

# Desafíos y resultados de la reconstrucción mamaria en cáncer de mama en etapa avanzada: una revisión integral

## *Challenges and outcomes of breast reconstruction in advanced-stage breast cancer: a comprehensive review*

Misael Z. Barajas-García<sup>1</sup>, Erendy N. Hernández-Sánchez<sup>2</sup>, Miriam M. Ayala-Andrade<sup>3</sup>, Antonio Bucheli-Villalobos<sup>4</sup>, Diego A. Valdez-Perea<sup>5</sup>, Lesly P. Espinoza-Ortiz<sup>6</sup>, Adriana C. Jauregui-Gelviz<sup>7</sup>, Max A. Galicia-Marín<sup>8</sup> y Daniel Tiburcio-Jiménez<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Colima, Colima, Colima; <sup>2</sup>Departamento de Medicina, Universidad Cristóbal Colón, Veracruz, Veracruz; <sup>3</sup>Departamento de Medicina, Universidad Vasco de Quiroga, Morelia, Michoacán; <sup>4</sup>Departamento de Medicina, Universidad Anáhuac Querétaro, El Marqués, Querétaro; <sup>5</sup>Departamento de Medicina, Universidad Veracruzana, Veracruz, Veracruz; <sup>6</sup>Departamento de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México; <sup>7</sup>Departamento de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, Hidalgo; <sup>8</sup>Departamento de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, Puebla. México

### Resumen

La reconstrucción mamaria posmastectomía es crucial para el bienestar psicológico y la calidad de vida a largo plazo de las pacientes con cáncer de mama. Sin embargo, su rol en los estadios avanzados (etapas III-IV) continúa siendo debatible. Para analizar los resultados clínicos y los beneficios de la reconstrucción mamaria en pacientes con cáncer de mama en estadios avanzados se realizó una revisión sistemática de estudios sobre el abordaje reconstructivo publicados entre enero de 2018 y marzo de 2025. Existe una marcada escasez de estudios enfocados en este rubro y la mayoría de los datos provienen de series de casos pequeñas o reportes observacionales, los cuales sugieren que la reconstrucción puede ser técnicamente factible y presentar aceptables tasas de complicaciones en casos seleccionados. No obstante, la influencia de las terapias adyuvantes agresivas, como la quimioterapia y la radioterapia, sobre los resultados estéticos finales en esta población aún no está claramente establecida. Existe una necesidad urgente de estudios prospectivos que evalúen tanto los resultados clínicos como la satisfacción de las pacientes, con el fin de orientar la toma de decisiones quirúrgicas en mujeres con cáncer de mama en estadio avanzado.

**Palabras clave:** Cáncer de mama avanzado. Reconstrucción mamaria. Mastectomía radical. Resultados quirúrgicos. Calidad de vida. Terapia adyuvante.

### Abstract

Post-mastectomy breast reconstruction plays a crucial role in the psychological well-being and long term quality of life of patients with breast cancer. However, its role in advanced stages (stages III–IV) remains debatable. To analyze the clinical outcomes and potential benefits of breast reconstruction in patients with advanced-stage breast cancer, a systematic review of studies on the reconstructive approach published between January 2018 and March 2025 was conducted. There is a marked paucity of studies focused on this topic, and most available data derive from small case series or observational reports, which suggest that breast reconstruction may be technically feasible and associated with acceptable complication rates in selected cases.

#### \*Correspondencia:

Daniel Tiburcio-Jiménez

E-mail: leinad\_dicapriano@hotmail.com

0009-7411/© 2026 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 20-08-2025

Fecha de aceptación: 29-01-2026

DOI: 10.24875/CIRU.25000417

Cir Cir. 2026;94(2):225-232

Contents available at PubMed

[www.cirugiaycirujanos.com](http://www.cirugiaycirujanos.com)

*Nevertheless, the impact of aggressive adjuvant therapies, such as chemotherapy and radiotherapy, on final aesthetic outcomes in this population remains poorly defined. There is an urgent need for prospective studies evaluating both clinical outcomes and patient satisfaction to guide surgical decision-making in women with advanced-stage breast cancer.*

**Keywords:** Advanced breast cancer. Breast reconstruction. Radical mastectomy. Surgical outcomes. Quality of life. Adjuvant therapy.

## Introducción

El cáncer de mama es una de las neoplasias más prevalentes en las mujeres en todo el mundo<sup>1</sup>. La detección temprana, el auge del tratamiento dirigido y la cirugía selectiva han reducido significativamente la mortalidad de esta neoplasia, permitiendo priorizar tanto la supervivencia como la calidad de vida posterior al tratamiento<sup>2</sup>. La reconstrucción mamaria tras la mastectomía es un componente fundamental de la atención integral del cáncer de mama, al restaurar la imagen corporal y favorecer el bienestar psicológico de las afectadas<sup>3,4</sup>. Si bien los beneficios estéticos de la reconstrucción mamaria están bien documentados en etapas tempranas de esta neoplasia, el papel de la cirugía oncológica en la enfermedad avanzada sigue siendo objeto de debate y está escasamente explorado<sup>5</sup>. La reconstrucción mamaria en estadios tumorales avanzados supone retos terapéuticos específicos propios del tratamiento agresivo al que las pacientes son sometidas<sup>6</sup>. En tales casos, las intervenciones quirúrgicas involucran procedimientos radicales para el control oncológico, a la par que deben considerar el manejo estético de las ulceraciones, la fibrosis y los defectos de la pared torácica secundarios a tratamientos previos<sup>7</sup>. La reconstrucción mamaria en ese contexto es compleja y multifactorial, requiriendo una valoración cuidadosa de la seguridad oncológica, la expectativa de vida, el riesgo de complicaciones posoperatorias y la posibilidad de retrasar las terapias adyuvantes sistémicas. Adicionalmente, en la enfermedad avanzada los objetivos del tratamiento suelen ir más allá de la supervivencia, incluyendo el control de los síntomas y la preservación de la dignidad y la calidad de vida<sup>8,9</sup>. En la actualidad se considera que, en pacientes seleccionadas, la reconstrucción mamaria ofrece beneficios concretos en la imagen corporal, la adaptación psicosocial y el bienestar general, incluso en un contexto de cuidados paliativos<sup>10</sup>. Sin embargo, la evidencia científica que respalda estos abordajes sigue siendo limitada en la población general con cáncer de mama, en particular en lo relativo a los resultados reconstructivos, las

tasas de complicaciones, la cicatrización y la acción estética, elementos que no han sido evaluados de manera adecuada en esta población<sup>11,12</sup>.

La presente revisión analiza críticamente la evidencia disponible sobre la reconstrucción mamaria en pacientes con cáncer de mama avanzado, incluyendo aquellas sometidas a mastectomía radical. Su propósito es examinar los principales retos y los resultados quirúrgicos reportados en la literatura, evaluar el impacto de la reconstrucción en la calidad de vida y en los desenlaces informados por las pacientes, y explorar cómo las terapias adyuvantes agresivas pueden influir en el éxito quirúrgico y en la satisfacción de las pacientes.

## Método

### Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión sistemática de la literatura utilizando el repositorio digital PubMed, seleccionado por su cobertura integral de investigaciones biomédicas y clínicas revisadas por pares. El objetivo fue identificar estudios que evaluaran los resultados quirúrgicos, la calidad de vida y el éxito reconstructivo en pacientes con cáncer de mama en estadio avanzado (III-IV) sometidas a mastectomía radical, con o sin reconstrucción mamaria posterior. La búsqueda incluyó artículos publicados entre enero de 2018 y noviembre de 2024. Se efectuó inicialmente una verificación cruzada con Scopus y Web of Science; sin embargo, debido al alto número de duplicados, solo se utilizó PubMed para la selección final. Para garantizar unos criterios de inclusión amplios, pero específicos, se emplearon las siguientes palabras clave y combinaciones booleanas: ("Breast Neoplasms" OR "Breast Cancer" OR "Advanced Breast Cancer") AND ("Mastectomy, Radical" OR "Radical Mastectomy") AND ("Reconstructive Surgical Procedures" OR "Breast Reconstruction") AND ("Advanced Stage" OR "Locally Advanced" OR "Stage III" OR "Stage IV") AND ("Adjuvant Therapy" OR "Chemotherapy" OR "Radiotherapy") AND ("Quality of Life" OR "Patient

Satisfaction” OR “Psychosocial Outcomes”) AND (“Surgical Outcomes” OR “Complications” OR “Onco-logic Outcomes”). Únicamente se incluyeron artículos publicados en inglés o español.

### **Criterios de elegibilidad**

La selección de estudios siguió las directrices PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) y se estructuró utilizando el marco PICOS:

- Población: mujeres adultas diagnosticadas con cáncer de mama en estadio III o IV sometidas a mastectomía radical, con o sin reconstrucción mamaria<sup>13,14</sup>.
- Intervención: cualquier modalidad de cirugía reconstructiva, incluyendo colgajos de tejido autólogo, reconstrucción con implantes o uso de matriz dérmica acelular.
- Comparación: pacientes que no recibieron reconstrucción o que fueron sometidas a modalidades reconstructivas alternativas.
- Desenlaces (*outcomes*): resultados quirúrgicos (complicaciones, cicatrización), resultados reportados por las pacientes (calidad de vida, satisfacción) y repercusión psicosocial.
- Diseño del estudio (*study design*): artículos originales, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados, estudios de cohortes (prospectivos o retrospectivos), series de casos y reportes de casos relevantes.

Se excluyeron las revisiones sistemáticas, los metaanálisis, los editoriales, los documentos de opinión de expertos y los estudios con diseños preexperimentales o con datos de seguimiento incompletos. También se excluyeron los artículos sin acceso al texto completo y los publicados en idiomas distintos del inglés y el español.

### **Proceso de selección de los estudios**

La búsqueda inicial identificó 204 artículos, de los cuales, tras la revisión de los títulos y los resúmenes, se excluyeron 188 por las siguientes razones: 74 abordaban únicamente cáncer de mama en estadio temprano o localmente avanzado (no metastásico), 48 carecían de datos sobre procedimientos reconstructivos o resultados, 35 eran duplicados o publicaciones previas a 2018, 30 no cumplían con los criterios metodológicos y 1 estaba redactado en un idioma no

elegible. Después de la revisión del texto completo, únicamente un estudio cumplió con todos los criterios de inclusión y se incorporó al análisis final (Fig. 1). Los restantes 15 estudios potencialmente relevantes fueron excluidos en la fase de elegibilidad debido a la ausencia de resultados específicos de reconstrucción o a la exclusión de pacientes con enfermedad metastásica.

### **Evaluación de la calidad**

La calidad del estudio incluido se evaluó mediante la herramienta Cochrane para riesgo de sesgo, siendo valorada de forma independiente por tres revisores<sup>15</sup>; las discrepancias se resolvieron por consenso. Debido a que solo se incluyó un estudio, el resumen detallado de la evaluación de la calidad se presenta en el texto principal en lugar de en una tabla independiente.

### **Síntesis de los datos**

Dada la cantidad extremadamente limitada de estudios elegibles y la heterogeneidad en el diseño, la población de pacientes y la presentación de resultados, se optó por un enfoque de síntesis narrativa. No fue factible realizar un metaanálisis cuantitativo<sup>16</sup>. Los temas clave, como la factibilidad, la seguridad quirúrgica, la satisfacción de la paciente y los beneficios psicosociales en el contexto del cáncer de mama en estadio avanzado fueron extraídos y resumidos de manera narrativa.

### **Resultados**

Una revisión exhaustiva de la literatura actual evidencia una marcada escasez de estudios que aborden de manera específica los resultados de la reconstrucción mamaria en pacientes con cáncer de mama en estadio IV (metastásico). De un total de 16 estudios identificados, solo uno (6.25%) cumplió con los criterios de inclusión, al incorporar pacientes con enfermedad metastásica y reportar desenlaces directamente relacionados con la cirugía reconstructiva. Los 15 estudios restantes (93.75%) fueron excluidos debido a que se enfocaban en enfermedad en estadios tempranos o localmente avanzada, excluían explícitamente a las pacientes con metástasis de sus análisis o no proporcionaban datos relevantes sobre los resultados reconstructivos. El único trabajo incluido es una serie de casos realizada por Teklebrhan et al.<sup>17</sup>, quienes

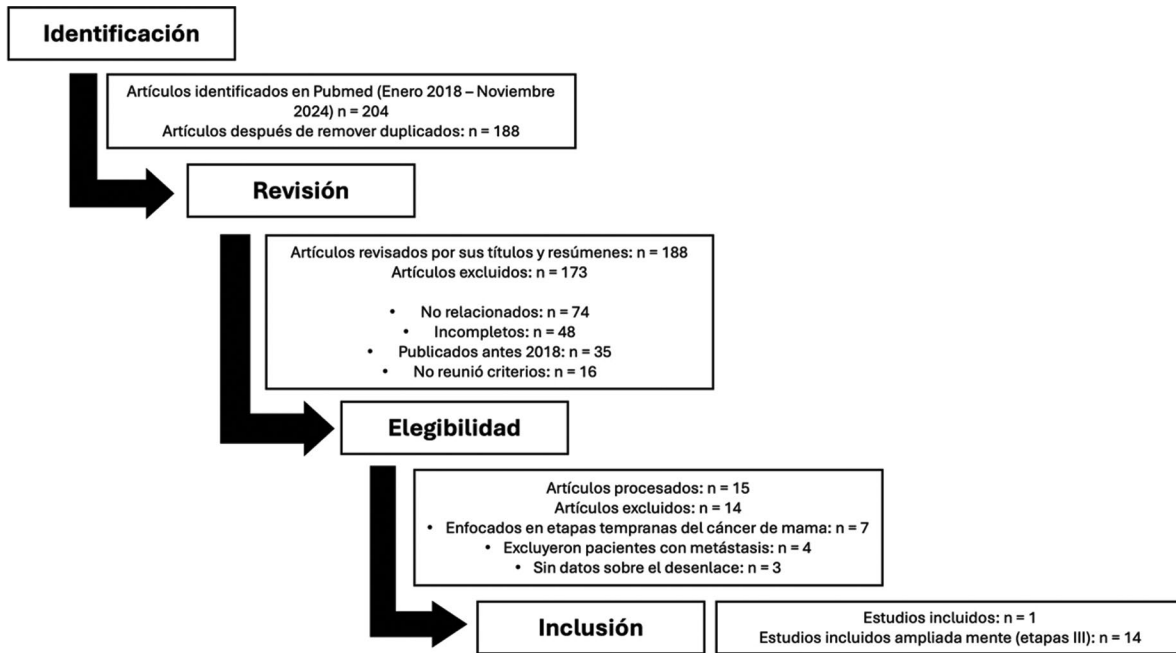


Figura 1. Diagrama de selección de artículos (PRISMA).

informaron sobre siete mujeres con cáncer de mama metastásico y recurrencia locorregional sometidas a abdominoplastia inversa para reconstrucción de la pared torácica. La edad media de las pacientes fue de aproximadamente 53.6 años, y varias recibían quimioterapia paliativa o terapia hormonal en el momento de la intervención quirúrgica. Los autores documentaron resultados posoperatorios favorables, incluyendo una adecuada cicatrización de las heridas, sin complicaciones quirúrgicas mayores y únicamente incidencias menores, como formación de seroma o dehiscencia superficial de la herida. De manera relevante, las pacientes reportaron mínimas limitaciones funcionales y mantuvieron un rendimiento satisfactorio en las actividades cotidianas, evaluado mediante el cuestionario de calidad de vida SF-36. Asimismo, la satisfacción estética fue elevada a pesar del contexto paliativo, lo que resalta los potenciales beneficios psicosociales de la reconstrucción incluso en escenarios de enfermedad avanzada. Aunque limitado por el reducido tamaño de la muestra y su diseño observacional, este estudio aporta evidencia preliminar que respalda la factibilidad técnica y las posibles mejoras en la calidad de vida asociadas con los procedimientos reconstructivos en pacientes seleccionadas con cáncer de mama metastásico.

Los 15 estudios excluidos se distribuyeron en varias categorías. Un amplio subgrupo correspondió a

estudios retrospectivos de cohorte y estudios transversales centrados en pacientes con cáncer de mama en estadio temprano (I-III) o localmente avanzado, muchas de las cuales recibieron quimioterapia o radioterapia neoadyuvante<sup>18,19</sup>. Estos trabajos excluyeron de forma sistemática a pacientes en estadio IV, por lo que sus hallazgos no resultan aplicables a la población con metástasis. Otros estudios se enfocaron en cirugía oncológica conservadora de mama o en reconstrucción linfática inmediata para mitigar el linfedema<sup>20,21</sup>, pero de nuevo se limitan a escenarios de enfermedad temprana y sin abordar la reconstrucción posmastectomía en estadio IV. Asimismo, reportes de casos aislados y pequeñas series describen intervenciones quirúrgicas individuales o desenlaces de supervivencia<sup>17,22</sup>, sin aportar datos suficientes sobre técnicas reconstructivas o resultados reportados por las pacientes. Algunas publicaciones correspondían a protocolos de ensayos clínicos<sup>23</sup> o modelos computacionales que analizaban la supervivencia<sup>24,25</sup>, sin incluir información sobre la reconstrucción quirúrgica ni indicadores de calidad de vida. Además, algunos estudios de cohorte de gran tamaño incluían un pequeño porcentaje de pacientes con enfermedad metastásica (por ejemplo, hasta un 5.8% en Buckley et al.<sup>26</sup>, pero sin estratificar los resultados reconstructivos para este subgrupo). Finalmente, las investigaciones que compararon técnicas oncológicas y reconstrucciones totales, como

la realizada por Lisboa et al.<sup>27</sup>, reportaron en general mejores resultados estéticos con los abordajes oncológicos, aunque con un número insignificante de casos con metástasis y sin análisis específicos por subgrupo.

Esta síntesis detallada pone de manifiesto una brecha crítica de conocimiento en la literatura respecto a la cirugía reconstructiva en pacientes con cáncer de mama metastásico. A pesar del amplio cuerpo de evidencia que respalda la reconstrucción en la enfermedad temprana y localmente avanzada, resulta evidente la ausencia de datos prospectivos y de alta calidad en poblaciones en estadio IV. La evidencia disponible, limitada a una única serie de casos de pequeño tamaño, sugiere que los procedimientos reconstructivos pueden ofrecer beneficios funcionales y psicosociales –incluyendo mejoras en la calidad de vida y en la imagen corporal– incluso dentro de un marco de cuidados paliativos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de realizar investigaciones adicionales para comprender mejor el papel, los riesgos y los beneficios de la reconstrucción mamaria en el contexto del cáncer de mama metastásico, considerando los retos clínicos y emocionales particulares que enfrenta esta población de pacientes.

## Discusión

La reconstrucción mamaria posterior a la mastectomía radical ha sido ampliamente estudiada en el cáncer de mama en estadios tempranos y localmente avanzados (I-III), con numerosos trabajos que demuestran sus beneficios en la recuperación psicosocial, los resultados estéticos y la calidad de vida. Sin embargo, para las pacientes diagnosticadas con enfermedad en estadio avanzado, en particular aquellas con cáncer de mama en estadio IV o metastásico, la base de evidencia sigue siendo limitada y fragmentada. En la presente revisión se evaluaron 204 artículos mediante una estrategia de búsqueda exhaustiva que incluyó términos clave como “Breast Neoplasms”, “Radical Mastectomy”, “Breast Reconstruction”, “Stage IV”, “Chemotherapy”, “Quality of Life” y “Surgical Outcomes”. De ellos, solo 16 estudios fueron considerados potencialmente relevantes tras la revisión del título y el resumen, y solo 1 (6.25%) cumplió con los criterios de inclusión al reportar específicamente resultados reconstructivos en pacientes con cáncer de mama metastásico. Esta importante brecha en la literatura pone de relieve una omisión clínica y académica persistente: la exclusión –implícita o

explícita– de las pacientes con cáncer de mama en estadio IV de los estudios sobre reconstrucción quirúrgica. El único estudio que abordó esta población, una serie de casos publicada por Teklebrhan et al.<sup>17</sup>, documentó resultados positivos en siete mujeres sometidas a abdominoplastia inversa para reconstrucción de la pared torácica. A pesar del reducido tamaño muestral y del diseño retrospectivo, los hallazgos subrayaron aspectos relevantes: adecuada cicatrización de la herida, mínimas limitaciones funcionales y satisfacción reportada por las pacientes tanto en el ámbito funcional como en el estético, incluso en un contexto de cuidados paliativos. Estas observaciones cuestionan la noción histórica de que los procedimientos reconstructivos deben considerarse contraindicados o de menor prioridad en la enfermedad metastásica debido a la expectativa de vida limitada o al riesgo quirúrgico presunto<sup>28</sup>. En el campo más amplio de la cirugía oncológica paliativa, diversas intervenciones –incluyendo la resección de metástasis sintomáticas, procedimientos de derivación paliativa y manejo quirúrgico de heridas– han demostrado beneficios significativos en el control de los síntomas y en la calidad de vida, incluso en pacientes con expectativa de vida reducida<sup>6,7</sup>. Estos hallazgos enfatizan que las intervenciones quirúrgicas en el cáncer avanzado no han de ser descartadas exclusivamente en función de proyecciones de supervivencia, sino que deben evaluarse por su capacidad de aliviar el sufrimiento, mejorar los resultados funcionales y preservar la dignidad de la paciente. La reconstrucción mamaria, cuando se realiza con estos objetivos, se alinea con los principios fundamentales de los cuidados paliativos y de la oncología de soporte<sup>29,30</sup>. La exclusión generalizada de pacientes con metástasis en la literatura podría estar arraigada en paradigmas clínicos de larga data que consideran injustificado o fútil el tratamiento local agresivo en el cáncer de mama en estadio IV, así como un beneficio estético o funcional escaso en pacientes con menor expectativa de vida<sup>31</sup>. No obstante, esta perspectiva omite los objetivos matizados de atención en esta población, en la que la calidad de vida, el manejo de los síntomas y el bienestar psicológico suelen tener prioridad. La evidencia emergente en oncología paliativa sugiere que algunas intervenciones quirúrgicas seleccionadas pueden aliviar los síntomas, restaurar la imagen corporal y reforzar la dignidad en pacientes con enfermedades potencialmente terminales<sup>32</sup>. En este contexto, la reconstrucción mamaria –cuando es factible– debe evaluarse no solo desde un enfoque

oncológico, sino también como parte de un marco integral centrado en la paciente que incluya las dimensiones psicosociales, funcionales, emocionales y de satisfacción estética<sup>33,34</sup>. Además, la atención oncológica contemporánea promueve cada vez más la autonomía de los pacientes y la toma de decisiones compartida como pilares éticos fundamentales<sup>35</sup>. Involucrar a las pacientes con cáncer de mama en estadio avanzado en discusiones abiertas sobre opciones reconstructivas —ya sean con intención curativa, paliativa o de soporte— respeta su derecho a decidir de manera informada sobre su cuerpo, su identidad y su calidad de vida<sup>36</sup>. Fomentar que las pacientes expresen sus preferencias fortalece la confianza, refuerza la alianza terapéutica y puede incrementar la satisfacción con el tratamiento y los resultados psicosociales, independientemente del estadio clínico de la enfermedad<sup>37</sup>.

Por otro lado, es necesario reconocer varias limitaciones clave en este estudio. En primer lugar, la evidencia disponible es predominantemente anecdótica, compuesta por reportes de casos aislados y pequeñas series sin grupos de control, medidas de resultado estandarizadas ni seguimiento a largo plazo. En segundo lugar, los estudios que incluyen pacientes en estadio IV suelen omitir el análisis estratificado de resultados o carecen de análisis de subgrupos, lo que impide establecer conclusiones sobre seguridad, satisfacción o impacto en la calidad de vida. En tercer lugar, la heterogeneidad en las definiciones —como lo que constituye «enfermedad avanzada» o «éxito reconstructivo»— dificulta la comparación entre estudios y la síntesis.

La exclusión sistemática de pacientes con cáncer de mama en estadio IV de la investigación clínica sobre reconstrucción mamaria puede perpetuar de manera inadvertida las desigualdades en el acceso a una atención integral y multidisciplinaria. Esta brecha no solo refleja una omisión científica, sino también un aspecto ético, al potencialmente reforzar estigmas que obstaculizan la realización de intervenciones de calidad de vida en poblaciones con enfermedad avanzada. Abordar esta inequidad es fundamental para garantizar que todas las pacientes, con independencia de su pronóstico, reciban opciones de atención holísticas y alineadas con sus valores y preferencias<sup>28,38</sup>. A la luz de estas limitaciones, las investigaciones futuras deberán priorizar estudios prospectivos, multicéntricos, que incluyan de manera específica a pacientes con cáncer de mama en estadios avanzados y con metástasis. Estos estudios deberían

adoptar definiciones y medidas de resultado estandarizadas, incluyendo desenlaces reportados por las pacientes en cuanto a satisfacción (p. ej., BREAST-Q), función física (p. ej., SF-36) y bienestar psicosocial<sup>39</sup>. Asimismo, deben incorporarse metodologías cualitativas que capten las experiencias, los valores y las preferencias de esta población. Paralelamente, la seguridad oncológica debe seguir siendo evaluada, reconociendo que en el contexto metastásico las decisiones quirúrgicas se guían tanto por consideraciones de calidad de vida como por criterios de supervivencia.

Otro ámbito que requiere mayor exploración es la integración de la cirugía reconstructiva en esquemas de tratamiento multimodales, que incluyan terapia sistémica, radioterapia paliativa y cuidados de soporte. A medida que las técnicas reconstructivas continúan evolucionando, su papel dentro del manejo multidisciplinario de los pacientes oncológicos, incluyendo aquellos con enfermedades complejas en estadios avanzados, debe reconocerse no solo como un complemento estético, sino también como parte esencial de la rehabilitación oncológica integral<sup>40</sup>. Este enfoque reconoce las necesidades multidimensionales de las pacientes con cáncer de mama y destaca la importancia de integrar la reconstrucción quirúrgica en planes de tratamiento personalizados, orientados a optimizar tanto los resultados clínicos como el bienestar de la paciente. Una comprensión más profunda de cómo la reconstrucción interactúa con la quimioterapia o las terapias dirigidas en curso, particularmente en relación con la seguridad, las tasas de complicaciones y la tolerancia de la paciente, podría ayudar a definir el momento óptimo y la selección de las candidatas. De igual forma, la colaboración interdisciplinaria entre oncólogos quirúrgicos, cirujanos reconstructivos, oncólogos médicos y equipos de psicooncología es esencial para ofrecer una atención personalizada y basada en valores.

Esta revisión evidencia una marcada carencia de estudios sólidos sobre reconstrucción mamaria en pacientes con cáncer de mama en estadio IV. Si bien los paradigmas tradicionales han excluido con frecuencia a esta población de la consideración reconstructiva, los datos preliminares sugieren que, en casos seleccionados, la cirugía puede aportar beneficios funcionales y psicosociales significativos. Reducir esta falta de evidencia exigirá un cambio en las prioridades de investigación, una mayor inclusión de pacientes en estadios avanzados en los estudios clínicos y una redefinición del concepto de éxito

quirúrgico que se alinee con los desenlaces centrados en la paciente más que únicamente con la supervivencia. Atender estas lagunas es esencial para garantizar que todas las pacientes con cáncer de mama, en cualquier estadio, tengan acceso a una atención integral, digna y compasiva.

## Conclusiones

Esta revisión evidencia una brecha crítica en la literatura actual en relación con la reconstrucción mamaria en pacientes con cáncer de mama en estadios avanzados. La evidencia disponible sugiere que la reconstrucción mamaria puede ser técnicamente factible y asociarse con beneficios funcionales, estéticos y psicosociales, incluso en un contexto paliativo. No obstante, la ausencia de datos de alta calidad impide establecer conclusiones definitivas y resalta la necesidad urgente de realizar estudios prospectivos, bien diseñados, que incluyan a pacientes con enfermedad en estadios avanzados, con el fin de incrementar la calidad de vida, la dignidad y la imagen corporal de todas las pacientes afectadas con cáncer de mama. Por lo tanto, se requiere un cambio de paradigma que reconozca la reconstrucción como un componente potencial de la atención integral centrada en todas las pacientes.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** El estudio no involucra datos personales, historias clínicas ni muestras biológicas humanas, por lo que no requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de

inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

## Referencias

- Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74:229-63.
- Wolff MS, Weston A. Breast cancer risk and environmental exposures. *Environ Health Perspect.* 1997;105:891-6.
- Silverstein MJ, Savalia N, Khan S, Ryan J. Extreme oncoplasty: breast conservation for patients who need mastectomy. *Breast J.* 2015;21:52-9.
- Panchal H, Matros E. Current trends in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2017;140:7S-13S.
- Thomas A, Khan SA, Chrischilles EA, Schroeder MC. Initial surgery and survival in stage IV breast cancer in the United States, 1988-2011. *JAMA Surg.* 2016;151:424.
- Sledge GW, Mamounas EP, Hortobagyi GN, Burstein HJ, Goodwin PJ, Wolff AC. Past, present, and future challenges in breast cancer treatment. *J Clin Oncol.* 2014;32:1979-86.
- Zagardo V, Harikar M, Ferini G. Therapeutic strategies for fungating and ulcerating breast cancers: a systematic review and narrative synthesis. *Breast.* 2025;79:103870.
- Hillberg NS, Meesters-Caberg MAJ, Beugels J, Winkens B, Vissers YLJ, van Mulken TJM. Delay of adjuvant radiotherapy due to postoperative complications after oncoplastic breast conserving surgery. *Breast.* 2018;39:110-6.
- Pantelimon I, Stancu AM, Coniac S, Ionescu A-I, Atasiei D-I, Georgescu DE, et al. Local control of advanced breast cancer — debate in multidisciplinary tumor board. *J Clin Med.* 2025;14:510.
- Malenfant S, Jaggi P, Hayden KA, Sinclair S. Compassion in healthcare: an updated scoping review of the literature. *BMC Palliat Care.* 2022;21:80.
- Baskar R, Lee KA, Yeo R, Yeoh K-W. Cancer and radiation therapy: current advances and future directions. *Int J Med Sci.* 2012;9:193-9.
- Dong P, Gewirtz DA. Editorial: Risks and benefits of adjuvants to cancer therapies. *Front Oncol.* 2022;12:913626.
- Amir-Behghadami M, Janati A. Population, Intervention, Comparison, Outcomes and Study (PICOS) design as a framework to formulate eligibility criteria in systematic reviews. *Emerg Med J.* 2020;37:387.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev.* 2021;10:89.
- Crocker TF, Lam N, Jordão M, Brundle C, Prescott M, Forster A, et al. Risk-of-bias assessment using Cochrane's revised tool for randomized trials (RoB 2) was useful but challenging and resource-intensive: observations from a systematic review. *J Clin Epidemiol.* 2023;161:39-45.
- Ioannidis JPA, Patsopoulos NA, Rothstein HR. Reasons or excuses for avoiding meta-analysis in forest plots. *BMJ.* 2008;336:1413-5.
- Teklebrhan F, Mahir G, Clark S, Shanthakumar D, Patten DK, Ullah MZ. Reverse abdominoplasty: a novel practical approach using oncoplastic reconstruction in managing major chest wall defects for patients with loco-regional recurrence following breast cancer surgery. *Cureus.* 2021;13:e19983.
- Ahmed GA, Aseem R, Osman H. Latissimus dorsi flap revisited: coverage of large chest wall defects following mastectomy for locally advanced breast carcinoma and angiosarcoma. *Cureus.* 2024;16:e53759.
- Clement Z, Egbeare D, Kollias J, Gill G, Whitfield R, Bingham J, et al. Safety and efficacy of immediate autologous breast reconstruction after mastectomy in patients undergoing neoadjuvant chemoradiotherapy for locally advanced breast cancer. *Breast Dis.* 2022;41:267-72.
- Johnson M, Cook L, Rapisarda FI, Betal D, Bonomi R. Oncoplastic breast surgery technique for retroareolar breast cancer: a technical modification of the Grisotti flap in patients with short nipple to inferior mammary crease distance. *J Surg Case Rep.* 2020;2020:rjaa285.
- Yakaback S, Temple-Oberle C. "The Uncertainty Principle" — studying immediate lymphatic reconstruction impacts the natural history of breast cancer related lymphedema. *Breast.* 2024;74:103678.
- Kanayama K, Tanioka M, Hattori Y, Iida T, Okazaki M. Long-term survival of the Sister Mary Joseph nodule originating from breast cancer: a case report. *World J Clin Cases.* 2023;11:8205-11.
- Hao S, Hou J, Zhang L, Zhou C, Hou Y, Yu K, et al. Protocol for a multicentre, prospective, open-label, randomised controlled trial to compare PROs and safety outcomes between preoperative and postmastectomy radiotherapy in locally advanced breast cancer patients with immediate reconstruction via a deep inferior epigastric perforator flap (CAPPELLA) in China. *BMJ Open.* 2025;15:e086980.
- Li Y, Liang X, Li H, Chen X. Reconstruction of unreported subgroup survival data with PD-L1-low expression in advanced/metastatic triple-negative breast cancer using innovative KMSubtraction workflow. *J Immunother Cancer.* 2024;12:e007931.

25. Cheng C, Wang Y, Zhao J, Wu D, Li H, Zhao H. Deep learning and radiomics in triple-negative breast cancer: predicting long-term prognosis and clinical outcomes. *J Multidiscip Healthc.* 2025;18:319-27.
26. Buckley E, Elder E, McGill S, Kargar ZS, Li M, Roder D, et al. Breast cancer treatment and survival differences in women in remote and socioeconomically disadvantaged areas, as demonstrated by linked data from New South Wales (NSW), Australia. *Breast Cancer Res Treat.* 2021;188:547-60.
27. Lisboa FCA, Paulinelli RR, Veras LPC, Ribeiro LFJ, Oliveira LFP, Rahal RMS, et al. Aesthetic results were more satisfactory after oncoplastic surgery than after total breast reconstruction according to patients and surgeons. *Breast.* 2023;71:47-53.
28. Dea N, Versteeg AL, Sahgal A, Verlaan JJ, Charest-Morin R, Rhines LD, et al. Metastatic spine disease: should patients with short life expectancy be denied surgical care? An international retrospective cohort study. *Neurosurgery.* 2020;87:303-11.
29. Domingos DF dos S, Querido A, Pedrosa VV. Physiotherapy intervention for promoting comfort in palliative care patients: a focus group study. *Cancers (Basel).* 2025;17:2167.
30. Meoded MD, Tănase M, Mehedințu C, Cirimbei C. Psycho-oncology in breast cancer: supporting women through distress, treatment, and recovery — three arguments — rapid narrative review. *Medicina (B Aires).* 2025;61:1008.
31. Neuman HB, Morrogh M, Gonen M, Van Zee KJ, Morrow M, King TA. Stage IV breast cancer in the era of targeted therapy: does surgery of the primary tumor matter? *Cancer.* 2010;116:1226-33.
32. Lilley EJ, Farber ON, Cooper Z. Palliative surgery: state of the science and future directions. *Br J Surg.* 2024;111:znae068.
33. Pel E, Engelberts I, Schermer M. Diversity of interpretations of the concept "patient-centered care for breast cancer patients": a scoping review of current literature. *J Eval Clin Pract.* 2022;28:773-93.
34. Bochtsou V, Effraimidou EI, Samakouri M, Plakias S, Zachou M-E, Arvaniti A. Pre-mastectomy breast reconstruction intentions in women with breast cancer: psychosocial and personality predictors informing mental health promotion. *Healthcare.* 2025;13:1761.
35. Olejarczyk JP, Young M. Patient rights and ethics. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan.
36. Biganzoli L, Cardoso F, Beishon M, Cameron D, Cataliotti L, Coles CE, et al. The requirements of a specialist breast centre. *Breast.* 2020;51:65-84.
37. Krist AH, Tong ST, Aycock RA, Longo DR. Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. *Stud Health Technol Inform.* 2017;240:284-302.
38. Ghislain I, Zikos E, Coens C, Quinten C, Balta V, Tryfonidis K, et al. Health-related quality of life in locally advanced and metastatic breast cancer: methodological and clinical issues in randomised controlled trials. *Lancet Oncol.* 2016;17:e294-304.
39. Smeele HP, Dijkstra RCH, Kimman ML, van der Hulst RRWJ, Tuinder SMH. Patient-reported outcome measures used for assessing breast sensation after mastectomy: not fit for purpose. *Patient.* 2022;15:435-44.
40. Lita FF, Grosu-Bularda A, Hodea FV, Cretu A, Bordeanu-Diaconescu EM, Dumitru CS, et al. Radiotherapy and reconstructive surgery: challenges, implications and optimized therapeutic approaches. *R J Mil Med.* 2025;128:43-50.