

# 3. Complicaciones de la cirugía mamaria

- [Introducción](#)
- [Complicaciones de la cirugía mamaria](#)
- [Complicaciones del manejo de la axila](#)

# Introducción

Existen múltiples complicaciones tras una cirugía de cáncer de mama y axila. Estas van a depender del tipo de cirugía, de la extensión de la disección axilar y de la realización o no de técnicas de reconstrucción inmediata. Son más frecuentes cuando se realiza mastectomía.

Podemos dividir las complicaciones derivadas de la cirugía mamaria y complicaciones derivadas del manejo de la axila.

<b>COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA MAMARIA</b>	<b>COMPLICACIONES DEL MANEJO DE LA AXILA</b>
<b>Seroma</b>	Linfedema
<b>Hematoma</b>	Lesiones nerviosas
<b>Infección de la herida quirúrgica</b>	Cuerdas cutáneas
<b>Dolor persistente</b>	Cuerpos extraños
<b>Necrosis del colgajo</b>	

# Complicaciones de la cirugía mamaria

## Seroma

La mayor parte de las pacientes presentarán acumulación de líquido seroso debajo de la piel tras la cirugía. La obesidad, cirugías extensas y la utilización del electrocauterio para disecar la piel incrementan el riesgo. Suele producirse de forma más frecuente cuando se realiza mastectomía frente a la cirugía conservadora. Relativamente frecuente pero pocas veces precisa evacuación por parte de cirugía/radiología. Si se sospecha infección, enviar muestra para cultivo microbiológico

## Hematoma

más frecuente tras la realización de una mastectomía con reconstrucción inmediata, siendo su incidencia relativamente baja, menor de 2%. La toma de anticoagulación oral o corticoides pueden predisponer su aparición. En escasas ocasiones requiere reintervención para su drenaje. En algunos casos también pueden cronificarse.

## Infecciones de la herida

es rara, menos del 3% de los casos. La obesidad, diabetes mellitus, tabaquismo y la edad pueden incrementar el riesgo de infecciones. Los gérmenes más frecuentemente aislados son los gram positivos como los Staphylococcus y Streptococcus. La mayor parte de los casos puede tratarse con antibiótico oral, de forma excepcional requerirá tratamiento antibiótico intravenoso. Un pequeño número de paciente puede evolucionar hacia la formación de abscesos que precisen drenaje. Siempre es imprescindible la toma de cultivos microbiológicos en caso de drenaje.

## Necrosis del colgajo

su incidencia se estima en torno al 10% a 18% de los casos tras mastectomía. Dentro de los factores que predisponen a su aparición se mencionan la existencia de radioterapia previa, la presencia de obesidad, pacientes de mayor edad y el tabaquismo. Dependiendo de la extensión de la necrosis esta puede requerir desbridamiento quirúrgico que puede retrasar la administración de tratamiento sistémico y comprometer el resultado estético.

## **Necrosis del complejo areola pezón**

su incidencia oscila entre un 6 y 22% dependiendo de la serie, y si se hace referencia a necrosis parcial o completa. Entre los factores de riesgos asociados a su aparición se describen el tabaquismo, tratamiento previo con radioterapia, mamas de gran volumen o la presencia de ptosis, y finalmente la realización de incisiones periareolares. La mayoría de los casos puede ser manejado de forma conservadora y solo un pequeño porcentaje de paciente requerirá exéresis del complejo areola pezón.

## **Dolor persistente**

el dolor, ardor y sensación de tensión en la pared torácica y la cicatriz, asociado con parestesias son característicos del dolor postmastectomía. Se estima que hasta la mitad de las pacientes pueden experimentar alteraciones en la sensibilidad y dolor crónico . La realización de linfadenectomía axilar ipsilateral, la reconstrucción con implantes, la localización submuscular de las prótesis mamarias y la formación de una capsular periimplante, así como la radioterapia adyuvante pueden predisponer su aparición. En caso de dolor de características atípicas se debe descartar infecciones, recaída tumoral y otras causas de dolor torácico. El dolor progresivo debe de hacer sospechar probabilidad de recaída local por lo que puede solicitarse una prueba de imagen, que podría ser una ecografía de mama o mamografía.

# Complicaciones del manejo de la axila

## Linfedema

La incidencia de linfedema es muy variable. Entre un 3% - 65% de los pacientes intervenidos de cáncer de mama presentarán una acumulación anómala de linfa en el intersticio secundario a un drenaje ineficaz, con una mayor incidencia en los dos primeros años tras la intervención. La principal causa de su aparición es la interrupción del drenaje linfático secundario a la cirugía, el tratamiento con radioterapia o obstrucción secundaria a la infiltración tumoral ganglionar.

La realización de linfadenectomía axilar constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de linfedema en los pacientes con cáncer de mama. Además, se sabe que a mayor número de ganglios resecaados, la realización de mastectomía frente a la cirugía conservadora, un mayor índice de masa corporal, el tratamiento con radioterapia incrementan el riesgo de aparición de linfedema.

La pesadez del miembro superior intervenido suele ser el primer síntoma. La pérdida de contornos óseos de la mano y el aumento de volumen que empeora a lo largo del día debe hacernos sospechar la aparición de linfedema. El aumento de volumen puede ser proximal o distal, pudiendo afectar todo el brazo o en ocasiones solamente la mano.

Existen múltiples escalas para clasificar el grado de linfedema. A continuación, comentamos dos escalas que pueden evaluarse de forma sencilla en la consulta.

## Criterios terminológicos comunes para eventos adversos del Instituto Nacional del Cáncer

- Grado 1: Engrosamiento y descoloración ligera
- Grado 2: Descoloración marcada, textura de la piel coriácea, formación de papilas, limitación moderada de las actividades cotidianas
- Grado 3: Síntomas severos que limitan el cuidado personal y las actividades cotidianas

## Escala de la Sociedad Americana de Fisioterapia

Utiliza la diferencia de la circunferencia en el diámetro máximo de ambas extremidades:

- Linfedema leve: diferencia <3 cm

- Linfedema moderado: diferencia entre 3-5 cm
- Linfedema severo: diferencia >5 cm

Una diferencia mayor de 2 cm en la circunferencia se debe considerar clínicamente significativa.

## Prevención

En cuanto a la prevención, los pacientes deben reportar si notan cambios en el diámetro, coloración, sensibilidad, temperatura o grosor de la piel en la extremidad afecta. Es importante informar a los pacientes acerca de las medidas generales para evitar su aparición. Entre estas medidas podemos mencionar las siguientes:

- La elevación del miembro afecto
- Mantener un adecuado control del peso corporal
- Realizar los ejercicios indicados por su médico rehabilitador,
- Adecuada higiene de las uñas y cutículas
- Evitar utilizar prendas de ropa ceñidas o accesorios como relojes o joyería
- Evitar la exposición a temperaturas extremas
- Evitar el uso de saunas y termas
- No se deben realiza baños de parafina

No se ha demostrado que las extracciones de sangre, inyecciones, toma de tensión arterial o número de vuelos se asocien con el aumento o desarrollo de linfedema. Sin embargo, en pacientes que ya han desarrollado linfedema deben evitarse en la medida de lo posible las punciones ya que pueden ser puerta de entrada de infecciones. En caso de malos accesos venosos de forma excepcional podría utilizarse el brazo afecto sino existe otra opción.

## Tratamiento

En relación al tratamiento, en los casos leves el manejo conservador y la educación sobre las medidas de prevención son fundamentales. En los casos leves y severos existen diversas estrategias que deben ser aplicadas siempre por un terapeuta experto como pueden ser la compresión externa mediante bandas y mangas elásticas, la compresión neumática intermitente o el drenaje linfático manual.

Los datos en relación con que el drenaje linfático manual puede diseminar las células tumorales son controvertidos, y la evidencia hasta la fecha es debatible. Sin embargo, existen ciertas contraindicaciones para este tipo de terapias:

### **Contraindicaciones absolutas**

- Celulitis activas
- Infiltración tumoral de los ganglios linfáticos
- Tumores inflamatorios
- Insuficiencia cardiaca moderada a severa
- Trombosis venosa profunda aguda

### **Contraindicaciones relativas:**

- Hipertensión arterial no controlada
- Diabetes mellitus
- Asma
- Parálisis de la extremidad afecta

El drenaje linfático manual es seguro y no aumenta el riesgo de recidiva en pacientes operadas ni aumenta las metástasis.

Es imprescindible el diagnóstico de posibles complicaciones como pueden ser las infecciones cutáneas dentro de las que se pueden mencionar los panadizos en las uñas de las manos, para evitar la aparición de eventos secundarios más importantes como el desarrollo de celulitis. Debe realizarse cobertura antibiótica adecuada para gérmenes gram positivos. Las celulitis severas deben ser tratadas con antibióticoterapia intravenosa siempre.

## **Lesiones nerviosas**

Existe riesgo de lesión del nervio de los músculos serrato mayor, dorsal ancho, del plexo braquial y de las ramas intercostales. La incidencia de lesiones nerviosas tras linfadenectomía axilar se estima en menos del 1% de los casos. Pueden observarse como debilidad en la aducción y rotación del hombro, atrofia del músculo pectoral mayor, y parestesias en la cara interna y superior del brazo.

## **Cuerdas cutáneas.**

Aparecen en la cara interna del brazo debido tras la linfadenectomía axilar. Suelen ceder espontáneamente en poco tiempo y se tratan con medicación sintomática.

## **Cuerpos extraños**

No es infrecuente la aparición de cuerpos extraños por intolerancia de suturas. Generalmente, suelen expulsarse de forma espontánea mediante fistulización, aunque a veces se requiere reintervenir a la paciente para su extracción.