

11211
Zej.
12

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE
ISSSTE
DIVISION DE CIRUGIA

RECONSTRUCCION MAMARIA POSTMASTECTOMIA
EVALUACION DE DOS METODOS

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

T E S I S D E P O S T G R A D O
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO PLASTICO Y RECONSTRUCTOR
P R E S E N T A
RUFINO IRIBARREN MORENO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
MATERIAL Y METODOS	3
TECNICA QUIRURGICA	4
RESULTADOS	15
DISCUSION	16
BIBLIOGRAFIA	17

RECONSTRUCCION MAMARIA POSTMASTECTOMIA

EVALUACION DE DOS METODOS

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

El cáncer de la mama es el más común y la causa de muerte por cáncer más frecuente en el mundo occidental (1) ; en México, es la segunda causa de muerte por cáncer. (2)

En E.U.A. cada año se esperan 113,000 nuevos casos de esta Patología. La Mastectomía Radical Clásica diseñada por Halsted en 1891, procedimiento que prevaleció por lo menos 100 años, ha venido evolucionando a técnicas de abordaje quirúrgico menos agresivas, como son la Mastectomía Radical Modificada, la Simple y las Resecciones Parciales. (1)

Aunque las actitudes de los pacientes con respecto a los efectos cosméticos y psicológicos de la pérdida de una mama varían mucho, existe un porcentaje importante de pacientes que encuentran bienestar en la posibilidad de la reconstrucción de la mama. (1)

En nuestro Hospital reciben tratamiento quirúrgico por cáncer de mama 160 pacientes al año. De estos pacientes frente a la posibilidad de efectuar una reconstrucción el 23% presentaron una actitud favorable, el 33% neutra, el 7% se opusieron moderadamente y el 37% se opuso firmemente. (3)

Se ha comprobado que pacientes por cáncer de mama permanecen con riesgo de recurrencia por muchos años, de modo que uno no puede estar seguro del futuro de cualquier paciente en los primeros años después de la Mastectomía, con o sin quimioterapia adyuvante. La reconstrucción teóricamente puede efectuarse tan temprano como unas pocas semanas después de completar la quimioterapia; en este tiempo, las dificultades con la cicatrización de la herida, infección y sangrado no deben presentarse. (4)

El concepto del retraso de la reconstrucción por temor al encubrimiento de una recurrencia no es enteramente válido. Es bien sabido que el esperar dos

años, que es el periodo de espera estandar, no garantiza que el paciente no sufrirá una recurrencia local. (4)

En nuestro servicio esperamos dos años antes de iniciar el proceso de reconstrucción, primero porque algunas pacientes por mecanismos psicológicos de - defensa y por la necesidad de sentirse a salvo retrasan el procedimiento, - segundo en algunos casos consideramos que es necesario que convivan con el defecto para que puedan apreciar el resultado de la reconstrucción, sin embargo en ocasiones por requerimientos de las pacientes efectuamos la cirugía antes de este lapso.

Actualmente no existe y probablemente nunca existirá el mejor método para - todos los casos de reconstrucción de mama, a pesar de esto algunos cirujanos utilizan un solo método excluyendo todos los demás. (5)

El propósito de este proyecto quirúrgico de reconstrucción es el de formar un bulto parecido a la mama sana, no funcionante para balancear el lado - opuesto, lucir un complejo areola-pezones, llenar una brassiere, presentar - una apariencia estética con o sin ropa y lo más importante mejorar la sensación de autoimagen de la paciente. (5)

O B J E T I V O S

Se efectuó una evaluación clínica de dos métodos de reconstrucción mamaria, que consistían en la utilización de colgajos musculocutáneos, uno basado en el músculo dorsal ancho y otro basado en el músculo recto abdominal.

Se valoró el tiempo quirúrgico, número de procedimientos quirúrgicos, complicaciones, dificultad en la disección y el resultado estético.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se efectuaron ambos métodos de reconstrucción en 25 pacientes mastectomizadas por el servicio de Oncología del Hospital, cuyas edades fluctuaron entre los 32 y los 52 años.

De estos pacientes a 10 se les había efectuado Mastectomía Radical, a 8 Radical Modificada y a 7 Mastectomía Simple.

El estudio incluyó pacientes a los que se les efectuó el procedimiento reconstructivo entre agosto de 1987 y agosto de 1988, el colgajo de dorsal ancho se realizó en 15 pacientes de los cuáles 10 tenían Mastectomía Radical, 1 Radical Modificada y 4 Mastectomía Simple; y el colgajo de músculo recto-abdominal se hizo en 10 pacientes de éstos, 7 con Mastectomía Radical Modificada y 3 con Mastectomía Simple. Se excluyeron del estudio a pacientes en las que se había utilizado otro procedimiento reconstructivo previo.

La reconstrucción se llevó a cabo por cuatro equipos quirúrgicos, que constaban de un cirujano y tres ayudantes, estos equipos quirúrgicos realizaron indistintamente ambos procedimientos y posteriormente se les interrogó en cuanto a dificultad de técnica y resultado estético, este resultado también fué evaluado por la paciente.

T E C N I C A Q U I R U R G I C A

COLGAJO MUSCULOCUTANEO DE DORSAL ANCHO.

Es el método mas frecuentemente usado en nuestro servicio. En 1906 Tansini reportó el uso del colgajo musculocutáneo del dorsal ancho para la reconstrucción de la mama (6), en 1976 Olivarí lo describió de nuevo, en 1978 Bostwick y colaboradores popularizaron el método (1), en 1981 Millard presentó varios diseños de la isla de piel para mejorar el resultado estético. (5)

VENTAJAS: Procedimiento rápido, levantamiento del colgajo y colocación de la prótesis en un tiempo quirúrgico, pedículo seguro, músculo suficiente para llenar la región infraclavicular, resultado estético. (8)

DESVENTAJAS: Cicatriz del área donadora en un sitio visible, sacrificio de un músculo, cantidad de piel limitada, uso de prótesis. (8)

La isla de piel está limitada a 8 x 20 cms., para planear la cirugía a la extensión del músculo dorsal ancho debe ser conocida, medialmente cuenta con inserciones de fascia a las últimas vértebras torácicas y a las lumbares, caudalmente al borde de la pelvis y superiormente a la punta de la escápula. La arteria toracodorsal proporciona el principal aporte sanguíneo. (9)

Fig. 1

Cuando el músculo dorsal ancho ha sido desnervado durante la Mastectomía, su uso como colgajo deberá evaluarse cuidadosamente, porque encontraremos un músculo delgado que deberá manejarse delicadamente; otras contraindicaciones relativas son la radioterapia y el tabaquismo. Una contraindicación absoluta es una incisión de toracotomía posterior que ha dividido al músculo. (9)

La naturaleza del defecto en la pared anterior del tórax, determinará la situación de la isla cutánea sobre el músculo; en una Mastectomía Radical en la que se han perdido los músculos pectorales, la colocación de un músculo delgado sobre las costillas, dará un aspecto de lavadero, existirá un hundimiento subclavicular y para corregir estos defectos se requerirá la coloca-

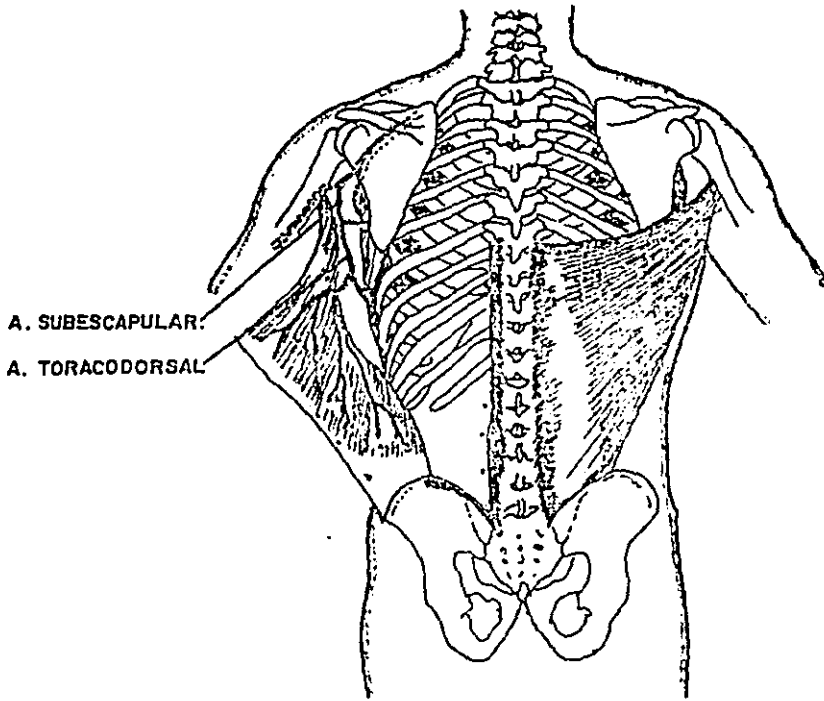
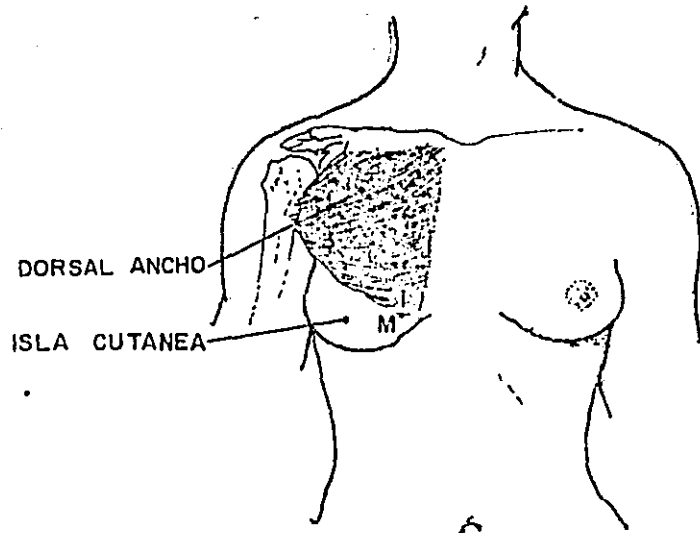
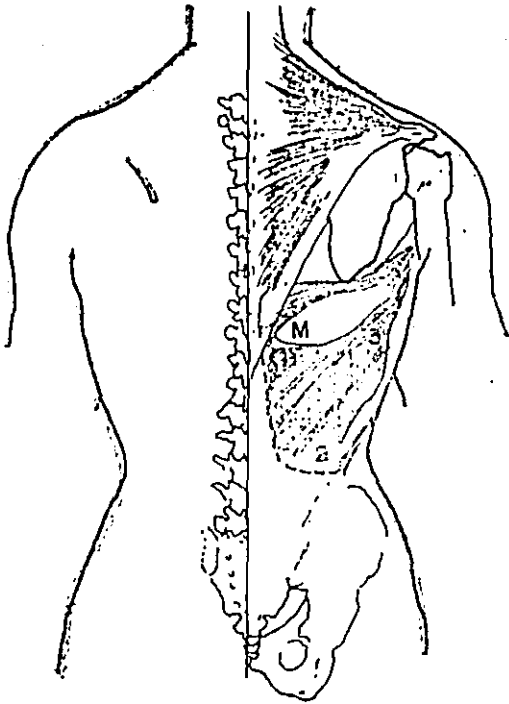


FIG. 1

FIG. 2



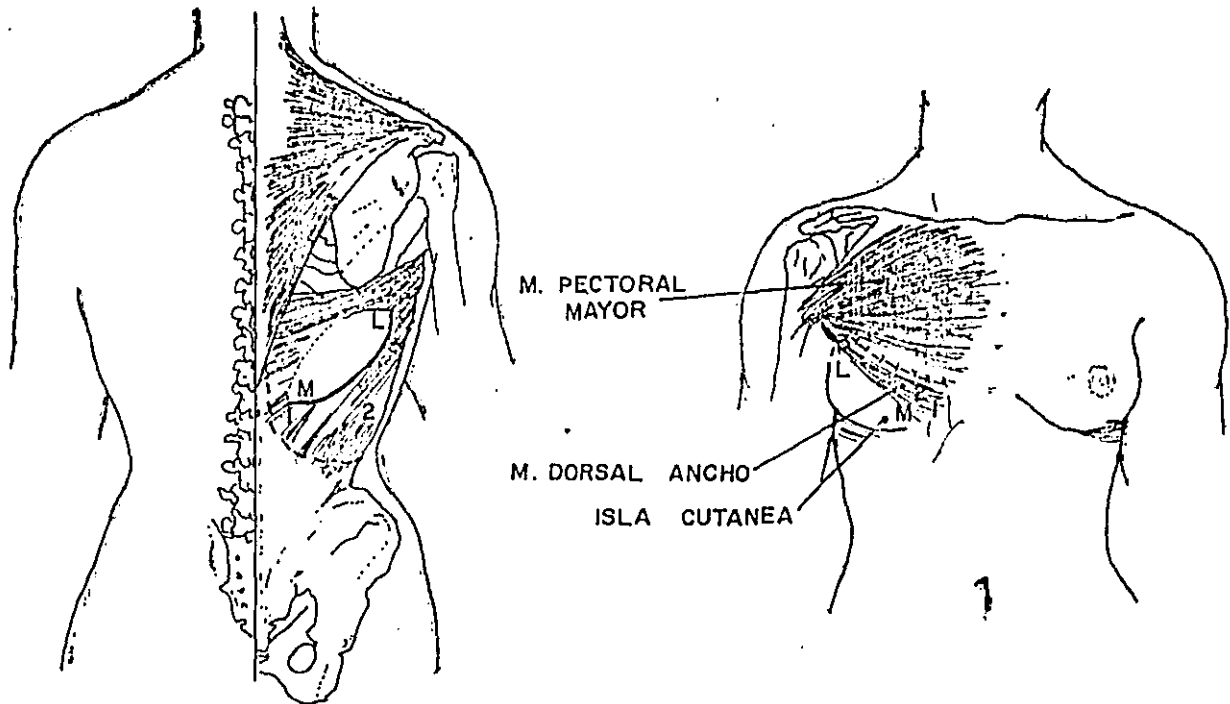


FIG. 3

ción de la isla en la espalda, lo más alto posible. (9) Fig. 2

La pérdida del pliegue axilar es uno de los defectos más difíciles de manejar, Millard aconseja hacer un túnel lo más alto posible para la corrección de este defecto. (5)

Cuando se efectuó una Mastectomía Simple las costillas están bien cubiertas y no existe hundimiento subclavicular, como el músculo funciona únicamente como transporte de la isla cutánea, esto nos permite la colocación de la isla lo más bajo y oblicua posible. (9) Fig. 3

La operación comienza con el levantamiento del músculo, el cual se aborda a través de las incisiones de la isla de piel y en ocasiones a través de una incisión suplementaria a nivel de la línea axilar posterior, la porción del músculo situada debajo de la porción axilar deberá ser disecada cuidadosamente con tijera para evitar daño del pedículo neurovascular, luego se efectúa un túnel y se rota el colgajo hacia la cara anterior del tórax, se sutura el colgajo en su sitio receptor en su porción superior, lateral y medialmente; y se coloca el implante. (7)

COLGAJO MUSCULOCUTANEO TRANSVERSO DEL RECTO ABDOMINAL

Este colgajo recientemente descrito parece estar destinado a ser el método de elección para muchos casos de reconstrucción en el futuro. (10)

Debido a ciertas desventajas encontradas en los métodos de reconstrucción ya existentes, se han desarrollado alternativas interesantes empleando colgajos abdominales basados en el músculo recto abdominal. (11)

Drever en 1977 describió el colgajo epigástrico vertical siendo el primero en utilizar la circulación del músculo recto abdominal como pedículo, Robbins en 1979 también describió un colgajo basado en el musculo recto abdominal, Psillakis en 1982 describió un colgajo contralateral alto (12), por último Hartrampf en 1982 describió el colgajo musculocutáneo transversal inferior del músculo recto abdominal. (13)

VENTAJA: Un solo tiempo quirúrgico, colgajo compuesto, pedículo seguro, mayor cantidad de tejido disponible, suficiente tejido para llenar el hundimiento-infraclavicular, lipectomía abdominal adicional, cicatriz donadora oculta - (13), prótesis innecesaria. (14)

DESVENTAJAS: Sacrificio del músculo recto abdominal, probable hernia postoperatoria, probable pérdida de la presión intraabdominal, probable efecto en la postura, necrosis grasa, pérdida parcial del colgajo. (15)

El aporte sanguíneo del músculo recto del abdomen se deriva de las arterias epigástricas superior e inferior y sus ramificaciones. En la reconstrucción, el colgajo se basa en la arteria epigástrica superior rama de la arteria mamaria interna. (10) Fig. 4

Se trata de dos procedimientos en uno: reconstrucción mamaria y dermolipectomía abdominal. (16)

Esta indicado cuando existe falta de tejido en los cuadrantes superiores de la región mamaria, cuando no se puede disponer del músculo dorsal ancho, - cuando existe tejido abdominal redundante, cuando han fracasado otros procedimientos. Está limitado cuando ha existido radiación al mediastino, en pacientes sin exceso de tejido abdominal, cuando se han realizado cirugías previas a nivel de los vasos intratorácicos y de las arterias epigástricas superiores, en pacientes obesos, fumadores, postmenopausicos y con hernias abdominales. (13)

La isla de piel disponibles es de 30 x 12 cms., se efectúan mediciones verticales y horizontales de la mama normal y se traspolan a la isla cutánea, se marca el pliegue inframamario 2-3 cms. por arriba del pliegue del lado sano debido a que descenderá con el cierre de la incisión de la dermolipectomía, se delimita el colgajo a nivel del área de dermolipectomía abdominal (Fig.5); se levanta la isla de piel dejándola adherida al músculo, por medio de la - fascia, a nivel de la línea arcuata y la región umbilical (Fig.6); se rota-

el colgajo hacia el defecto a través de un túnel, el tejido más distal a pedí-
culo llenará el área axilar, se desepiteliza la piel innecesaria según medi-
ciones previas. La fascia se cierra directamente excepto al nivel de la lí-
nea arcuata, donde se coloca una malla de marlex. (10) Fig. 7

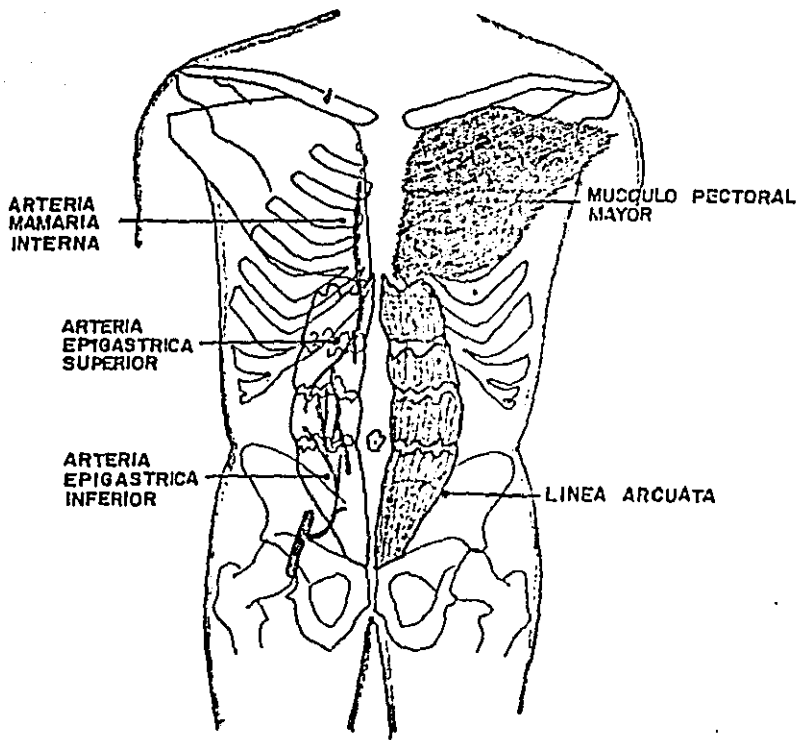


FIG. 4

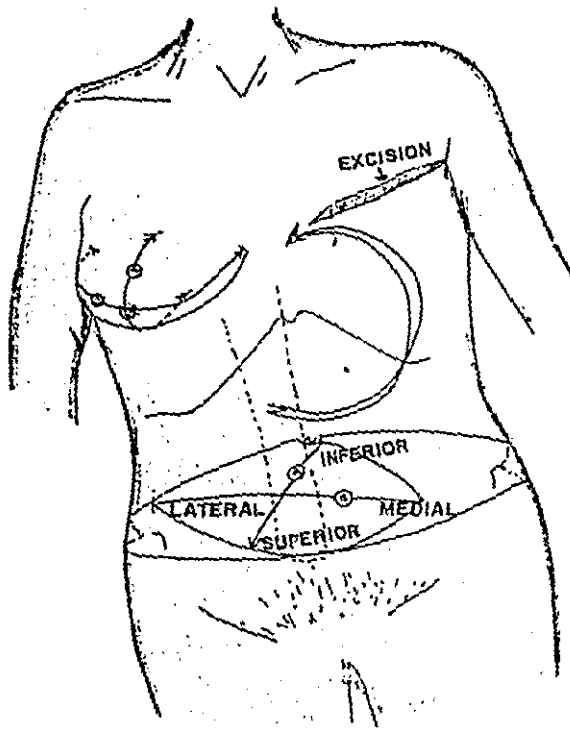
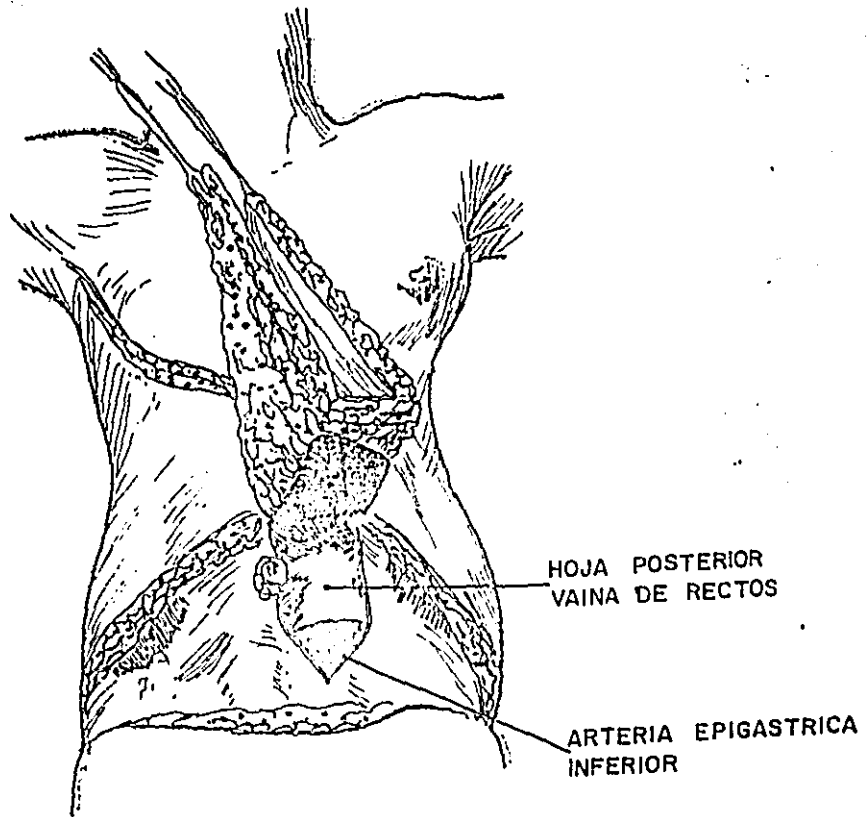
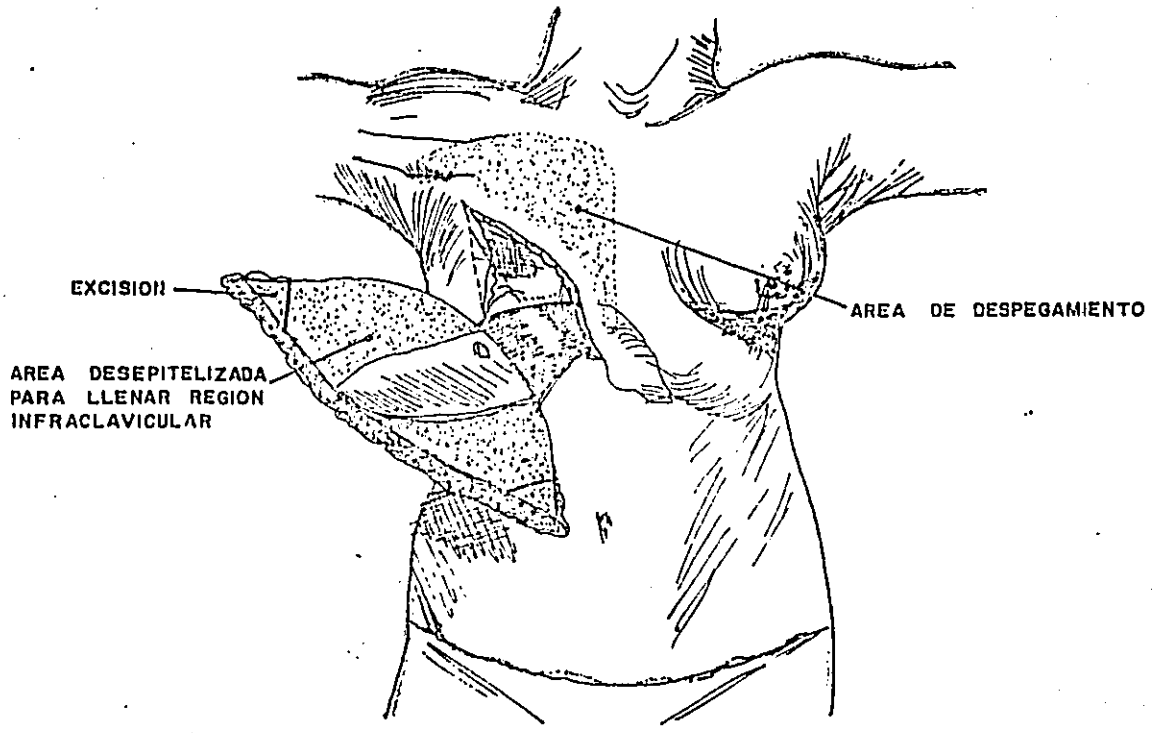


FIG. 5

FIG. 6





EXCISION

AREA DESEPIELIZADA
PARA LLENAR REGION
INFRACLAVICULAR

AREA DE DESPEGAMIENTO

FIG. 7

RESULTADOS

El seguimiento fluctuó entre dos meses y un año con dos meses.

De los pacientes a los que se les efectuó el colgajo musculocutáneo de dorsal ancho, el tiempo quirúrgico varió entre dos y cinco horas, un paciente en dos horas, 12 pacientes en 2½ a 3 horas y 2 pacientes entre 3½ a 5 horas.

En 10 pacientes hubo necesidad de efectuar un segundo tiempo quirúrgico, para la colocación de la prótesis; en dos pacientes se efectuó recolocación del pliegue inframamario debido a gravitación de la prótesis.

En cinco pacientes se presentaron seromas en el sitio donador, en tres ocurrió formación de cápsula, en tres necrosis parciales mínimas y en un paciente ocurrió efecto de parche.

En los diez pacientes a los que se les realizó el colgajo de músculo recto abdominal el tiempo quirúrgico varió entre 2 y 3½ hrs., cinco pacientes 2 hrs., dos pacientes 2; hrs., y tres pacientes 3½ hrs.

En tres pacientes hubo necesidad de un segundo tiempo quirúrgico, en dos para efectuar una pexia mamaria del lado sano y en uno para la colocación de una prótesis en el lado sano.

En un paciente ocurrió hernia postoperatoria, en dos se presentaron necrosis parciales y en uno un seroma abdominal.

De los dieciséis cirujanos que intervinieron en los procedimientos de reconstrucción, doce comentaron que la disección del músculo dorsal ancho, era difícil en los pacientes a los que se les había practicado Mastectomía Radical, debido a la necesidad de hacer un túnel alto en la axila; para que con la caída del colgajo simular el pliegue anterior de la axila. Todos estuvieron de acuerdo en que la disección del músculo recto abdominal era fácil y rápida.

Catorce afirmaron que era más factible obtener un resultado más estético con el colgajo de recto abdominal.

De los quince pacientes a los que se les efectuó el colgajo dorsal ancho, -

diez estaban satisfechas con el resultado y cinco moderadamente satisfechas.

Las pacientes en las que se realizó el colgajo de recto abdominal, ocho estaban satisfechas con el resultado, dos moderadamente, tres revelaron inconformidad con la cicatriz abdominal donadora.

D I S C U S I O N

En evidente que la dificultad técnica y el tiempo quirúrgico son mayores con el colgajo dorsal ancho; aunque el porcentaje de presentación de complicaciones es mayor en el colgajo de dorsal ancho, las complicaciones del colgajo del músculo recto abdominal son más incapacitantes. También fue evidente que el grado de satisfacción con el resultado fué mayor con el colgajo del músculo recto abdominal.

Hemos hecho una revisión y análisis a dos técnicas de reconstrucción mamaria que han dado buenos resultados en nuestros pacientes en cuanto a satisfacción, sin embargo; aún no estamos satisfechos con todo. La viabilidad de los colgajos no representan nuestro problema primario, los resultados estéticos, aunque son suficientes para nuestros pacientes y son suficientes a los obtenidos en otros Centros Hospitalarios no alcanzan aún el grado de la excelencia.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Rozin, R.R. Contemporary Options in the Operative Treatment of Breast Cancer
Clin. Plast. Surg. 1984;11:231-236
- 2.- González Orozco V.A. Resultados de la Quimioterapia Adyuvante en el Tratamiento de la CA. de mama. Tesis C.H. 20 de Noviembre. 1986; 4311
- 3.- Esparza Moreno L. Psicoterapia de grupo en pacientes postmastectomía. Tesis. C.H. 20 de Noviembre. 1980; 4299
- 4.- Gargan, T. y cols. Breast Cancer Chemotherapy: Perioperative Considerations in breast reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 1985;75:430-434
- 5.- Millard, R. Breast Aesthetics when reconstructing with the latissimus dorsi musculocutaneous flap. plast. reconstr. surg. 1982;70:161-172
- 6.- Bostwick, y cols Sixty latissimus dorsi flaps. plast. reconstr. surg. 1979;63:31-41
- 7.- Bostwick, J; Vasconez, L.O; & Jurkiewicz, M.J. Breast reconstruction following radical mastectomy. plast. reconstr. surg. 1978;61:682-687
- 8.- Schneider W.J. Hill H.L. Jr. & Brown R.G. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. Brit. J. Plast. Surg. 1977;30:277-282
- 9.- Cronin, E. Breast reconstruction with the latissimus dorsi musculocutaneous flap. clin. plast. surge. 1984;11:287-302
10. Schefflan, M. & Dinner M. The transverse abdominal island flap. ann. of plast. surg. 1983;10:24-35
11. Bunkis, J. y cols. Experience with the transverse lower rectus abdominis operation for breast reconstruction. plast. reconstr. surg. 1983;72:819-829

12. Psillakis, J., Breast reconstructions with contralateral rectus abdominis myocutaneous. Flap. Plast. Reconstr. Surg. 1983; 71: 668-677
13. Hartrampf, C.R. Tailoring of the new breast using the transverse abdominal island flap. Plast. Reconstr. Surg. 1983;72: 887-893
14. Hokin, J. Mastectomy reconstruction without a prosthetic implant. Plast. Reconstr. Surg. 1983;72: 810-818
15. Georgiade, G.S. y cols. Potential problems with the transverse rectus abdominis myocutaneous flap in breast reconstruction and how to avoid them. Brit. J. Plast. Surg. 1984;71: 121-125
16. Bostwick, J. y cols. Double pedicle transverse rectus abdominis myocutaneous flap for unilateral breast and chestwall reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 1985;76: 901-907