

11211

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

16



FACULTAD DE MEDICINA

2 ef

División de Estudios de Postgrado
Hospital Regional "20 de Noviembre" I.S.S.S.T.E.
DIVISION DE CIRUGIA

**RECONSTRUCCION MAMARIA POSTMASTECTOMIA
EVALUACION DE DOS METODOS**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A :
DR. FACUNDO JAVIER PARADA OVALLE**



FALLA DE ORIGEN



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

I N T R O D U C C I O N..... 1

O B J E T I V O S..... 3

M A T E R I A L Y M E T O D O S..... 3

T E C N I C A Q U I R U R G I C A..... 5

R E S U L T A D O S..... 20

D I S C U S I O N..... 22

B I B L I O G R A F I A..... 23

RECONSTRUCCION MAMARIA POSTMASTECTOMIA

EVALUACION DE DOS METODOS

INTRODUCCION

El cáncer de mama es con mucha diferencia la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres, con un aumento progresivo de presentación a partir de la tercera década de la vida en adelante (1); y es la causa de muerte más común en el mundo occidental, ocupando en México la segunda causa por muerte de cáncer. (2)

En E.U.A. cada año se esperan 113,000 nuevos casos de esta patología, realizando unas 40,000 mastectomías radicales (1). 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 (cuadrantectomías) (2).

A pesar de la localización superficial de la mama, pueden pasar muchos meses o años antes de que se detecte el cáncer en este órgano. La precoz diseminación e implantación de focos metastásicos son aspectos destacados del cáncer de mama. Las actitudes de los pacientes con respecto a los efectos cosméticos y psicológicos de la pérdida varían mucho, existiendo un porcentaje bajo de pacientes que encuentran bienestar en la posibilidad de la reconstrucción de la mama. (1,2).

En nuestro hospital reciben tratamiento quirúrgico por cáncer de mama aproximadamente 200 pacientes al año, de los cuales el 70% son diagnosticados como carcinoma maligno. De estos pacientes frente a la posibilidad de efectuar una reconstrucción, el 10% presentaron una actitud favorable, el 25% neutra y el 65% se opusieron firmemente. (3)

Las mujeres después de la mastectomía tienen un problema psicológico doble.

No sólo existe una deformación macroscópica con graves implicaciones sexuales y por la propia mutilación, sino también un constante recuerdo de que la mujer ha sufrido una enfermedad maligna peligrosa, con riesgo elevado de recidiva en un momento u otro de su vida y que, en el futuro, puede afectar a sus hijos y descendientes.

En la actualidad, lo más prudente parece ser esperar por lo menos 6 meses después de la mastectomía antes de intentar la reconstrucción. Este período de espera permite que los colgajos cutáneos se tensen, ablanden y curen al mejorar su irrigación colateral, en especial si a la mastectomía acompañó la radioterapia de la pared torácica y de los ganglios linfáticos regionales. Para los más conservadores, sería más apropiado esperar un año. Una gran proporción de las mujeres que están en riesgo de desarrollar recidivas locales las habrán presentado, puesto que aproximadamente el 40% de las recidivas se observan en el plazo de 2 años. Es por este motivo que en nuestro servicio esperamos 2 años antes de iniciar el proceso de reconstrucción, así mismo nos ha dado la experiencia que es necesario que convivan con el defecto para que puedan apreciar el resultado de la reconstrucción. Realizando en algunas excepciones el procedimiento quirúrgico antes de los 2 años, por factores psicosociales.(1,3,5)

Actualmente no existe el mejor procedimiento quirúrgico para todos los casos de reconstrucción mamaria, a pesar de esto existen algunos cirujanos que utilizan un sólo método excluyendo a todos los demás.(5).

El propósito de este proyecto es evaluar los dos procedimientos quirúrgicos más utilizados en nuestro servicio, valorando las complicaciones tempranas y tardías, deformidades corporales, secuelas y resultados estéticos. Así mismo llevar a cabo la reconstrucción que se asemeje a la mama normal o a la mama contralateral.(5)

OBJETIVOS

Se llevó a cabo una valoración clínica para seleccionar a los pacientes candidatos a una reconstrucción mamaria postmastectomía, ofreciendo la técnica quirúrgica más adecuada según el caso. Consistió en dos procedimientos quirúrgicos más usados en el servicio, siendo estos colgajos musculocutáneos, uno basado por el músculo dorsal ancho y el otro por el músculo recto abdominal.

Se valoró el tiempo quirúrgico, complicaciones, grado de satisfacción de la paciente, resultado estético visto por el cirujano que llevo cabo la cirugía, así como la evolución a 10 meses.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una encuesta a azar de 140 pacientes de la clínica de mama del Servicio de Oncología del 1° de septiembre de 1988 al 31 de diciembre de 1988, que habían sido intervenidas de una mastectomía con diagnóstico de C.A. mamario. La fluctuación de las edades fue de 36 a 74 años (p:55).

De estos pacientes se decidió a una reconstrucción mamaria. 6 pacientes se les había realizado mastectomía radical; 5 pacientes mastectomía radical modificada y 3 mastectomía simple. Se intervinieron a 7 pacientes con la reconstrucción del colgajo musculocutáneo del Latissimus Dorsi, y 3 pacientes con la reconstrucción del colgajo musculocutáneo transversal del Recto Abdominal.

La reconstrucción mamaria se inició a partir del 1° de enero de 1989 al 31 de octubre de 1989. Ambos procedimientos quirúrgicos fueron llevados a cabo por diferentes Médicos Residentes, valorando el tiempo quirúrgico, e interrogando posteriormente al Cirujano su punto de vista sobre el resultado estético. Así mismo se observó a la paciente por 10 meses de evolución, interrogando el grado de satisfacción del resultado obtenido, y sintomatología agregada; así mismo las complicaciones postoperatorias inmediatas y tardías.

Se excluyeron del estudio a pacientes con cirugías previas de reconstrucción mamaria, pacientes obesas, pacientes con cirugías en las zonas que comprometían la circulación del colgajo a rotar, y a pacientes que no se presentaron a la cirugía programada.

TECNICA QUIRURGICA

COLGAJO MUSCULOCUTANEO DE DORSAL ANCHO

Es el método más frecuentemente usado en nuestro servicio. En 1906 Tansini reportó el uso del colgajo musculocutáneo del dorsal ancho para la reconstrucción de la mama (7), en 1976 Olivari lo describió de nuevo, en 1978 Bostwick y colaboradores popularizaron el método (2), en 1981 Millard presentó varios diseños de la isla de piel para mejorar el resultado estético (6).

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 (9).

DESVENTAJAS: Cicatriz del área donadora en un sitio visible, sacrificio de un músculo, cantidad de piel limitada, uso de prótesis (9).

La isla de piel está limitada a 8 X 20 cm., para planear la cirugía a la extensión del músculo dorsal ancho debe ser conocida, medialmente cuenta con inserciones de fascia a las últimas vertebrae 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 (10, 20). Fig. 1, 2, 3.

Cuando el músculo dorsal ancho ha sido deservado 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 (10).

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

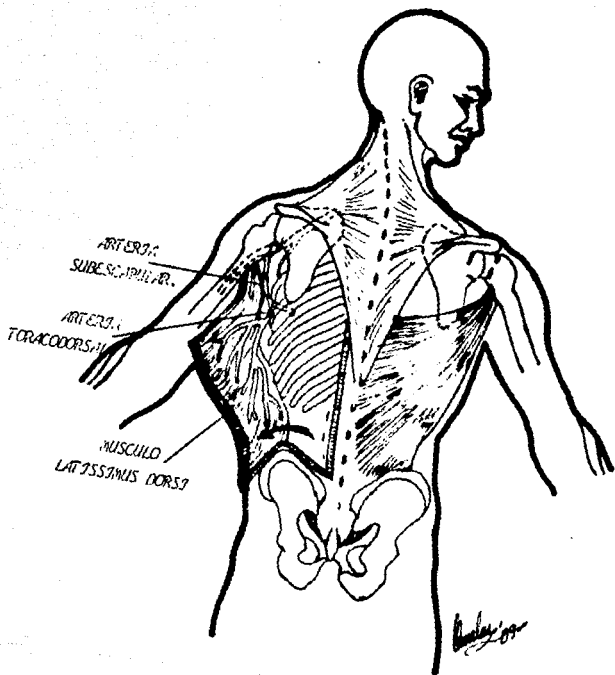


FIG. 1

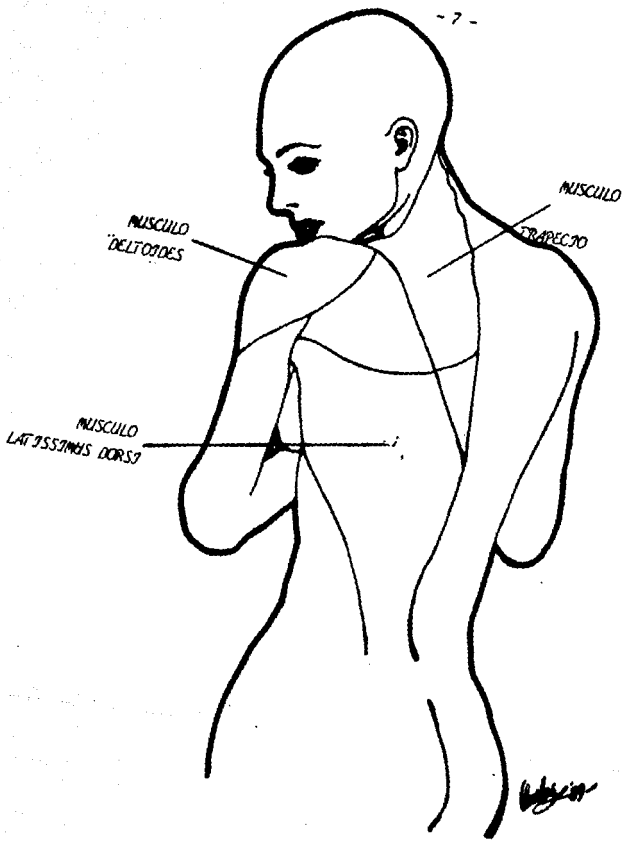


FIG. 2

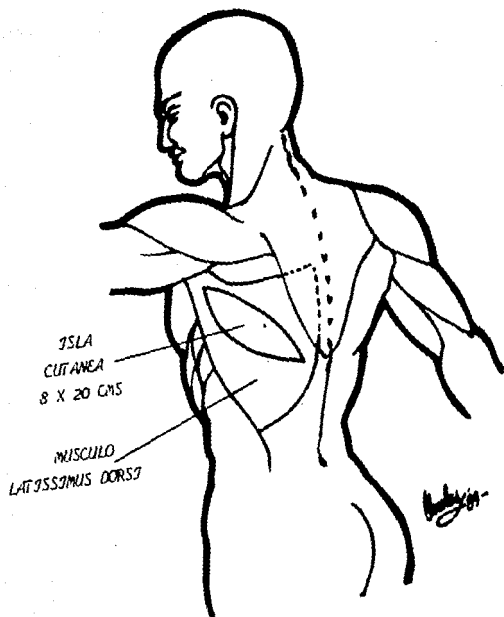


FIG. 3

existirá un hundimiento subclavicular y para corregir estos defectos se requerirá la colocación de la isla en la espalda, lo más alto posible. (10). Fig. 2,3,4.

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 éste defecto (6). Fig. 5,6.

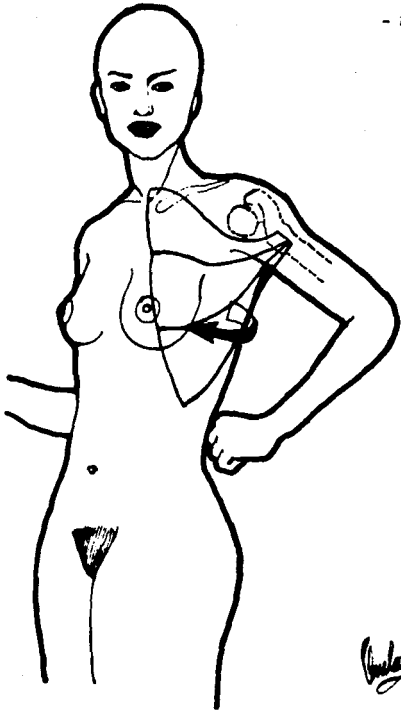
Cuando se efectuó una mastectomía simple las costillas están bien cubiertas y no existe hundimiento subclavicular, como el músculo funciona únicamente como transporte de la isla cutánea, esto nos permite la colocación de la isla lo más bajo y oblicua posible (10). Fig. 3,4,5.

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 (8). Fig. 3,4,5,6.

COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO 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 (11).

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 (12).



Quiles '99

ARCO DE ROTACION DEL MUSCULO LATISSIMUS DORSI

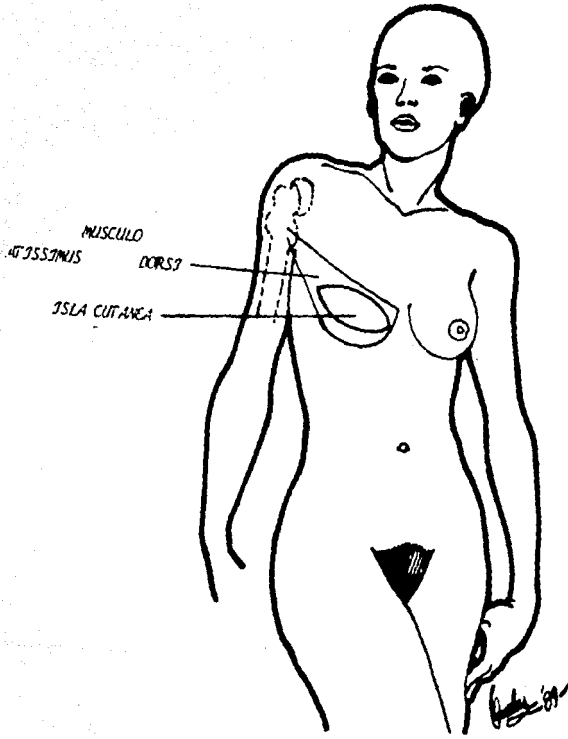


FIG. 5

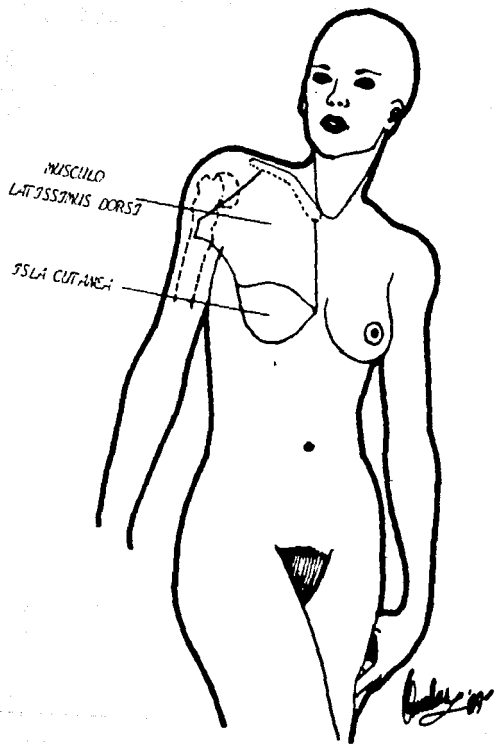


FIG. 6

Dreven 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 músculo recto abdominal, Psillakis en 1982 describió un colgajo contralateral alto (13), por último Hartrompl en 1982 describió el colgajo musculocutáneo transversal inferior del músculo recto abdominal (14).

VENTAJAS: Un solo tiempo quirúrgico, colgajo compuesto, pedículo seguro, mayor cantidad de tejido disponible, suficiente tejido para llenar el hundimiento axilar e infraclavicular, lipectomía abdominal adicional, aicatriz donadora oculta (14), manejo opcional de la aplicación de prótesis (15)

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 (16).

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 (10,20). Fig. 7.

Se trata de dos procedimientos en uno: reconstrucción mamaria y dermolipsectomía abdominal (17,20,21).

Está 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 paciente 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, postmenopáusicas y con hernias abdominales (14).

La isla de piel disponible es de 30 X 2 cm.; se efectúan mediciones verticales y horizontales de la mama normal y se traspolan a la isla

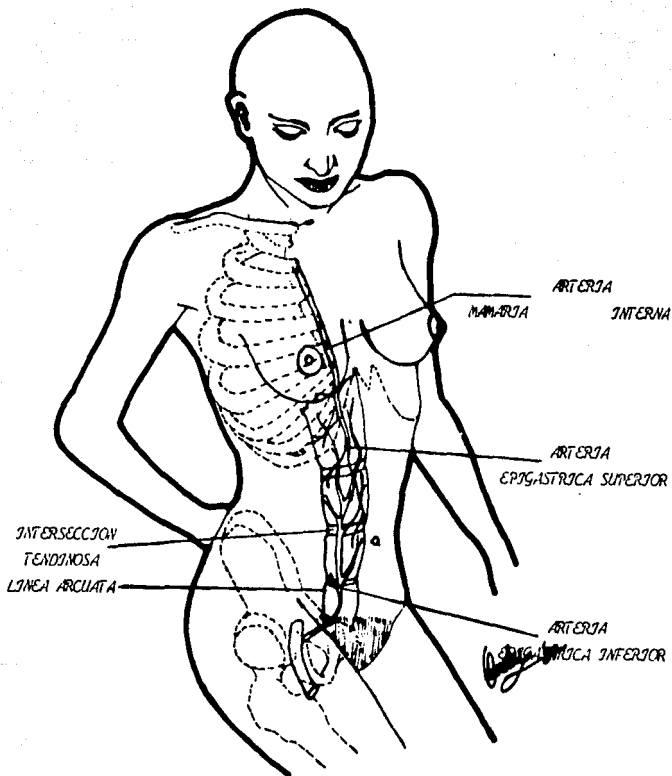
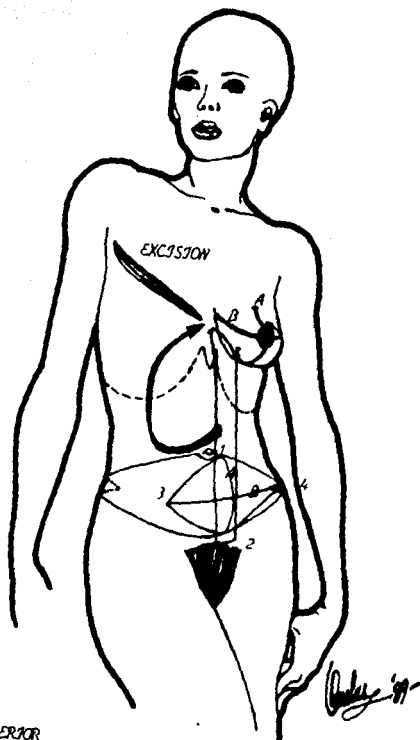


FIG. 7

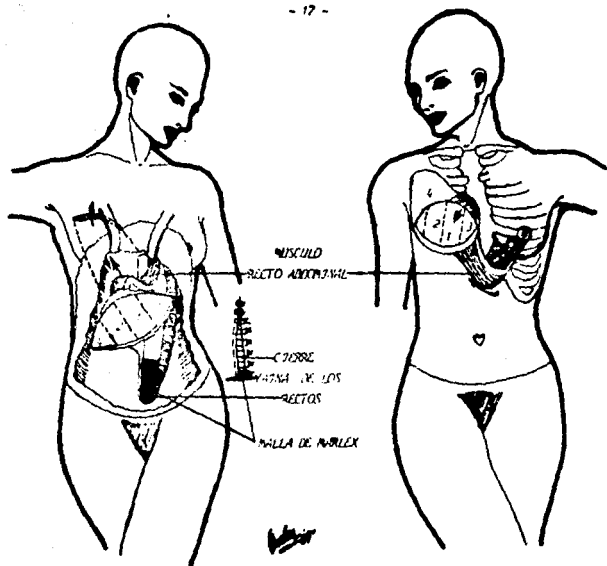
cutánea, se marca el pliegue inframamario 2-3 cms. por arriba del pliegue del lado sano debido a que descenderá con el cierre de la incisión de la dermolipectomía, se delimita el colgajo a nivel del área de dermolipectomía abdominal (20,21). Fig. 8.

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. 7,9,10); se rota el colgajo hacia el defecto a través de un túnel, el tejido más distal al pedículo llenará el área axilar, se desepiteliza la piel innecesaria según mediciones previas. La fascia se cierra directamente excepto a nivel de la línea arcuata donde se coloca una malla de marlex (11,20,21). Fig. 9,11.



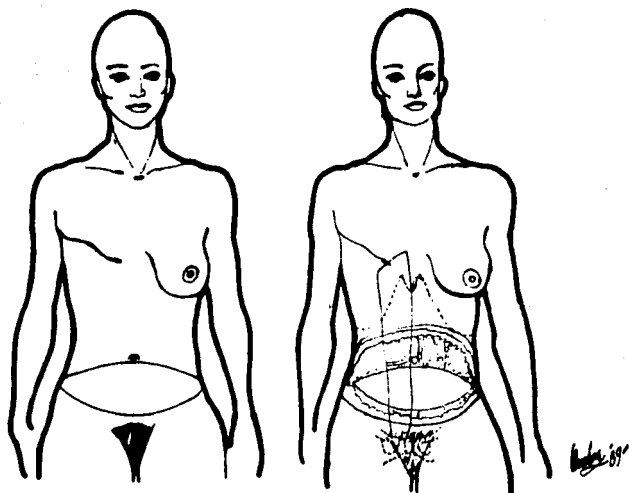
- 1.- INFERIOR
- 2.- SUPERIOR
- 3.- MEDIAL
- 4.- LATERAL

FIG. 8



LEVANTAMIENTO DEL COLGADO

POSICION FINAL DEL COLGADO



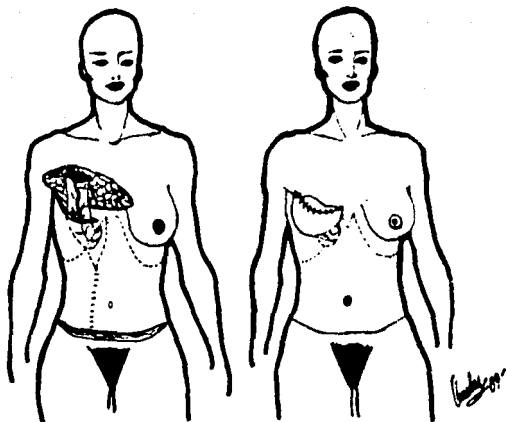
A1.- DEFORMIDAD POSTOPERATORIA DESPUES DE LA MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA. DISORSO DE LA ISLA DE PIEL.

B1.- ELEVACION DE LA ISLA DE PIEL DESDE LA FASCIA ABDOMINAL, PRESERVANDO LA COYECCION VASCULAR DEL SITIO DEL DEFECTO MAMARIO.

FIG. 10

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 19 -



1.- TRANSPOSICIÓN DEL COLGADO POR DESLIZO DE LA MAMILA ABDOMINAL SUPERIOR, CIERRE DE LOS MUSCLOS DE LA VAGINA DE LOS RECTO ANTERIOR.

2.- EL COLGADO ES COLGADO EN EL SITIO DEL DEFECTO MAMARIO, SE REALIZA LA ABDOMINOPLASTIA (CIEBERRI).

FIG. 11

RESULTADOS

El seguimiento fue del 1° de septiembre de 1988 al 31 de octubre de 1989 (14 meses).

En la encuesta realizada para incluir a los pacientes candidatos a una reconstrucción mamaria se encontró que el 80% (112), ignoraba de algún procedimiento reconstructivo; el 20% (28), tenían conocimientos vagos sobre la reconstrucción recibidos a través de los medios masivos de comunicación (radio, T.V., revistas). De este 20% afirmó que la razón que la motivó a la cirugía era la recuperación de la autoimagen (no sentirse mutilada).

El 98.5% (138) de los pacientes nunca se les informó que se podía realizar la reconstrucción en nuestro Hospital. El 10% (14) aceptaron favorablemente la cirugía; 25% (35) tuvieron una posición neutra; y el 65% (91) se opusieron firmemente. A siete pacientes se les efectuó la reconstrucción mamaria con el colgajo musculocutáneo del Latissimus Dorsi, 3 pacientes se les efectuó la reconstrucción mamaria con el colgajo musculocutáneo transverso del Recto Abdominal.

En los pacientes en que se realizó la rotación del colgajo del músculo Dorsal Ancho, se encontró que el 28.5% (2) hubo la necesidad de efectuar un segundo tiempo quirúrgico para la colocación de prótesis, en el 14.2% (1) se recolocó el pliegue inframamario debido a la gravitación de la prótesis.

En el 28.5% (2) presentaron seromas en el sitio donador; el 60% (3) ocurrió formación de la cápsula, el 28.5% (2) presentó necrosis parcial del colgajo resolviéndose con un cierre primario. En el 71.4% (5) se realizó un ajuste de brassiere cutáneo y péxia mamaria de la mama sana, el otro 28.5% (2) no deseó el procedimiento. En el 14.2% (1) se expuso el implante, retirándolo y requiriendo de un segundo tiempo quirúrgico para su recolocación.

De los tres pacientes que se les realizó la rotación del colgajo musculocutáneo transversal del recto abdominal, no requirieron de la aplicación de implantes mamarios. El 33.3% (11) presentó necrosis parcial del colgajo en su porción medial, la cual requirió la aplicación de un injerto de espesor parcial. Otro 33.3% (11) presentó dehiscencia mínima de la región central de la abdominoplastia, cerrando sin requerir de otro procedimiento quirúrgico adicional. Otro 33.3% (11) presentó un hematoma, el cual curó sin complicación al drenarlo. El 100% (33) presentó hernia postoperatoria de los 5 a los 7 meses de haberseles efectuado la reconstrucción.

El tiempo quirúrgico de la rotación del músculo Latissimus Dorsi fue de 2 a 4 hrs. (p:31), mientras que la rotación del músculo recto abdominal fue de 3½ a 5 hrs. (p:4.15). Los cirujanos opinaron que el resultado estético fue bueno en el 71.4% (15), y regular en el 28.5% (2) para el músculo Latissimus Dorsi; así mismo, se consideró de bueno para el músculo recto abdominal en el 66.6% (2), y regular en el 33.3% (1).

De los 7 pacientes que se les realizó la rotación del músculo Latissimus Dorsi, el 85.7% (6), estaban satisfechos con el resultado. El 14.2% (1), afirmó estar moderadamente satisfecho. De los 3 pacientes que se les realizó la rotación del músculo recto abdominal, el 66.6% (2), se mostró moderadamente satisfecho, el 33.3% (1), no quedó satisfecho.

Se excluyeron del estudio al 28.5% (4) de las pacientes que se animaron a la reconstrucción mamaria. De estas el 50% (2), no acudieron a la cirugía programada; el 25% (1) se encontraba sobrepasada de peso; y el otro 25% (1), cursaba con cirugía abdominal previa.

Se llevó a cabo la reconstrucción areola-pejón en todos los casos entre un mes y los cuatro meses.

DISCUSION

Existe un gran armamentario quirúrgico para el Cirujano Plástico en la reconstrucción mamaria postmastectomía por C.A. mamario. Es indiscutible llevar a cabo, una evaluación clínica en cada paciente para ofrecerle el mejor procedimiento quirúrgico, no hay que encasillar a todos los pacientes en un sólo procedimiento, ya que nos llevaría a fallas no perdonables. Es importante que las mujeres sientan que tienen la oportunidad de optar o no por una reconstrucción. Creo también que algunas enfermas acudirían antes al tratamiento en cuanto descubrieran una tumoración mamaria, si conocieran la posibilidad de una reconstrucción después de la mastectomía.

Se ha hecho el análisis de las dos técnicas de reconstrucción mamaria postmastectomía más utilizadas en nuestro servicio. Por los resultados obtenidos en el estudio deberá estar bien seleccionado la candidata para la reconstrucción con el colgajo musculocutáneo transversal del músculo Recto Abdominal, ya que una de las secuelas más frecuentemente observada fue la presencia de hernia postoperatoria, a mediano plazo. Esta secuela posiblemente se deba a la inexperiencia de la escasa casuística operatoria con esta técnica; o probablemente a la falta de aplicación de la malla de marlex.

El tiempo quirúrgico no es nuestro mayor problema, ni las complicaciones presentadas por las pacientes, ni la viabilidad de los colgajos; así mismo estamos satisfechos con los resultados estéticos obtenidos por las dos técnicas, pero aún no existe el procedimiento que alcance el grado de excelencia. Cuando la reconstrucción de la mama alcance más perfección y se acepte más ampliamente este procedimiento, es de suponer que producirá un impacto inmenso sobre todo el problema de la detección y tratamiento precoz del cáncer mamario.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- Robert M. Goldwyn. *Cirugía Plástica y de Reconstrucción de la mama.* Editorial Salvat.
- 2.- Rozin, R.R. *Contemporary Options in the Operative Treatment of Breast Cancer.* *Clin. Plast. Surg.* 1984;11:231-236
- 3.- Gonzalez Onozco V.A. *Resultados de la Quimioterapia Adyuvante en el Tratamiento del C.A de Mama.* Tesis C.H. 20 de Noviembre. 1986;4311
- 4.- Espanza Moreno L. *Psicoterapia de grupo en Pacientes Postmastectomía.* Tesis. C.H. 20 de Noviembre 1980;4299
- 5.- Gargan, T. y Cols. *Breast Cancer Chemotherapy: Perioperative Considerations in Breast Reconstruction.* *Plast. reconstr. Surg.* 1985;75:430-434
- 6.- Millard, R. *Breast Aesthetics when reconstructing with the Latissimus Dorsi Musculocutaneous Flap.* *Plast. Reconstr. Surg.* 1982;70:161-172
- 7.- Bostwick, y cols. *Sixty Latissimus Dorsi Flaps.* *Plast. Reconstr. Surg.* 1979; 63:31-41
- 8.- Bostwick, J. Vasconez, L.O. & Jurkiewicz, M.J. *Breast Reconstruction Following Radical Mastectomy.* *Plast. Reconstr. Surg.* 1978;61:682-687
- 9.- 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
- 10.- Cronin, E. *Breast Reconstruction with the Latissimus Dorsi Musculocutaneous Flap.* *Clin. Plast. Surg.* 19984;11:287-302

- 11.- Schefflan, M. & Dinner M. *The Transverse Abdominal Island Flap.* *Ann. Of Plast. Surg.* 1983;10:24-35
- 12.- Burkis, J. y Cols. *Experience With The Transverse lower rectus Abdominis Operation for Breast Reconstruction.* *Plast. Reconstr. Surg.* 1983;72:819-829
- 13.- Psillakis, J., *Breast Reconstructions with Contralateral Rectus Abdominis Myocutaneous Flap.* *Plast. Reconstr. Surg.* 1983;71:668-677
- 14.- Hartrampf, C.R. *Tailoring of the New Breast Using the Transverse Abdominal Island Flap.* *Plast. Reconstr. Surg.* 1983;72:887-893
- 15.- Hokin, J. *Mastectomy Reconstruction without a prosthetic implant.* *Plast. Reconstr. Surg.* 1983;72:810-818
- 16.- Georgiade, G.S. y Cols. *Potential Problems with the Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous Flap in Reconstruction and how to Avoid them.* *Brit. J. Plast. Surg.* 1984;71:121-125
- 17.- Bostwick, J. y Cols. *Double Pedicle Transverse rectus Abdominis Myocutaneous Flap for Unilateral Breast and Chestwall Reconstruction.* *Plat. Reconstr. Surg.* 1985;76:901-907
- 18.- Hartrampf, C.R. Jr., *The Transverse Abdominal Island Flap for Breast Reconstruction.* *Clin. Plast. Surg.* 1988;15:703-716
- 19.- *Early and Late Capsular Deformation as a Cause of Unsatisfactory Results in the Latissimus Dorsi Breast Reconstruction.* *Clin. Plast. Surg.* 1988;15:717-726
- 20.- Stephen J. Mathes., Foad Nahai., *Clinical Applications for Musculo-cutaneous Flaps.* The C.V. Mosby Company. 1982

21.- *Bostwick III, J., Aesthetic and Reconstructive Breast Surgery.*
The C.V. Mosby Company. 1983