera similar, en España, Álvarez-Martínez y col. emplearon la escala EVA (escala visual analógica) diseñada por el EuroQol-5D para evaluar la satisfacción en 35 pacientes con distintos tipos de reconstrucción mamaria. Los resultados mostraron una mayor satisfacción en la reconstrucción autóloga; sin embargo, este tipo de reconstrucción representó solo el 11.4% de los casos y no

se especificaron los tipos de colgajos utilizados.⁽¹⁵⁾ Siguiendo esta línea, Cabrera-Sánchez y col., también en España, publicaron una serie de 33 casos de reconstrucción diferida con colgajo DIEP. Mediante un cuestionario diseñado por ellos mismos evaluaron la satisfacción general, la imagen corporal y la percepción subjetiva de las pacientes, encontrando puntuaciones altas en todos los aspectos analizados.⁽¹⁶⁾

Aunque la evidencia regional sugiere un impacto positivo de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida en Iberoamérica y una tendencia hacia una mayor satisfacción con la reconstrucción autóloga, no hemos encontrado estudios regionales que comparen directamente la reconstrucción aloplástica con el colgajo DIEP.

En cuanto a la comparación directa entre colgajo DIEP y reconstrucción aloplástica mediante BREAST-Q, se identificaron 7 estudios internacionales provenientes de Estados Unidos, Italia, Suecia, Japón y Holanda,^(7,9-13,18) en los cuales la reconstrucción con colgajo DIEP obtuvo consistentemente mejores puntajes en la calidad de vida. Sin embargo, en nuestro estudio, realizado en un grupo de pacientes colombianas, se identificó que la reconstrucción mamaria aloplástica obtuvo un puntaje superior en el bienestar psicosocial, pero no se identificaron diferencias importantes en bienestar sexual, satisfacción con el resultado de los senos y bienestar del tórax.

Consideramos fundamental aportar evidencia desde una muestra de pacientes latinoamericanas, específicamente colombianas, dado que la mayoría de los estudios previos sobre reconstrucción mamaria han sido realizados en poblaciones de Norteamérica, Europa y Asia. Nuestra investigación busca ofrecer una perspectiva más localizada sobre las preferencias, percepciones y calidad de vida en relación con los principales tipos de reconstrucción mamaria. Además, exploramos cómo factores sociodemográficos, como el nivel educativo y la situación laboral, pueden influir en la elección del tipo de reconstrucción. A través de este estudio esperamos contribuir al entendimiento de las particularidades de nuestra población y generar datos que puedan guiar la toma de decisiones clínicas en la región.

En general, las características de la población analizada fueron similares a las reportadas en la literatura internacional, con un promedio de edad de 50 años en estudios de Estados Unidos, Italia, Suecia, China y Japón,^(8,9) así como un índice de masa corporal (IMC) similar al descrito en estudios europeos.^(7,9-13,18) En general, al comparar las características de los grupos de pacientes reconstruidas con colgajo DIEP y reconstrucción con expansor/implante, son muy similares. Sin embargo, hubo 2 aspectos diferentes. Primero, que en nuestro grupo, de las pacientes a las que se les hizo reconstrucción alo-

plástica, el 50% tenía un nivel educativo universitario o técnico en comparación con un 30% en las pacientes con reconstrucción autóloga. Segundo, el 66% de las pacientes con reconstrucción con expansor/implante estaban empleadas en el momento de la encuesta en comparación con un 40% de las de reconstrucción con DIEP. Esta tendencia fue descrita previamente por Liu y col. y Gopie y col., quienes demostraron que las pacientes que escogen reconstrucción aloplástica desean una restauración rápida de su imagen corporal para volver a sus actividades diarias y laborales.^(18,19) Estos hallazgos sugieren que, en la población colombiana, las consideraciones laborales y educativas pueden desempeñar un papel importante en la elección del tipo de reconstrucción mamaria. Esto resalta la necesidad de individualizar el asesoramiento prequirúrgico, teniendo en cuenta no solo los factores médicos sino también las circunstancias socioeconómicas de cada paciente.

Para el análisis en cuanto a los diferentes aspectos evaluados en el BREAST-Q, en general, en nuestro grupo de estudio encontramos puntajes más altos en las pacientes reconstruidas con expansor/implante en comparación con las de reconstrucción con colgajo DIEP en bienestar psicosocial (76.2 frente a 62.73, DM 13.47), bienestar sexual (51.2 frente a 50.08, DM 1.12) y bienestar físico del tórax (79.13 frente a 75.5, DM 3.63), siendo la diferencia más amplia en el bienestar psicosocial. Estos resultados son opuestos a los previamente reportados en la literatura.

En cuanto al bienestar psicosocial, Persichetti y col. en Italia, reportaron un puntaje de 67.1 en la reconstrucción autóloga en comparación con 57.7 en la reconstrucción aloplástica, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$).⁽⁷⁾ En Holanda, Van Rooij comparó pacientes que inicialmente tuvieron implantes y luego reconstrucción con DIEP neurotizado, encontrando puntajes de 51.88 en implantes y 70.85 en DIEP, con una diferencia significativa ($p < 0.0001$).⁽¹³⁾ Tallroth, en Suecia, informó puntajes de 79.1 en reconstrucción con DIEP y 78.8 en reconstrucción con implantes, sin diferencias significativas.⁽¹¹⁾ Liu, en China, también reportó un mayor bienestar psicosocial en pacientes con reconstrucción DIEP (86.1 frente a 75.5), aunque sin alcanzar significancia estadística.⁽¹⁸⁾

En relación con el bienestar sexual, Persichetti y col., en Italia, informaron un puntaje de 52.6 en la reconstrucción autóloga frente a 42.4 en la reconstrucción aloplástica, con diferencia significativa ($p < 0.001$).⁽⁷⁾ En Holanda, Van Rooij reportó puntajes de 45.18 en pacientes con implantes y 64.34 en aquellas con DIEP, con diferencia significativa ($p < 0.00012$).⁽¹³⁾ Tallroth, en Suecia, encontró puntajes de 67.1 en la reconstrucción con DIEP

y 58.4 en la reconstrucción con implantes, sin diferencias significativas.⁽¹¹⁾ Liu, en China, también encontró un mayor bienestar sexual en pacientes con reconstrucción DIEP (64.8 frente a 52.1), sin alcanzar significancia estadística.⁽¹⁸⁾

En cuanto al bienestar del tórax, Persichetti y col. en Italia, describieron un puntaje de 73.3 en la reconstrucción autóloga en comparación con 65.2 en la reconstrucción aloplástica, con diferencia significativa ($p < 0.001$).⁽⁷⁾ En Holanda, Van Rooij encontró puntajes de 53.47 en pacientes con implantes y 62.00 en aquellas con DIEP, con diferencia significativa ($p < 0.00041$).⁽¹³⁾ Tallroth, en Suecia, reportó puntajes de 79.6 en reconstrucción con DIEP y 72.0 en reconstrucción con implantes, sin diferencias significativas.⁽¹¹⁾ Liu, por su parte, no identificó diferencias en el bienestar del tórax entre ambos grupos (DIEP 79.1 frente a 78.5).⁽¹⁸⁾

Por otro lado, en nuestra muestra el aspecto de satisfacción con los senos fue levemente mejor en la reconstrucción con colgajo DIEP que en la reconstrucción con expansor/implante (58.13 frente a 55.5, DM 2.63). Esto coincide con lo reportado por los autores mencionados. Persichetti y col presentaron una satisfacción superior con el colgajo DIEP (62.7), que con los implantes (52.9) con una diferencia estadísticamente significativa. En Holanda, Van Rooij encontró puntajes de 40.47 en pacientes con implantes y de 65.07 en aquellas con DIEP, con diferencia significativa ($p < 0.0001$).⁽¹³⁾ Tallroth, en Suecia, reportó puntajes de 72.1 en reconstrucción con DIEP y de 63.4 en reconstrucción con implantes, sin diferencias significativas.⁽¹¹⁾ Liu, por su parte, identificó diferencias significativas en la satisfacción con los senos, siendo mayor en el grupo de colgajo DIEP (80.4 frente a 64.2).⁽¹⁸⁾

A diferencia de los estudios internacionales, donde la reconstrucción con colgajo DIEP ha mostrado consistentemente mejores resultados, en nuestra población colombiana las pacientes con reconstrucción con expansor/implante reportaron un mayor bienestar psicosocial. Estos hallazgos sugieren que factores socioculturales específicos, como la necesidad de una recuperación más rápida para reincorporarse al trabajo, la seguridad económica y el nivel académico más alto podrían influir en la percepción de bienestar y en la elección del tipo de reconstrucción. Adicionalmente, es importante tener en cuenta las expectativas estéticas de las mamas inherentes a la cultura.⁽⁷⁾ Un ejemplo de esta diferencia de percepción de belleza del seno con respecto a la forma se puso de manifiesto al comparar 2 estudios en los que se les preguntaba a mujeres y hombres qué proporción de volumen del polo superior e inferior preferían. El primero, escrito por Mallucci y col. en Reino Unido, mostró

que las mujeres preferían una proporción 45:55 del polo superior comparado con el inferior.⁽²⁰⁾ Por el contrario, el segundo, publicado por Wallner y col. en Estados Unidos, mostró que las mujeres preferían una proporción 55:45.⁽²¹⁾ Aunque no conocemos estudios similares en población latina que evalúen específicamente la percepción de belleza mamaria, se presume que las características estéticas preferidas incluyen un polo superior redondo y proyectado, con volúmenes altos (350-450 cc) y una proporción 55:45. En este contexto, es probable que las mujeres latinas prefieran la apariencia de una mama reconstruida con una prótesis redonda, en comparación con la morfología proporcionada por un colgajo, a pesar de que en nuestros resultados encontramos un puntaje levemente mayor en la satisfacción con los senos con el colgajo

En nuestro grupo se identificó que tanto en las pacientes con reconstrucción aloplástica como en aquellas con colgajo DIEP, aquellas con antecedente de radioterapia tenían en general peores puntajes en todos los ítems de calidad de vida evaluados. En la reconstrucción aloplástica, la mayor caída en la calidad de vida se observó en el bienestar del tórax (87.5 frente a 61.8, DM 25.7), mientras que en el colgajo DIEP ocurrió en el bienestar sexual (60.0 frente a 32.3, DM 27.7). Estos hallazgos coinciden en parte con la literatura. Devulappalli y col., en un estudio longitudinal prospectivo con diversos tipos de reconstrucción autóloga y aloplástica, encontraron que la radioterapia postmastectomía (presente en el 25.5% de sus pacientes) disminuyó todos los aspectos del BREAST-Q en reconstrucción aloplástica y los aspectos de bienestar psicosocial y bienestar sexual en la reconstrucción autóloga.⁽²²⁾ Sin embargo, Persichetti y col. realizaron una regresión lineal para evaluar la relación entre radioterapia y los 4 aspectos del BREAST-Q, sin encontrar una asociación estadísticamente significativa en pacientes con reconstrucción con implantes ni con colgajo DIEP.⁽⁷⁾ Esta discrepancia con los estudios mencionados podría explicarse por la dificultad de nuestras pacientes para acceder a un seguimiento integral con fisioterapia, terapia linfática y apoyo psicosocial. Además, en algunos casos, el tiempo de espera prolongado entre la finalización de la radioterapia y la reconstrucción podría aumentar la fibrosis, impactando negativamente en los resultados estéticos y funcionales.

Somos conscientes de que nuestro estudio tiene como limitación el ser un estudio descriptivo que toma una muestra por conveniencia, por lo que la generalización de los resultados es limitada. Adicionalmente, la escala BREAST-Q no está validada específicamente en la población colombiana, por lo que se aplicó el cuestionario validado en México. No obstante, consideramos

que aporta un primer vistazo para la orientación en reconstrucción mamaria de las pacientes en el país y en el continente Iberoamericano e invita a la realización de estudios analíticos a futuro.

Conclusiones

Este estudio sugiere que, en base a la encuesta BREAST-Q aplicada a una muestra de población de mujeres colombianas con reconstrucción mamaria aloplástica después de 3 a 6 años del postoperatorio, obtuvieron mejores puntajes en el bienestar psicosocial en comparación con las reconstruidas con colgajo DIEP. En las otras áreas evaluadas: bienestar sexual, satisfacción con el resultado de los senos y bienestar del tórax, no se identificaron diferencias importantes entre los 2 tipos de reconstrucción. Estos hallazgos fueron diferentes a los reportados en otros países de Europa, Norteamérica y Asia.

Tomando en cuenta que las perspectivas de las pacientes responden directamente a un concepto de belleza local y a un sistema cultural, este estudio es una invitación a la realización de estudios de mayor complejidad y con mayor número de pacientes para poder identificar qué tipo de reconstrucción trae mejores beneficios a la calidad de vida en las pacientes colombianas o latinoamericanas.

Por último, los resultados de nuestro estudio sugieren que la radioterapia impacta negativamente en el bienestar psicosocial, el bienestar sexual, la satisfacción con el resultado de los senos y el bienestar del tórax en ambos tipos de reconstrucción mamaria.

Agradecimientos

A Valentina Hernández y Frank Álvarez por su orientación en la recolección de datos en la Clínica Los Nogales, y a Carlos Gómez por la asesoría estadística.

Dirección del autor

Dra. Andrea Donoso-Samper
Correo electrónico: adonoso@unbosque.edu.co

Bibliografía

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2014. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>.
2. Asociación Colombiana de Mastología. Manual de Mastología: Distribuna Editorial; 2020.
3. Berrocal-Revueltas M. Secuelas psicológicas de la mastectomía y beneficios de la reconstrucción mamaria. En: Berrocal-Revueltas M, editor. Las cuatro estaciones de las mamas: evaluación, diseño y aplicación de procedimientos quirúrgicos. Bogotá: Editorial Impresión Médica; 2014. Pp. 379-387.
4. Pirro O, Mestak O, Vindigni V, Sukop A, Hromadkova V, Nguyenova A, et al. Comparison of Patient-reported Outcomes after Implant Versus Autologous Tissue Breast Reconstruction Using the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2017;5(1):e1217.
5. Cohen WA, Mundy LR, Ballard TN, Klassen A, Cano SJ, Browne J, et al. The BREAST-Q in surgical research: A review of the literature 2009-2015. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2016;69(2):149-162.
6. Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, et al. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002;11(3):193-205.
7. Persichetti P, Barone M, Salzillo R, Cogliandro A, Brunetti B, Ciarrocchi S, et al. Impact on Patient's Appearance Perception of Autologous and Implant Based Breast Reconstruction Following Mastectomy Using BREAST-Q. *Aesthetic Plast Surg*. 2022;46(3):1153-1163.
8. Khajuria A, Prokopenko M, Greenfield M, Smith O, Pusic AL, Mosahebi A. A Meta-analysis of Clinical, Patient-Reported Outcomes and Cost of DIEP versus Implant-based Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019;7(10):e2486.
9. Kuykendall LV, Zhang A, Tugertimur B, Bijan S, Agoris C, Kumar A, et al. Outcomes in Deep Inferior Epigastric Perforator Flap and Implant-Based Reconstruction: Does Age Really Matter? *Cancer Control*. 2018;25(1):1073274817744603.
10. Matros E, Albornoz CR, Razdan SN, Mehrara BJ, Macadam SA, Ro T, et al. Cost-effectiveness analysis of implants versus autologous perforator flaps using the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(4):937-946.
11. Tallroth L, Velerand P, Klasson S. A short-term comparison of expander prosthesis and DIEP flap in breast reconstructions: A prospective randomized study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2021;74(6):1193-1202.
12. Shiraishi M, Sowa Y, Tsuge I, Kodama T, Inafuku N, Morimoto N. Long-Term Patient Satisfaction and Quality of Life Following Breast Reconstruction Using the BREAST-Q: A Prospective Cohort Study. *Front Oncol*. 2022;12:815498.
13. van Rooij JAF, Bijkerk E, van der Hulst R, van Kuijk SMJ, Tuinder SMH. Replacing an Implant-Based with a DIEP Flap Breast Reconstruction: Breast Sensation and Quality of Life. *Plast Reconstr Surg*. 2023;152(2):293-304.
14. Gallegos Sierra C, Morales Flores EA, Villarreal Salgado JL, Hernández Gómez G, Ramos Guerrero JA. Calidad de vida en reconstrucción mamaria postmastectomía. Aplicación del instrumento Breast-Q®. *Cir. plást. iberolatinoam*. 2019;45(4):369-376.
15. Álvarez Martínez L, García Redondo M, Alonso García M. Reconstrucción postmastectomía bilateral: estudio comparativo de satisfacción en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. *Cir. plást. iberolatinoam*. 2019;45(4):361-368.
16. Cabrera Sánchez E, Redondo Camacho A, Dean Ferrer A, Benítez i Gomá JR, Torre Beltrami C, De Piero Belmonte G et al. Satisfacción en pacientes con reconstrucción mamaria con colgajo D.I.E.P. *Cir. plást. iberolatinoam*. 2006;32(3):169-179.

17. **Eltahir Y, Werners L, Dreise MM, Zeijlmans van Emmichoven IA, Werker PMN, de Bock GH.** Which breast is the best? Successful autologous or alloplastic breast reconstruction: patient-reported quality-of-life outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135(1):43-50.
18. **Liu C, Zhuang Y, Momeni A, Luan J, Chung MT, Wright E, et al.** Quality of life and patient satisfaction after microsurgical abdominal flap versus staged expander/implant breast reconstruction: a critical study of unilateral immediate breast reconstruction using patient-reported outcomes instrument BREAST-Q. *Breast Cancer Res Treat.* 2014;146(1):117-126.
19. **Gopie JP, Hilhorst MT, Kleijne A, Timman R, Menke-Pluymers MB, Hofer SO, et al.** Women's motives to opt for either implant or DIEP-flap breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(8):1062-1067.
20. **Mallucci P, Branford OA.** Shapes, Proportions, and Variations in Breast Aesthetic Ideals: The Definition of Breast Beauty, Analysis, and Surgical Practice. *Clin Plast Surg.* 2015;42(4):451-464.
21. **Wallner C, Dahlmann V, Montemurro P, Kümmel S, Reinisch M, Drysch M, et al.** The Search for the Ideal Female Breast: A Nationally Representative United-States-Census Study. *Aesthetic Plast Surg.* 2022;46(4):1567-1574.
22. **Devulapalli C, Bello RJ, Moin E, Alsobrooks J, Fallas PB, Ohkuma R, et al.** The Effect of Radiation on Quality of Life throughout the Breast Reconstruction Process: A Prospective, Longitudinal Pilot Study of 200 Patients with Long-Term Follow-Up. *Plast Reconstr Surg.* 2018;141(3):579-589.