

11211
2ej.
14

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza
Jefatura de Enseñanza e Investigación

RECONSTRUCCION DE MAMA CON COLGAJOS DE
DORSAL ANCHO E IMPLANTE POST-MASTECTOMIA

TESIS RECEPTACIONAL

Que para obtener el Título de
Especialista en
Cirugía Plástica y Reconstructiva
Presenta el Doctor

PEDRO MATIAS RAMIREZ GODINEZ

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Febrero de 1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

| | PAG. |
|--------------------------------|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| ANTECEDENTES CIENTIFICOS | 5 |
| ANATOMIA QUIRURGICA | 11 |
| MATERIAL Y METODOS | 14 |
| TECNICAS | 16 |
| RESULTADOS | 24 |
| COMENTARIOS | 27 |
| CONCLUSIONES | 30 |
| BIBLIOGRAFIA | 32 |

**

R E S U M E N

Se presenta una técnica de reconstrucción de mama en pacientes post-mastectomía con colgajo muscular o miocutáneo de dorsal ancho, e implante de silicón en un primer tiempo, y en segundo tiempo la reconstrucción del complejo areola pezón con areola contralateral para la areola y el pezón con injerto de lóbulo de la oreja y para simular los corpúsculos de Montgomery injertos de cartilago auricular, efectuando en la mama contralateral mamoplastia de reducción ó mastopexia, la primera con la

técnica de pedículo inferior y la segunda con la técnica de Arie, ésto con la finalidad de obtener la periferia de la areola para reconstrucción y para igualar los volúmenes obteniendo una simetría.

En los casos de mastectomía bilateral la reconstrucción de la areola se efectúa con injerto de piel total de codo, y la misma técnica para la reconstrucción de los pezones y la simulación de los corpúsculos.

Técnicas que se efectúan en dos tiempos quirúrgicos para cumplir con los objetivos de reintegrar en poco tiempo a la paciente a su medio y sus labores, así como dejar el mínimo de cicatrices visibles y un mínimo de secuelas, a la vez que se logra una reconstrucción lo más cercano a la normalidad.

I N T R O D U C C I O N

Las características biológicas de el cáncer de --
mama contribuyen a nuestra actual insatisfacción en los
resultados de tratamiento primario.

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más fre-
cuente en las mujeres, presenta un aumento progresivo-
en incidencia a partir de la tercera década de la vida
en adelante; debe considerarse como una enfermedad sis-
témica, ya que a pesar de tener la mama una localiza--

ción muy superficial, pueden pasar muchos meses ó años antes de que se detecte el cáncer de éste órgano.

La diseminación e implantación temprana de focos metastásicos, son aspectos destacados, se presentan en aproximadamente el 50% de los casos, cualquiera que haya sido el tratamiento inicial primario.

El cáncer de mama es la principal causa de muerte en las mujeres de edades comprendidas entre los 40 y 44 años en EE. UU.; motivo de gran diversidad de manejos médicos y quirúrgicos, ó combinaciones de ellos para obtener los mejores resultados reflejados en una mayor sobrevida.

Es apropiado que los conceptos de reconstrucción de la mama se planteen junto con el tratamiento quirúrgico del cáncer primario de mama, ya que las mujeres -- después de la mastectomía tienen un problema psicológico doble. No sólo existe una deformación macroscópica con grandes implicaciones sexuales por la mutilación, sino también un constante recuerdo de que la mujer ha sufrido una enfermedad maligna peligrosa, ambas pueden-

afectar sustancialmente la estabilidad emocional y con repercusión biopsicosocial.

Puesto que es bién sabido que las mujeres con cáncer de mama metastásico pueden vivir muchos años de vida útil, no hay que negar la posibilidad de reconstrucción a las enfermas de las categorías de riesgo elevado de residiva.

Es importante que las mujeres sientan que tienen la oportunidad de optar ó no por una reconstrucción; si conocieran la posibilidad de una reconstrucción después de la mastectomía algunas enfermas, acudirían antes al tratamiento en cuanto descubrieran una tumoración en la mama. Cuando la reconstrucción de la mama alcance mayor perfección y se acepte más éste procedimiento, es de suponer que producirá un impacto inmenso sobre todo el problema de la detección y tratamiento oportuno del cáncer de mama.

Todos éstos aspectos han sido motivo del desarrollo de múltiples técnicas quirúrgicas para una adecuada reconstrucción de mama por parte de los Cirujanos Plásticos Reconstructores; y ya que cada paciente es dife-

rente y en cada caso es menester valorar los recursos disponibles y la mejor técnica para corregir los defectos ocasionados por la cirugía ablativa o radioterapia en las pacientes.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Los primeros escritos sobre el tema de la cirugía de mama tratan de su mutilación, Hipócrates 460-370 a. c. (10), describió la amputación de la mama mediante el cauterio como lo practicaban los Escitas.

Iginio Tanzini (17) publicó un trabajo en 1896 en Pavia Italia, sobre reconstrucción de mama utilizando colgajos miocutáneos de dorsal ancho; en 1917 Barlett-

(10) después de efectuar mastectomía subcutánea, re---
construyó la mama con grasa, tomada de la pared ante---
rior del abdomen, cara externa de muslo y nalgas, aconsejaba sacar grasa subcutánea suficiente para formar -
una masa aproximadamente 50% superior a la que se había
extirpado lo que suplía la atrofia que se producía.

Posteriormente Stage y Davis (17) en 1919, descri-
bieron el patrón circulatorio de los colgajos axiales-
musculares y ciocutáneos, que iniciaron trabajos emplean-
do diversos tipos de colgajos para la reconstrucción de
mama, la mayoría en varios tiempos lo que ocasionaba --
múltiples cicatrices y mayores secuelas. Como las téc-
nicas descritas por Holdsworth (12) en 1959, Cholnoky -
(7) en 1966 y Alexander (3) en 1967.

Hutchins en 1939 menciona el uso de músculo dorsal
ancho para cierre de defectos de mastectomía pensando -
en la prevención del edema de la extremidad superior.

Otra fuente es la mama contralateral, técnica in-
troducida por Schepelmann (10) 1924 y Sahuerbruch en --
1928, más recientemente popularizada por Pickrell y ---

Maier (10) en 1947, Ress en 1961, y Pontes (18) en ---
1973 quien utiliza la mama restante, si ésta se encuen-
tra hipertrofiada.

Métodos descritos por Maliniac en 1953, Longacre
(15) en 1956 y Lewis (13) en 1971, con colgajos locales
de dermis y grasa, en pacientes en los que se había ---
efectuado operaciones radicales.

El colgajo abdominal, introducido y popularizado
por Cannon y descrito para la reconstrucción de la pa-
red torácica por Converse en 1951 (10), es una fuente-
a distancia más útil se utiliza transportado.

La reconstrucción de el plano esquelético se había
considerado una parte esencial de la reparación de la-
pared torácica y se había descrito un gran número de -
técnicas. Los materiales autógenos para ésta finalidad
comprenden periostio (Maurer 1946), Hueso (Kinsella ---
1947), colgajos musculares (Campbell 1950), y materia--
les aloplásticos como tantatlio (Beardsley 1950), fibra
de vidrio y lucita (Hardin 1956).

Con el advenimiento de los implantes de silicón -- se diseñaron nuevas técnicas en trabajos publicados por Bohmert, Bostwick, Cronin y Davis ⁽¹⁰⁾ con el uso de -- colgajo toraco-abdominal transverso, Maxwell publicó -- consideraciones vasculares en el uso de dorsal ancho -- postmastectomía con disección axilar.

El colgajo es isla abdominal transverso por Schefflan en 1983.

Jorge Psillakys ⁽¹⁹⁾ y Ru Yao Song ⁽²³⁾ han utilizado la asociación de dos colgajos, con el fin de evitar el uso de implante de silicón.

Con el advenimiento y el auge de las técnicas microquirúrgicas se inicia otra etapa en la reconstrucción, con la utilización de colgajos libres como el -- descrito por Fujino en 1976 en que describió la utilización de un glúteo.

Para las mamas reconstruídas que carecen de complejo areola pezón, Rapin ⁽²⁰⁾ en 1955 utilizó un tubo axilar; los colgajos cutáneos para la areoloplastia --

proporcionan un color muy parecido al natural, pero su reconstrucción requiere tiempo y deja una cicatriz notable en el sitio donador.

En 1912 Lexer ⁽¹⁴⁾ comunicó resultados satisfactorios utilizando un injerto de piel, lo mismo que Dartigues y otros.

Adams ⁽¹⁻²⁾ describió el injerto de labios menores como un substituto para la pérdida de la areola después de la mamoplastia de reducción. Spina ⁽²⁵⁾ y Thale consideraron que ésta técnica daba una imitación muy satisfactoria porque el injerto labial es blando y tiene corpúsculos de Montgomery, parecidos a los de la areola.

Para las pacientes de piel blanca se describió una técnica utilizando la mucosa oral, que deja cicatriz oculta, y tiene el problema de necesitar lubricación diaria hasta que se adapte el medio para evitar que se seque, se deseque ó se ulcere.

Wexler y Oneal ⁽²⁷⁾ describieron un método de re-
parto de la areola para el pezón y areola ausentes. En

los casos de areola grande se hace una incisión alrededor de la misma y el anillo externo se utiliza para la reconstrucción colocándose en espiral, variante descrita por Cronin en 1977 (10).

La simulación de la areola por tatuaje ha sido descrita y utilizada, con el inconveniente que al año pierde su intensidad del color por la absorción del pigmento por los macrófagos.

Brent y Bostwick en 1977 (6) describieron el uso de tejido auricular para la reconstrucción del pezón -- con tejido del lóbulo y cartilago auricular y piel retroauricular para simular la areola y los tubérculos de Montgomery.

A N A T O M I A

El dorsal ancho es un músculo ancho y plano, que cubre la parte media e inferior de el dorso. Se origina del proceso espinoso de T6-L5 y de la cresta iliaca posterior. Otras fibras se originan cerca de la escápula y la cara lateral de las costillas; convergen hacia la axila y van en una asociación próxima con el músculo redondo mayor antes de su inserción por un tendón ancho y plano en el fondo de el suerco intertubercular de el húmero. Esta porción axilar junto con el músculo redondo mayor forman el pliegue axilar posterior.

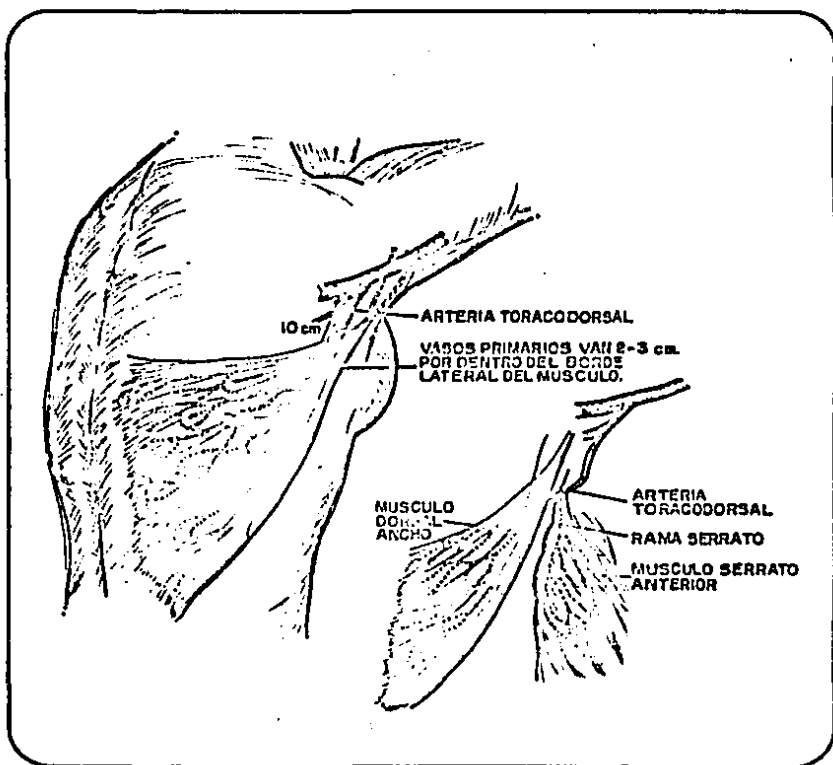
El principal aporte sanguíneo es de la arteria toracodorsal (Dibujo No. 1), que es una rama terminal de la arterial subescapular. El pedículo toracodorsal es de 1012 cm. de longitud y contiene una arteria de un diámetro de 2.5 mm., un nervio motor y usualmente dos venas.

Otro aporte sanguíneo significativo es de los vasos colaterales cruzados de la superficie del músculo serrato anterior (Dibujo No. 1), que entran cercanos al pedículo principal del músculo dorsal ancho.

La preservación de éstos vasos colaterales cruzados es aconsejable si hay alguna duda de que los vasos toracodorsales han sido previamente ligados ó seccionados (algunos cirujanos seccionan la arteria y vena toracodorsales y preservan el nervio al momento de la mastectomía).

Hay además aporte sanguíneo de tipo segmentario por las perforantes paraasinosas con una longitud de 2-3 cm. y de un diámetro de 0.6 mm.

Otros vasos entran en la superficie profunda vía -



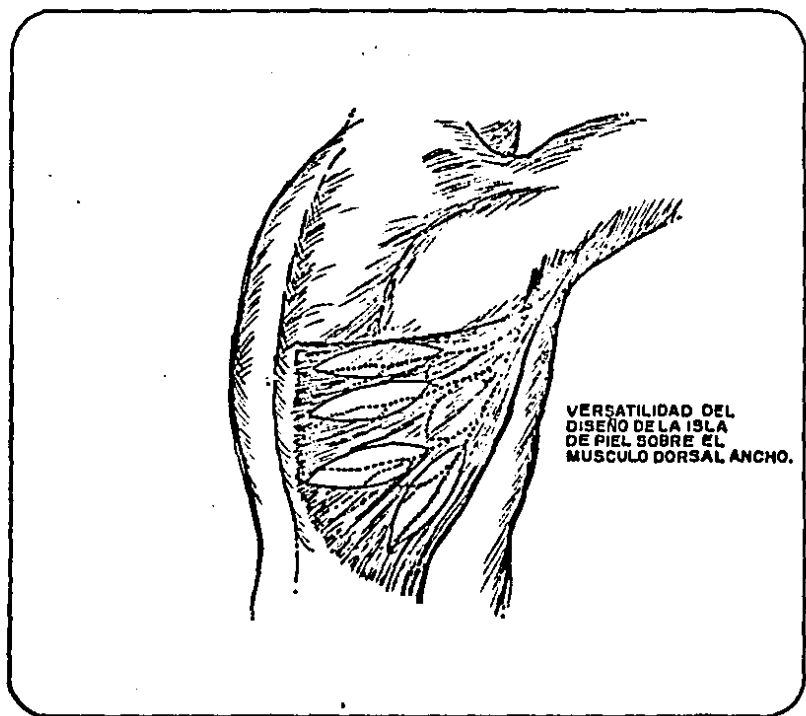
DIBUJO No. 1.- Dorsal ancho y su pedículo vascular principal.

perforantes intercostales en la parte medial y posterior del tórax, éstos también nutren islas de piel y músculo. Vasos perforantes intercostales entran a lo largo del margen lateral del músculo los cuales son lumbares con una longitud de 1-2 cm. y un diámetro de 0.5 mm.

Los nervios segmentarios son sensitivos de T2-T6, que acompañan a los vasos perforantes intercostales.

Además hay algunos vasos directos de la arteria axilar que entran al músculo a través del peritenón, del tendón y músculo redondo mayor.

Según la clasificación de Mathes corresponde al tipo V por su vascularidad, es de un tamaño promedio de 25 x 35 cm., se puede utilizar un territorio de piel con buena vascularidad de 30 x 40 cm. (Dibujo No. 2), con excelente accesibilidad, preserva su función, y tiene territorio óseo que incluye costilla, y un arco de rotación de 180 grados, basado en su pedículo dominante, se puede dejar parte del músculo sin problemas vasculares, o bien utilizarse basado en sus pedículos.



DIBUJO No. 2.- Depende de la necesidad del sitio de la isla de piel en tórax anterior ó del ta-
maño teniendo en cuenta el eje de rota-
ción basado en su pedículo dominante.

MATERIAL Y METODOS

Diez pacientes que previamente habían sido valoradas por el Servicio de Oncología y que se encontraban fuera de tratamiento de radioterapia y quimioterapia, sin alteraciones metastásicas y en condiciones de efectuar una reconstrucción. Valoradas por el Servicio de Psiquiatría con parámetros como estado psicológico, social, adaptación a su medio, y vida sexual, factores -- evaluados mediante sesiones y encuestas y concientización del riesgo quirúrgico y tipo de tratamiento reconstructivo.

Se intervinieron diez pacientes, seis afectadas -- de mama izquierda y 4 derecha, con edades entre 34 y 49 años, todas con tratamiento quirúrgico de mastectomía radical, 5 de ellas habían recibido manejo de radioterapia, todas con mala calidad de la piel y en sitio de cicatrices y lesiones por la radioterapia.

Las intervenciones se llevaron a cabo bajo anestesia general en dos tiempos, con duración de el primero de 4 hrs. y hospitalización promedio de 4 días con control como externas en la consulta, efectuándose el segundo tiempo a los 6 meses; con una duración de tiempo quirúrgico promedio de 3 y media horas y tiempo de internamiento de 2 días con control como externas.

T E C N I C A

La pérdida de piel así como la pérdida de el músculo pectoral mayor y del pliegue axilar anterior puede ser restaurado con un colgajo musculocutáneo de dorsal ancho, o bien puede cubrir un implante mamario de silicona. Para proveer suficiente volumen, el músculo dorsal ancho debe estar inervado y funcionando, lo cual se debe valorar por visualización del ala de la punta de la escápula y ver ó palpar durante la aducción forzada contra resistencia.

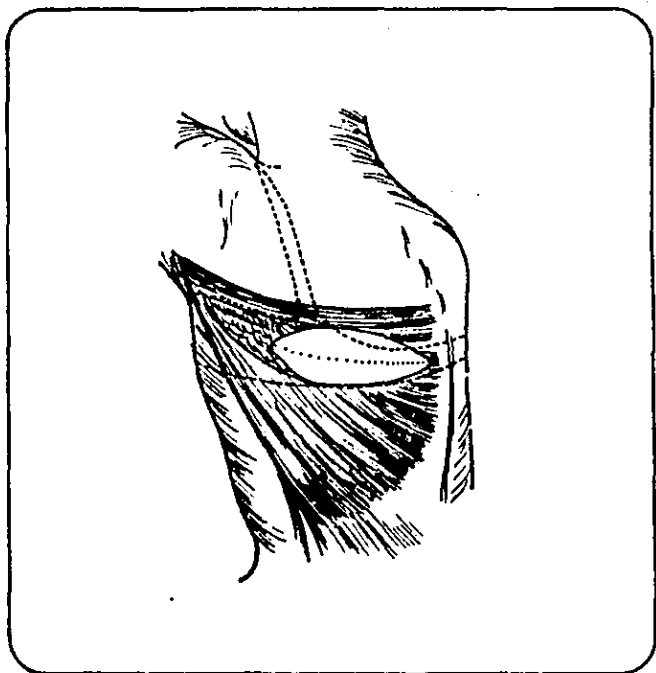
La isla de piel del tamaño apropiado se diseña sobre el músculo dorsal ancho para reemplazar la piel --- perdida.

El arco de rotación de el colgajo debe mantenerse en mente, para la mayoría de los defectos de mastectomía radical, la isla de piel debe marcarse por debajo de el brassiere en el dorso (Dibujo No. 3), para que la cicatriz resultante quede oculta por éste, a menos que sea un gran defecto. Puede obtenerse suficiente piel del sitio donador y efectuar cierre directo, la mayoría de los colgajos tienen de 6-7 cm. de ancho, no obstante de defectos de 8-11 cm. de ancho pueden cerrarse directamente.

Cuando el colgajo rota el tejido muscular que se encuentra inferior en el dorso, queda en una situación superior en el borde clavicular y área medioesternal.

TECNICA No. 2.

El músculo dorsal ancho se sutura al esternón anterior y al origen clavicular del pectoral mayor. Si la-



DIBUJO No. 3.- Diseño isla de piel por dentro del brassiere para dejar cicatriz oculta por éste.

porción clavicular se ha dejado, el dorsal ancho se sutura al borde inferior del remanente del pectoral. La reconstrucción de el pliegue axilar anterior se efectúa por sección del tendón de inserción del dorsal ancho y transposición al borde seccionado del pectoral mayor, - ésto debe efectuarse únicamente si el pulso de la arteria ha sido identificado en el pedículo.

Puede obtenerse volúmen adicional para la axila, - creando una larga isla de piel y desepitelizando una - porción para que quede dentro del pliegue axilar.

La cicatriz de mastectomía se reseca ó excinde de la pared anterior del tórax, en éste sitio se sutura la isla de piel, se deja una apertura inferior lateral por donde se introduce la prótesis de silicón.

Elevación de el colgajo: Una vez marcada la isla de piel y la cantidad de ceja de músculo necesario para cubrir el defecto, marcas que se hacen con la paciente de pie (Dibujos No. 3 y 4), la paciente se coloca en - decúbito lateral para facilitar la disección anterior y posterior. La elevación de el colgajo se acompaña de - incisión de la isla de piel hacia el músculo dorsal an-

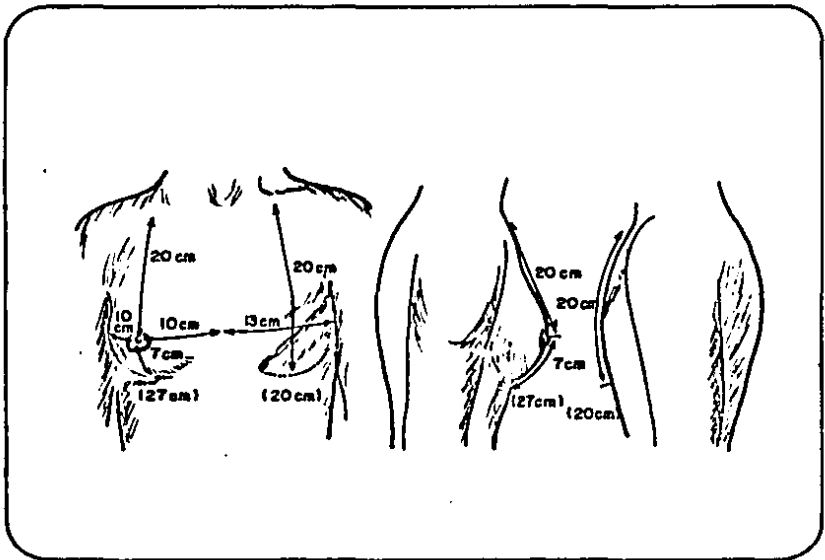


FIGURA O DIBUJO No. 4.- Medidas a considerar para la reconstrucción y del volumen necesario.

cho, usualmente se inicia en el borde anterior del más culo y debe tenerse cuidado en no elevar el serrato -- anterior (Dibujo No. 1), los vasos de éste músculo deben preservarse ya que marcan los vasos colaterales crzados que van al pedículo y dan aporte sanguíneo suplementario al colgajo.

Cuando el dorsal ancho es elevado sus vasos axiales deben de verse y dejarse con el pedículo. El borde lateral de el dorsal ancho es la parte más lateral de la disección de mastectomía, usualmente queda envuelto por cicatriz.

El dorsal ancho debe separarse completamente del redondo mayor para una mejor rotación anterior, para restaurar el pliegue axilar anterior el colgajo debe tunelizarse alto en la axila y para incrementarlo es posible la transposición anterior de la inserción muscular.

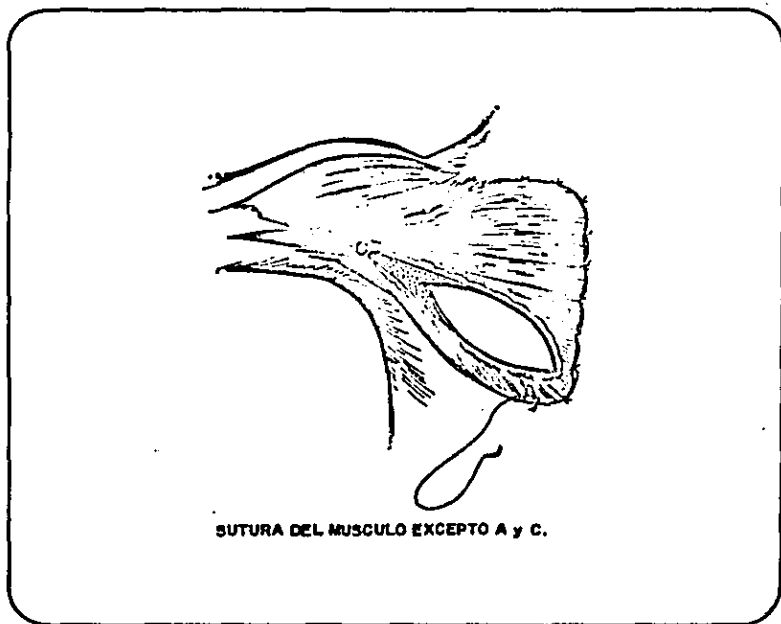
Por la superficie anterior la cicatriz de mastectomía se excinde y los colgajos de piel elevados para poder restaurar el defecto del pectoral mayor y colocar el implante. La vena axilar queda relativamente cerca-

na a la dermis particularmente después de radiación, -- una disección cuidadosa es necesaria para evitar lesionarla.

El colgajo se pasa a través del tunel alto en la axila y la incisión posterior se cierra después de colocar un drenaje a succión el cual se deja por un lapso de 5 días, se sutura la piel con puntos intradérmicos y surjete subdérmico con Nylon 000.

La paciente puede colocarse en decúbito dorsal para completar la reconstrucción o puede dejarse en decúbito lateral,

El colgajo miocutáneo de dorsal ancho es colocado de tal manera que la piel se acomode apropiadamente en el área de la cicatriz excindida. El músculo se sutura posteriormente a la clavícula y esternón con Acido poliglicólico 00, en puntos simples, la porción inferior -- justo por debajo del pliegue inframamario en su porción medial mismo acido poliglicólico (Dibujo No. 5), se coloca la prótesis por el lado inferior y lateral el cual se sutura evitando lesionar la prótesis y se procede a la sutura de piel con Nylon 0000 sin tensión.



DIBUJO No. 5.- Sutura del músculo en la pared anterior de tórax evitando suturar en C para no lesionar el pedículo y en A se sutura - una vez colocada la prótesis.

Si el nervio pectoral medial se secciona durante la mastectomía radical modificada el músculo pectoral mayor se atrofia y se requiere de músculo adicional para obtener un adecuado contorno y simetría en el área infraclavicular.

El colgajo muscular de dorsal ancho y ocasionalmente la isla de piel se obtiene del sitio cubierto por el brassiere en su porción posterior o una pequeña isla de piel lateral provee ésta necesidad de tejido (Dibujo No. 2). En estos casos para la mejor elevación de el músculo se requiere de una incisión axilar para poder efectuar el despegamiento sin problemas de sangrado o lesionar estructuras.

TECNICA No. 3.

En el segundo tiempo la reconstrucción del complejo areola pezón se efectúa con areola de mama contralateral, al momento de hacer una mastopexia con la técnica de Arie o bien una mamoplastia de reducción con la técnica de pedículo inferior, con marcaje en la paciente de pie con el patrón de Mckisock.

La piel sobrante de el anillo exterior de la areola se utiliza como injerto en la mama reconstruida para formar la areola en forma circular, se sutura con catgut crómico 0000, el pezón se reconstruye con una porción de el lóbulo de la oreja y los corpúsculos de Montgomery con injerto de cartilago auricular.

Las suturas en la oreja se hacen con nylon 00000, puntos que se retiran temprano para dejar el mínimo de cicatriz.

La reconstrucción del complejo areola pezón se cubre por presillas, las cuales se retiran al tercer día dejándose descubierta.

En la mama que se efectúa la mastopexia el cierre del complejo se realiza en dos planos colocando puntos intradérmicos invertidos con ácido poliglicólico 0000 y el de piel con por un surjete intradérmico con nylon 000000, se sutura la incisión vertical igualmente en dos planos con nylon 0000 y la incisión horizontal en dos planos uno con puntos simples con ácido poliglicólico-000 invertidos y surjete intradérmico con nylon 000. No es necesario dejar drenaje.

Se coloca vendaje ligeramente compresivo, se valora la vascularidad en el postoperatorio inmediato del complejo areola pezón en el sitio de la mastopexia.

El vendaje se retira a las 24 hrs. momento en que se le coloca a la paciente el brassiere, el cual es de un material que dá una presión adecuada,

R E S U L T A D O S

De las 10 pacientes operadas ninguna presentó com
plicaciones mayores en el transoperatorio ó en el post
operatorio inmediato, evolucionan en forma satisfacto-
ria, se observó buena coloración de las islas de piel,
sin sufrimiento ó necrosis, no exposición de la próte-
sis, buena cicatrización en el sitio de sutura del col
bajo dorsal ancho transpuesto.

El complejo areola pezón neoformado mostró buena integración de los injertos, con pérdida en dos pacientes por reabsorción total del injerto de cartilago auricular para simular los corpúsculos de Montgomery.

En una paciente se observó despigmentación de la areola neoformada en un grado mínimo.

No encontramos alteraciones en la cicatrización de la oreja a nivel del lóbulo.

La mama contralateral en la que se efectuó mastopexia y reducción sin problemas ni complicaciones.

En el sitio donador de los colgajos de dorsal ancho encontramos en una paciente un seroma, el cual se drenó en consulta externa al 8° día de postoperatorio una cantidad de 25 cc. cursando sin problemas.

Una paciente con cicatriz ancha en el sitio donador de dorsal ancho, las cuales se corrigieron mediante plastia.

En la totalidad de las pacientes se obtuvo simetría mamaria, con un aspecto semejante al normal, las cicatrices quedaron ocultas por el brassiere.

En cuanto a la valoración Psiquiátrica:

En el 100% se obtuvo un cambio en su autoimagen, - así como en su integración social; en el aspecto sexual el 80% regresó a la normalidad; se reintegraron a sus trabajos con mejor estado emocional y mejor desenvolvimiento en el mismo; las que practicaban la natación a los 2 meses se reintegraron a su actividad física.



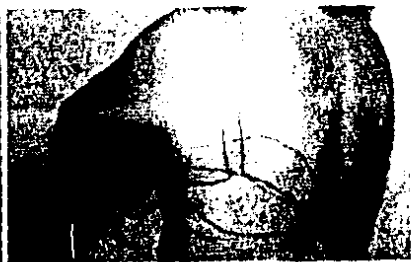
VALORACION DE LA PRESENCIA DEL
MUSCULO DORSAL ANCHO



REVISION Y MEDIDAS DE LA CICATRIZ
DEL PLIEGUE AXILAR ANTERIOR



MARCAJE DEL BRASSIERE NORMAL
QUE UTILIZA LA PACIENTE PARA
DEJAR CICATRICES OCULTAS



MARCAJE DE EL BRASSIERE EN EL DOR-
SO, LA ISLA DE PIEL PARA DEJAR
CICATRIZ OCULTA Y LA PORCION DE
DORSAL ANCHO NECESARIA.



COLGAJO DE DORSAL ANCHO LEVANTADO
Y LA FLECHA SEÑALANDO EL SITIO DEL
PEDICULO DOMINANTE.



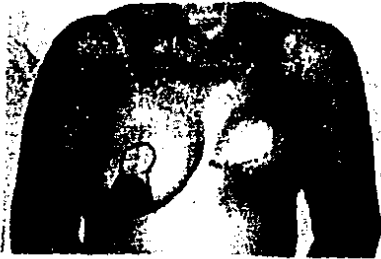
RECONSTRUCCION DE MAMA IZQUIERDA
CON EL COLGAJO, AUN CON PUNTOS
DE SUTURA.



NO HAY ALTERACIONES NI LIMITACION
EN LA MOVILIDAD DEL MIEMBRO SUPE-
RIOR.



CICATRIZ EN EL DORSO POSTERIOR
A LA TOMA DEL DORSAL ANCHO, LA
CUAL QUEBA OCULTA POR EL
BRASSIERE.



A



B



C

- A.- Marcaje para efectuar mastopexia con la técnica de pedículo inferior con patron de Mckisoch.
- B.- Mostrando el colgajo de pedículo inferior que contiene el complejo areola pezón.
- C.- Mama reconstruída que muestra el complejo areola --- pezón neoformados, con la porción periférica de la areola contralateral, piel del lóbulo de la oreja y cartilago auricular.



PREOPERATORIO LATERAL MOSTRANDO
EL DEFECTO. CASO No. 1.



VISTA LATERAL MOSTRANDO LA MAMA
RECONSTRUIDA. CASO No. 1



CASO No. 1 MOSTRANDO EL LADO EN
QUE SE EFECTUO MASTOPEXIA



VISTA DE FRENTE DEL CASO No. 1



CASO No. 2. MOSTRANDO LA MAMA NEOFORMADA
Y LA ASIMETRIA CONTRALATERAL
CON GRAN VOLUMEN Y PROTESIS



CASO No. 2.- MOSTRANDO COMPLEJO AREOLA
PEZON NEOFORMADO Y REDUCCION
Y PEXIA CONTRALATERAL PARA
SINETRIA.

C O M E N T A R I O

La cirugía de reconstrucción de la mama es un problema difícil de abordar por las condiciones de las pacientes y los diferentes tipos de tratamientos existentes, así como la falta de información a las pacientes de su posible reconstrucción, ya que el pensar de los Oncólogos es el que estén satisfechas por haberse curado de el cáncer y subestimar ó ni siquiera pensar en la reconstrucción.

Debido a las mejores y más sencillas técnicas, con menos tiempos quirúrgicos; así como a las mejores técnicas de anestesia la reconstrucción si bien no es fácil, cuando menos es menos difícil.

Hemos encontrado que con este procedimiento de rotación del músculo dorsal ancho y la colocación del implante se obtienen buenos resultados si se efectúa una técnica cuidadosa y sobre todo que no es necesario el colocar implante en el pliegue axilar anterior para formar lo ya que esto se consigue con el músculo y una isla de piel desepitelizada.

La utilización del injerto del lóbulo auricular -- y la piel excedente de la areola contralateral y fragmentos de cartilago auricular autólogo para simular los crepúsculos de Montgomery, como lo describió Brent; --- proporcionan al nuevo complejo areola pezón un aspecto natural.

La reconstrucción de la mama en dos tiempo, abrevia el período de incapacidad y hace que la paciente se integre más rápidamente a sus labores y a su vida social;

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA
29

este último hecho se favorece por encontrarse las cicatrices ocultas por el brassiere del bikini.

Los beneficios psicológicos que proporciona el hecho de tener mamas simétricas, con pezones y areolas - de aspecto natural fueron comprobados por los estudios pre y post operatorios.

Los beneficios obtenidos son tales que la reconstrucción debe efectuarse aún en pacientes de riesgo elevado, ya que ni favorece ni entorpece el desarrollo de metástasis, el manejo de los pacientes y la realización de otro tipo de estudios.

CONCLUSIONES

- 1.- Independientemente de la función de Lactancia. La mama femenina es, más que una curva erótica, un -- símbolo de la femineidad, un espejo de la personalidad femenina.
- 2.- La amputación de una mama produce en la mujer que la padece repercusiones emocionales que afectan a la auto-imagen y producen sentimientos de minusvalía.

- 3.- La reconstrucción de la mama, afectada a la mayor brevedad posible, restituye la autoestima y mejora la relación tanto social como afectiva.

- 4.- La técnica que se presenta es de rápida ejecución, bajo riesgo y buenos resultados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adams, W.M.: Free transplantation of the nipples and areola. *Surgery* 15: 186-195, 1944.
- 2.- Adams, W.M.: Labial transplant for correction of loss of nipple. *Plast. Reconstr. Surg.* 4:295-298, 1949.
- 3.- Alexander, J.E., and Block: Breast reconstruction following radical mastectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 40:175-179, 1967.
- 4.- Berson, M.I.: Constriction of pseudoareola. *Surgery*, 20: 808-809, 1946.
- 5.- Biggs, Thomas and Cronin, E.: Technical aspects of the latissimus dorsi flap in breast reconstruction. *Ann. of Plast. Surg.* Vol. 6 No. 5, May 1981.
- 6.- Brent, B. and Bostwick, J. III: Nipple-areola reconstruction with auricular tissues. *Plast. Reconstr. Surg.* 60:353, 1977.
- 7.- De Cholnoky, T.: Breast reconstruction after radical mastectomy: Formation of missing nipple by everted navel. *Plast. Reconstr. Surg.* 38:577-580, 1966.
- 8.- Foad Nahai, Bostwick, J.: Aesthetic aspects of breast reconstruction. *Aesthetic Plast. Surg.* Vol. 6: 61-67, 1982.
- 9.- Gillies, H.: Surgical replacement of the breast. *Proc. R. Soc. Med.* 52:597-602, 1959.
- 10.- Goldwyn Robert, M.: *Cirugía plástica y de reconstrucción de la mama.* Ed. Salvat.
- 11.- Hueston, J. and McKenrie, G.: Breast reconstruction after radical mastectomy. *Aust. Nz. J. Surg.* 39:367, 1970.

- 12.- Holdsworth, W.G.: A method of reconstructing in the breast. Br. J. Plast. Surg. 9: 161-162, 1956.
- 13.- Lewis, J.R. Jr.: Reconstruction of the breast. Surg. Clin North Am. 51:429-444, 1971.
- 14.- Lexer, E.: Die gesamte wiederherstellungs chirurgie. Leipzig: Barth. Vol. 2:555, 1931.
- 15.- Longacre, J., Destefano, G.A.: Breast reconstruction with local dermal and fat pedicle flaps. Plast. Reconstr. Surg. 24:563, 1959.
- 16.- Mariano, H.: Glandular mastectomy. Immediate reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 12: 110-115, 1953.
- 17.- Mathes-Nahai, F.: Clinicals applications of muscle and musculocutaneous. flap, C.V. Mosby, 1982.
- 18.- Pontes, R.: Single staze reconstruction of the missing breast. Br. J. Plast. Surg. 26:377-380, 1973.
- 19.- Psillakys, J.: Lower abdominal flap for breast reconstruction post-mastectomy. Plast. Reconstr. Surg. 1984.
- 20.- Rapin, M.: Reconstruction of the nipple. Br. J. Plast. Surg. 7:372-375, 1955.
- 21.- Ross David, M.D.: Postmastectomy breast reconstruction with a trilobe cutaneous pattern. Ann of Plast. Surg. 13 No. 2 Aug. 1984.
- 22.- Ruestshi Maya, Lewinn, Laurence: Variation of latissimus dorsi skin island desing for postmastectomy reconstruction. Ann of Plast. Surg Vol. 6 No. 3 March. 1981.
- 23.- Ruyao Song.: Breast reconstruction without a silicone implant. Clinic in Plast Surg. Vol. 9 No. 1, Jan. 1982.

- 24.- Shyderman, R.K. and Guthrie, R.H.: Reconstruction of the female breast, following radical mastectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 47: 565-567, 1971.
- 25.- Spina, V.: Neo-areoplasty with labial transplant, symmetrical correction of the shape and volume of the breast. *Plast Reconstr Surg.* 6: 400-402, 1950.
- 26.- Thorek, M.: Twenty-five years experience with plastic reconstruction of the breast and transplantation of the nipple. *Am J Surg.* 67: 445-446, 1945.
- 27.- Wexler, M.R. and Oneal, R.M.: Areolar sharing to reconstruct the absent nipple. *Plast. Reconstr. Surg.* 51: 176-178, 1973.