

11211
4
2 ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios Superiores

Hospital Regional "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.

Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva

**MASTOPATIA FIBROQUISTICA. UNA SISTEMA-
TIZACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO PLASTICO Y RECONSTRUCTIVO
P R E S E N T A :
DR. ALFREDO CARBALLO FIGUEROA

Asesor: Dr. Alfonso Valdivia Medina

FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1990



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

| | |
|-------------------------|---|
| INTRODUCCION ----- | 1 |
| GENERALIDADES ----- | 2 |
| MATERIAL Y METODO ----- | 4 |
| RESULTADOS ----- | 7 |
| DISCUSION ----- | 8 |
| BIBLIOGRAFIA ----- | 9 |

INTRODUCCION

La mama es un órgano superficial, con dos funciones básicas que cumplir, primeramente, la lactancia, esencial para el desarrollo del niño, y además su función erótica, imprescindible para la mujer adulta.

En virtud de esto, es fácilmente palpable y a la vista ofrece una agradable característica, motivo por el cual al reconstruirla, su consistencia y forma, deberán de ser muy semejantes a la mama normal.

A finales de la década de los 60 y a principios de los 70's, empezó a utilizarse la mastectomía subcutánea como profilaxis del Ca. de mama, pero con reconstrucción diferida a un segundo tiempo, por lo que algunos cirujanos siguen prefiriendo este método, con la subsecuente insatisfacción por parte de muchas pacientes.

Entonces motivados por una amplia bibliografía y con el afán de ofrecer una solución más acorde a nuestra época, nos atrevemos a proponer que todas las mastectomías subcutáneas deben de ser reconstruidas inmediatamente, principalmente las realizadas debido a mastopatía fibroquística (MFQ).

GENERALIDADES

EMBRIOLOGIA:

La mama aparece en la sexta semana de vida intrauterina, es un engrosamiento epidérmico primitivo, conocido como línea lactea, extendiéndose sobre la superficie ventral del embrión a los lados del tronco.

A la décima semana se va atrofiando gradualmente, reduciéndose al mínimo y ocupando el sitio que ocupará la glándula mamaria del adulto (1).

ANATOMIA:

Las glándulas mamarias se encuentran situadas en la región anterior del tórax, extendiéndose en sentido vertical desde la segunda a la sexta costilla, y en sentido transversal, desde la línea paraesternal a la axilar anterior.

La mama está constituida por tejido fibroso y de 15 a 20 lóbulos mamarios, el lóbulo es la unidad estructural y está compuesta por acinos mamarios, los cuales a su vez están constituidos a la siguiente manera: Conductillos que desembocan en los conductos galactoferos e interlobares que desembocan en el pezón, el cual contiene fibras musculares de disposición circular y horizontal.

Las glándulas mamarias descansan sobre los músculos pectorales (1).

La mama en sus diferentes estadios:

En la niñez el tejido mamario se encuentra solo detrás del pezón y -

areola.

En la pubertad, puede notarse la glándula como un disco duro detrás de pezón u areola.

En la mama juvenil, esta puede presentarse en forma de cono o hemisferio.

En la mujer madura, la mama bien desarrollada y péndula, aún se aparta más del cono idealizado.

La mama en la madurez se aplana mucho en su parte central superior y en sus porciones internas.

FISIOLOGIA:

El crecimiento y desarrollo de la mama, fenómeno que generalmente es la primera muestra de pubertad, se produce sobre todo como respuesta a los niveles crecientes de estradiol, en ausencia de concentraciones eficaces de testosterona.

Una vez establecidos los ciclos ovulatorios, la progesterona procedentes del cuerpo lúteo y la prolactina hipofisiaria se unen en una interacción compleja con el estradiol, actuando sobre los receptores hormonales del tejido mamario para provocar el desarrollo normal ductal, lóbulos-alveolar y del estroma así como del depósito de grasa.

La gestación añade una cuarta hormona, el lactógeno placentario, que ocasiona un crecimiento mamario espectacular, con diferenciación lóbulos-alveolar.

Al final del embarazo, todos los niveles hormonales excepto el de la prolactina, descienden bruscamente, aunque la mama se ingurgita con la leche, el crecimiento del estroma y la diferenciación epitelial cesan por el momento.

Después de la lactación tiene lugar un proceso de involución, impredecible y que dejará un órgano (incluida la piel) mayor o menor de lo que existía antes del embarazo (2).

MATERIAL Y METODOS

Se operaron diez pacientes del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, en el transcurso de Enero a Noviembre de 1989.

La cirugía consistió en una mastectomía subcutánea con reconstrucción inmediata, mediante la aplicación de implantes de Silastic.

La edad de las pacientes varió de 25 a 48 años.

El volumen de las prótesis fue de 250 a 350 cc.

| Caso | Edad | Vol. | Caso | Edad | Vol. |
|------|------|--------|------|------|--------|
| 1 | 25 | 300 cc | 6 | 42 | 250 cc |
| 2 | 28 | 350 cc | 7 | 48 | 250 cc |
| 3 | 36 | 275 cc | 8 | 43 | 275 cc |
| 4 | 35 | 275 cc | 9 | 36 | 300 cc |
| 5 | 28 | 325 cc | 10 | 29 | 325 cc |

SELECCION DE PACIENTES

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de MFQ, grupo III Pretchel, (Adenosis Ductal), excluyendo pacientes con diversos grados de hiperplasia, considerada lesión premaligna.

El diagnóstico fue clínico, radiológico, e histológico.

TECNICA OPERATORIA

Utilizando dos grupos quirúrgicos, se reduce el tiempo a la mitad de la cirugía, por lo que preferimos partir de esta primicia, ya prefe-

rentemente tenemos una unidad de sangre de autotransfusión, además utilizamos anestesia general inhalatoria.

Primero se realiza una incisión de 6-8 cms de long, a dos cms. por arriba del surco inframario, como medio de abordaje, para realizar la excresis de la glándula totalmente, disecando primeramente la fascia muscular y después el colgajo dermis grasa, realizando una bolsa submuscular (Pectoral mayor, serrato anterior y colgajo dermis grasa de base inferior) donde se coloca la prótesis de silastic de un volumen previamente establecido, (mediante una volumetría por desplazamiento de agua), y se cierra en dos planos, con sutura de piel intradérmica.

RESULTADOS

Realizamos mastectomía subcutánea bilateral en 10 pacientes, con - MPQ, Grupo III Pretche1, utilizando la técnica de Rubin, combinada con la técnica de Planas con un seguimiento de hasta 10 meses, (promedio 6). Ocho de éstos pacientes no ameritaron ajuste cutáneo y en dos se realizó un pequeño ajuste mediante la técnica de Arié-Pitanguy.

Las pacientes se encuentran satisfechas con los resultados a la fecha, a pesar de haber sufrido complicaciones, descritas enseguida, pero que han tenido resolución.

COMPLICACIONES

Siete pacientes formaron contractura capsular de diversos grados, de los cuales únicamente tres ameritaron capsulotomía.

Una de las pacientes presentó necrosis grasa del pedículo inferior, que se resolvió con antibióticos, desbridamiento y cierre de 2da. intención, no hubo necesidad de retirar la prótesis.

DISCUSION

La mastopatía fibroquística, no es una patología única, sino que abarca a varios padecimientos que tienen relación con la actividad hormonal (5).

Para una adecuada valoración debemos disponer de un diagnóstico clínico, radiológico, y anatomopatológico. (1-15)

La premisa es una mastectomía subcutánea con reconstrucción inmediata, (2,6,7,9,10,12,14) de esta forma resolvemos un problema terapéutico y mejoramos la autoestima del paciente.

La contractura capsular debida al implante, no es una complicación debida a este procedimiento, sino que es comunmente vista en casos de mamoplastía de aumento. (13).

Creemos que no es posible diferir la reconstrucción, pensando en un posible riesgo de Ca., primeramente porque no es una mastectomía profiláctica, por eso mismo proponemos cirugía hasta el grupo III de Pretchel (adenosis ductal), NO EN HIPERPLASIAS, y que no han sido beneficiados con el tratamiento médico.

Existen además otras indicaciones de mastectomía subcutánea tales como: Hiperplasia lobular atípica, papilomatosis múltiple, mastitis crónica proliferativa, cancerofobia, historia de Ca. familiar, mastodinia, y Ca. contralateral.

En conclusión, ofrecemos cirugía de un solo tiempo, aún en casos de necesidad de ajuste cutáneo, de leve a moderado, con resultados excelentes.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Baroudi R, Keppke E.M. and Carvalho C. Breast Modeling after - Subcutaneous Mastectomy. Aesthetic Plastic Surgery 2:235, 1978.
- 2.- Biggs, T.M., Brauer R.O. Mastopexy in conjunction with subcutaneous mastectomy plastic. Reconstructive Surgery 60:1 1977.
- 3.- Bowers, D.G., and Ridlaver C.B. Breast Cancer after profilactic subcutaneous mastectomy and reconstruction with silastic prosthesis Plastic Reconstructive Surgcry 44:541, 1969.
- 4.- Buehler Peter K, MD. Patient selection for prophylastic mastectomy: Who is at high risk? Plastic Reconstructive Surgery 72:324, 1983.
- 5.- De Vitt, J.E. Fibrocystic disease of the breast is not premalignant. Surgery Gynecol Obst. 134:803, 1972
- 6.- Freeman Browley, J. M.A. Subcutaneous mastectomy for benign breast lesions with immediate or delayed prosthetic replacement. Plastic Reconstructive Surgery 80:396, 1987
- 7.- Georgiade, N.G. M.D. Technique for subcutaneous mastectomy with immediate reconstruction in the ptotic breast. Plastic Reconstructive Surgery 62:702, 1978.
- 8.- Grabb, W. C. Cirugfa Plástica 3a. edición Salvat Editores, S.A. 1984 pag. 739-740.
- 9.- Guerrerosantos José, M.D. Reversed reconstruction in subcutaneous mastectomy: insertion of the prosthesis in advance. 73:3, 1983.

- 10.- Jarret, J.R. Cutler, R.G. Subcutaneous mastectomy in small, - large o ptotic breast with immediate submuscular placement of implants. Plastic Reconstructive Surgery 62:702, 1978.
- 11.- Martfnez Sandoval Fco. M.D. Anatomfa Humana 5ta. edici3n, folia universitaria UAG. 1975 pag. 125-127.
- 12.- Millard Gaston F. M.D. An improved technique for immediate - retropectoral reconstruction after subcutaneous mastectomy. Plastic Reconstructive Surgery 80:396, 1987.
- 13.- Pennisi Vincent, M.D. Indications, contraindications and compli- cations of subcutaneous mastectomy. Plastic Mastectomy recons- truction, Williams 1:101
- 14.- Rubin Leonard R. M.D. Facs. Prophylactic mastectomy with imme- diate reconstruction for the High-risk woman. Clinics in plas- tic Surgery II:2:369, 1984
- 15.- Slade Lawrence M.D. Subcutaneous mastectomy acute complications and long term follow:up. Plastic Reconstructive Surgery 73:84, 1984.