

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.

**“Incidencia De Complicaciones En Pacientes Post Operadas De
Reconstrucción Mamaria Según El Tipo De Técnica Quirúrgica Utilizada
En El Servicio De Cirugía Plástica Y Reconstructiva Del Hospital General
De México”**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE MÉDICO
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
PRESENTA:

DR. SERGIO QUIROZ ZÁRATE

TUTOR
DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

México D.F.

2014



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.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

MÉXICO, D.F, JULIO DEL 2014



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva

HOJA DE FIRMAS

DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA

Profesor Titular del Curso Universitario de Especialización en Cirugía Plástica y Reconstructiva y Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva

DR. JOSÉ FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ
Jefe de Enseñanza

DRA. SILVIA ESPINOSA MACEDA
Tutor de Tesis

DR. SERGIO QUIROZ ZÁRATE
Titular de Tesis

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva



INDICE

1. Índice	3
2. Dedicatoria y agradecimientos	4
3. Resumen estructurado	6
4. Justificación	12
5. Planteamiento del problema	13
6. Objetivos	14
7. Material y métodos	15
8. Metodología	16
9. Cronograma de actividades	17
10. Resultados	18
11. Discusión	29
12. Conclusiones	39
13. Bibliografía	41



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva



DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Han sido muchos años de trabajo y esfuerzo, de estar fuera tanto tiempo lejos de casa, de los míos...

Sentimientos encontrados sin duda, es momento de dejar mi segunda casa, mi querido Hospital General de México y mi más querido Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, la Unidad 104; ¡vaya que me hicieron crecer en todos los aspectos! Sin duda, de todo y de todos se aprende algo siempre, no me queda más que agradecer la enseñanza adquirida a todos mis Maestros y sobre todo a mis pacientes... Ahora sé que puedo volver a casa, a León, con los míos, y poder crecer como persona y más que nada como profesionalista y poder ofrecer a mis pacientes calidad en su atención.

Es mucha gente la que está detrás de uno, sufriendo y gozando cada momento, cada experiencia vivida...

Antes que nada quiero agradecer a Dios por mover tantas piezas y siempre saber qué era lo mejor para mí, sin duda alguna este Hospital es lo mejor que me pudo haber pasado, solo Tú sabes por qué y cuándo pasan las cosas.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

A mis compañeros de generación, Ubaldo, Betty, Chucho y Emmanuel, qué les puedo decir, hemos pasado de todo y a pesar de todo, creo que nos une algo muy especial, cuenten conmigo siempre.

Se me fue mi “Abuelotonga” a quien tanto amaba, quien tanto me quería y me apoyaba... esto va por ti!!!

Un agradecimiento a mis tías: Yola, Tatá, Lupe y qué decir de Salud, sin su apoyo no sé como le hubiera hecho.

A mis hermanos, Martín y Primo, muchas gracias por siempre estar ahí.

A mis papás, Primo y Lupita, simplemente no tengo palabras para agradecer tanto cariño y tanto tanto apoyo, creo a veces no merecerlo, pero de corazón quiero que sepan que los quiero mucho y que esto también va por ustedes, espero saber corresponder tanta confianza.

Y por último, quién más sino a ti Pau, a mi compañera en este viaje, a ti que me has dado todo tu apoyo siempre, que has sufrido conmigo tanto pero que creo hemos gozado más. Momentos difíciles sin duda hemos tenido, y saber que siempre al llegar a casa estarías tú para escucharme, aconsejarme, alentarme, no tengo palabras con que agradecerte, te amo. Gracias por hacerme sentir tan especial al saber que ya mero llega nuestro Mateo, nuestro motor para esta nueva etapa que se nos viene.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva

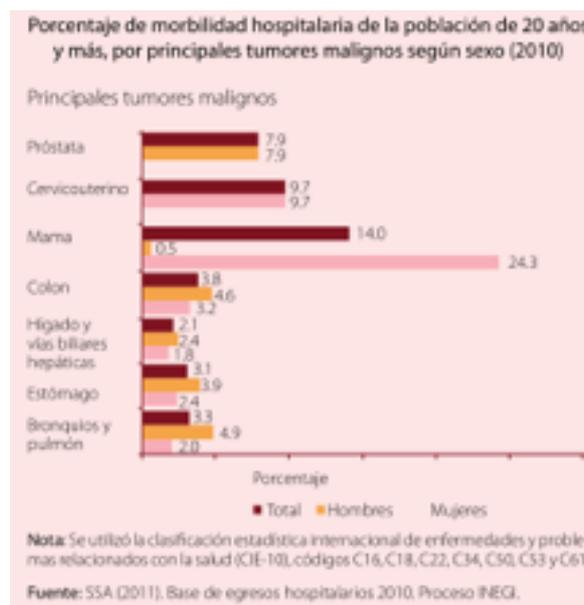
Resumen estructurado.

Introducción

El cáncer es la principal causa de muertes en el mundo: más de 7.6 millones en 2008 (13% del total). El cáncer de mama se encuentra en el quinto lugar, precedido por el cáncer de pulmón, estómago, hígado y colorrectal.

En Estados Unidos se estiman 232,340 nuevos casos de carcinoma invasor de la mama diagnosticados durante 2013. Encabeza la lista de los cánceres en la mujer con 29% de todos los casos y es la segunda causa de muerte seguido del cáncer pulmonar con 14%.

En México la estadística del cáncer no difiere en mucho de las descritas en el ámbito mundial. En 2011, de cada 100 mujeres de 20 años o más, 24 tienen cáncer de mama (Imagen 1).

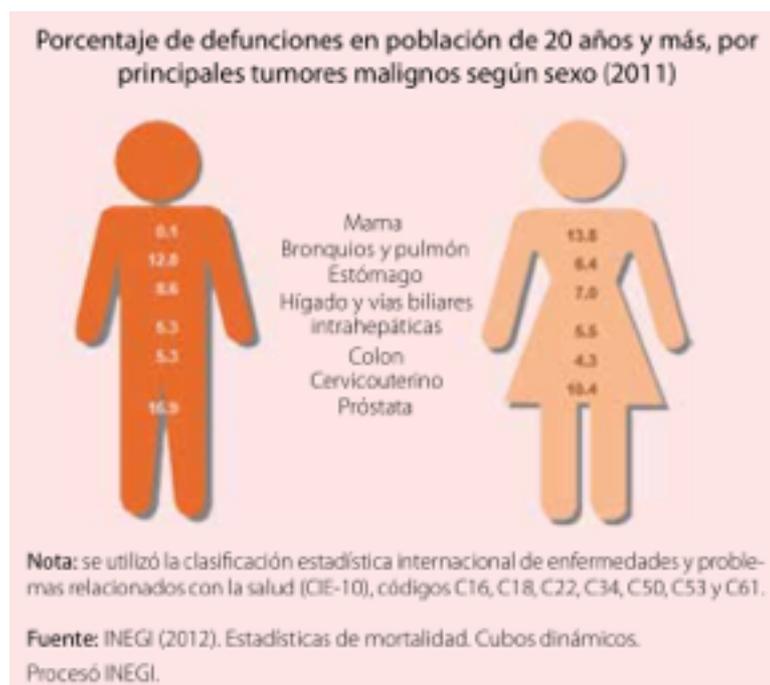


INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

El grupo de edad que concentra el mayor número de casos es el de 50 a 59 años (29.8%), seguido por el de 40 a 49 (27.8%) (Imagen 2).



Esta enfermedad rebasó al cáncer cervicouterino como causa principal de mortalidad en el mismo grupo de edad entre las mujeres, siendo responsable de 13.8% del total (Imagen 3).



INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

La reconstrucción mamaria, es un procedimiento en claro aumento y debe ser una opción estándar en el tratamiento integral del cáncer de mama.

La elección de la técnica de reconstrucción mamaria debe ser individualizada para cada paciente, según el riesgo, la presencia de contraindicaciones y la preferencia del cirujano.

Los métodos actuales en cirugía de reconstrucción mamaria han evolucionado en un intento para reducir la morbilidad relacionada con el sitio donador además de mejorar la estética de la mama reconstruida.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva

Marco teórico

La reconstrucción mamaria data desde 1895 con Czerny, cuando describió por primera vez la transferencia de grasa autóloga para reconstruir el defecto posterior a una mastectomía. Continuaron múltiples autores, como Ombredanne en 1905, que reconstruyó el montículo mamario con un colgajo de pectoral mayor. En 1906 Tanzini describió por primera vez un colgajo de dorsal ancho para la reconstrucción mamaria.

Ya hacia mitad del siglo XX, en 1942 Gilles describió un colgajo tubular para la reconstrucción de la mama. Hacia principios de la década de 1960 Cronin y Gerow introdujeron los implantes rellenos de gel de silicón.

Hasta 1971 se reportó por primera vez la reconstrucción inmediata. En 1977 se describió en la literatura moderna por Muhlbauer y Olbrisch la rotación del dorsal ancho con su isla cutánea. Dos años después Robbins describió la reconstrucción usando el músculo recto abdominal con isla cutánea vertical. (1)

A principio de la década de 1980 Radovan introdujo el concepto de la expansión tisular en la reconstrucción mamaria e iniciaron las primeras descripciones de colgajos dermograsos libres con Holmstrom cuando uso el tejido residual de una abdominoplastia para la reconstrucción mamaria.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En 1982 Hartrampf describió el colgajo músculo cutáneo transverso del músculo recto abdominal. En 1984 Becker describió el implante expandible. A finales de la década (1989), Koshida y Soeda describieron el colgajo DIEP (*Deep Inferior Epigastric Perforatos*) y no fue sino hasta 1994 que Allen y Treece lo usaron para la reconstrucción mamaria. (2)

La mastectomía sigue siendo fundamental en el tratamiento del cáncer mamario.

La reconstrucción inmediata es aquella que inicia en el mismo tiempo quirúrgico que en la mastectomía y sus ventajas sobre la diferida son que se evita una siguiente cirugía, acorta los tiempos de recuperación y hospitalización, se tiene una buena definición del surco inframamario y, en el aspecto emocional, la paciente no se ve mutilada.

La reconstrucción diferida es aquella que se realiza en una cirugía posterior a la de la mastectomía. Su indicación es cuando se tiene la certeza que la paciente será tratada con radioterapia y sus ventajas son que funciona como un “retardo” que nos permite evaluar la vascularidad de los colgajos de la mastectomía.

Es importante que el cirujano plástico individualice a cada paciente para así poder escoger el método reconstructivo más apropiado.

Dependerá del tipo de cáncer para así tener una idea del tratamiento oncológico, las condiciones generales de la paciente, sus hábitos, constitución, actividades y tratamiento adyuvante, para determinar si es candidata a un procedimiento inmediato o diferido.

El tipo de reconstrucción se puede clasificar en tres grupos según cómo se vaya a realizar la reconstrucción. El primero sería únicamente con materiales aloplásticos. El segundo con tejido

autólogo únicamente y el tercero, la combinación de los dos grupos previos.

Sin embargo debido a la complejidad de estos procedimientos, existen riesgos inherentes que incluyen la pérdida total del colgajo, la pérdida parcial del colgajo, necrosis grasa, seroma, hematoma, etc.

La decisión de usar cierto tipo de colgajos es hecho en base a factores prequirúrgicos e intraquirúrgicos.

Estos factores prequirúrgicos incluyen el tamaño y volumen de la mama, la composición corporal, la cantidad y calidad de tejido abdominal y las cirugías previas relacionadas con el sitio donador.

Los factores intraoperatorios incluyen el número, calibre y localización de las perforantes abdominales.

La morbilidad del colgajo incluye el retorno a la sala de quirófano dentro de las primeras 48 hrs, con la posibilidad de necrosis total del colgajo, necrosis parcial del colgajo, necrosis grasa y congestión venosa.

La perdida total del colgajo se define como la necrosis completa de la piel y grasa y usualmente es causada por compromiso en la circulación de la anastomosis.

La necrosis parcial del colgajo se define como la perdida de una porción o segmento del componente cutáneo y graso debido a una insuficiente circulación distal a la anastomosis.

La necrosis grasa se define como el endurecimiento de una porción del componente graso con una viabilidad completa del componente cutáneo.

La congestión venosa se define como un desequilibrio en donde la entrada de flujo arterial excede la salida venosa. (3)

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva



JUSTIFICACION

El propósito de este trabajo es establecer la incidencia de complicaciones que más se presentan dependiendo del tipo de técnica quirúrgica elegida para la reconstrucción mamaria.

En la actualidad, ha habido avances que han permitido el desarrollo de tecnologías para perfeccionar los materiales aloplásticos y técnicas para manipulación de los tejidos autólogos y tener una gama de opciones reconstructivas.

La tendencia consiste en ser menos agresivos en el tratamiento quirúrgico oncológico, que puede ser desde una cuadrantectomía, mastectomía conservadora de complejo areola pezón con linfadenectomía selectiva o mastectomía radical modificada.

No importa cuál sea el tratamiento oncológico, actualmente se pueden llevar a cabo los procedimientos reconstructivos de manera inmediata o diferida, ya sea con materiales aloplásticos o tejido autólogo. Esto permite brindar a la paciente diferentes modalidades reconstructivas.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con la finalidad de identificar cuales son las complicaciones más frecuentes observadas dependiendo del tipo de técnica quirúrgica utilizada para la reconstrucción mamaria, en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México, se propone realizar una revisión de los expedientes de los pacientes sometidos a dicho procedimiento.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el tipo de complicación postquirúrgica más frecuente según la técnica utilizada para la reconstrucción mamaria utilizado en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar cuál de las técnicas quirúrgicas utilizadas presenta los menores índices de complicaciones.
2. Conocer los grupos etáreos más afectados.
3. Identificar el tipo de diagnóstico que más afecta a la población.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva



MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño del estudio: De Cohorte, Transversal, Retrospectivo.

Fecha de Inicio y Término: Se capturaron datos de los expedientes de pacientes con Diagnóstico de Reconstrucción Mamaria de Julio del 2010 a Agosto del 2013.

Universo de Trabajo: Pacientes que fueron referidas o acudieron espontáneamente al servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México para reconstrucción mamaria.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes del sexo femenino.
- Postoperadas de mastectomía.

Criterios de No Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de enfermedad por modelantes.
- Pacientes mastectomizados que no han sido dados de alta por oncocirugía.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento coadyuvante.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que fallezcan en el transcurso del estudio.
- Pacientes con alta voluntaria para continuar tratamiento en otro hospital.
- Pacientes que no acudan a citas de seguimiento.

Tamaño de la muestra: No probabilístico, casos consecutivos, durante el período comprendido de Julio del 2010 a Agosto del 2013 (83 pacientes).

Metodología:

Se realizó la revisión de los expedientes en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México de los pacientes con diagnóstico de Secuelas de Cáncer de Mama en el período comprendido de Julio del 2010 a Agosto del 2013 y sometidos a Reconstrucción Mamaria.

Se realizó con ayuda del programa SPSS, de análisis descriptiva para conocer la distribución de las variables, las variables continuas se reportaron como media y desviación estándar, las variables demográficas como tipo de colgajo y tipo de infección, se expresaron como porcentajes y frecuencia y la comparación de resultados se hizo a través de la prueba exacta de Fisher, considerando un valor de p menor de 0.05 como estadísticamente significativo.



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

- Septiembre 2013: planeación y diseño del estudio.
- Octubre 2013: recolección de la información.
- Noviembre 2013: Obtención de resultados.
- Enero 2014: Análisis.
- Noviembre 2014: Presentación de tesis.
- Diciembre 2014 - Febrero 2015: Difusión de resultados.

RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS

El cirujano plástico que se enfrenta a una problemática cada día más común, como es la reconstrucción de la mama secundaria a secuelas de cáncer o tumores mamarios, debe conocer con exactitud cuáles son las complicaciones más comunes a las cuales se puede enfrentar con cada una de las técnicas quirúrgicas descritas y así poder brindar una atención adecuada a cada una de sus pacientes.

RECURSOS DISPONIBLES

Expedientes clínicos completos de los pacientes atendidos en nuestra unidad, documentados adecuadamente con referencia a las complicaciones encontradas en el postquirúrgico.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva

RESULTADOS

En cuanto a la revisión de los expedientes de los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México, con diagnóstico de Mastectomía sometidas a Reconstrucción Mamaria en el periodo comprendido de Julio del 2010 a Agosto del 2013, se encontraron 83 pacientes: 7 casos en el 2010, 35 en el 2011, 25 en el 2012 y 16 en el 2013. (Tabla 1, gráfica 1). El 100% fueron de género femenino (83 pacientes) con edad mínima de 16 y máxima de 74 años, con una media de 46.42 +- 9.71 años.

	Mujeres
2010	7
2011	35
2012	25
2013	16
Total	83

Tabla 1. Casos por año

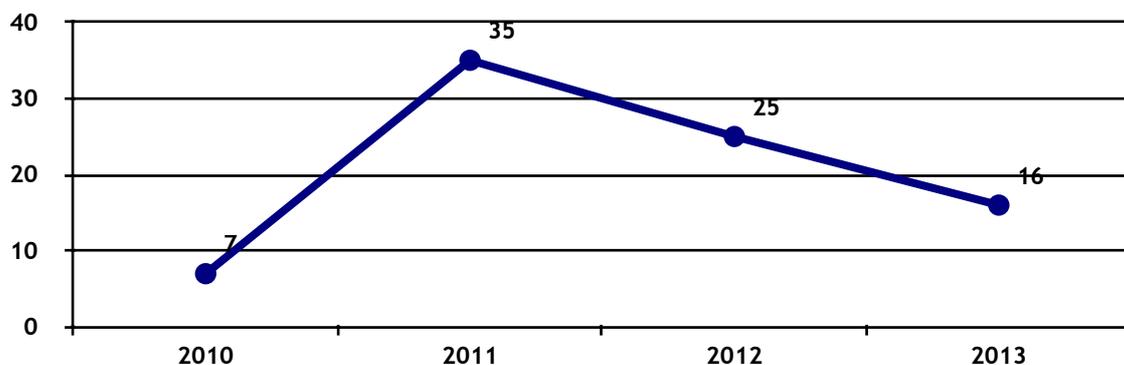


Gráfico 1. Casos por año

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En cuanto a la distribución por grupo etáreo 1 (1.2%) del grupo de 16-20 años, 2 (2.4) del grupo de 21-30 años, 18 (21.7%) del grupo de 31-40 años, 35 (42.2%) del grupo de 41-50 años, 23 (27.7%) del grupo de 51-60 años, 2 (2.4%) del grupo de 61-70 años, 2 (2.4%) mayor de 70 años. (Gráfico 2)

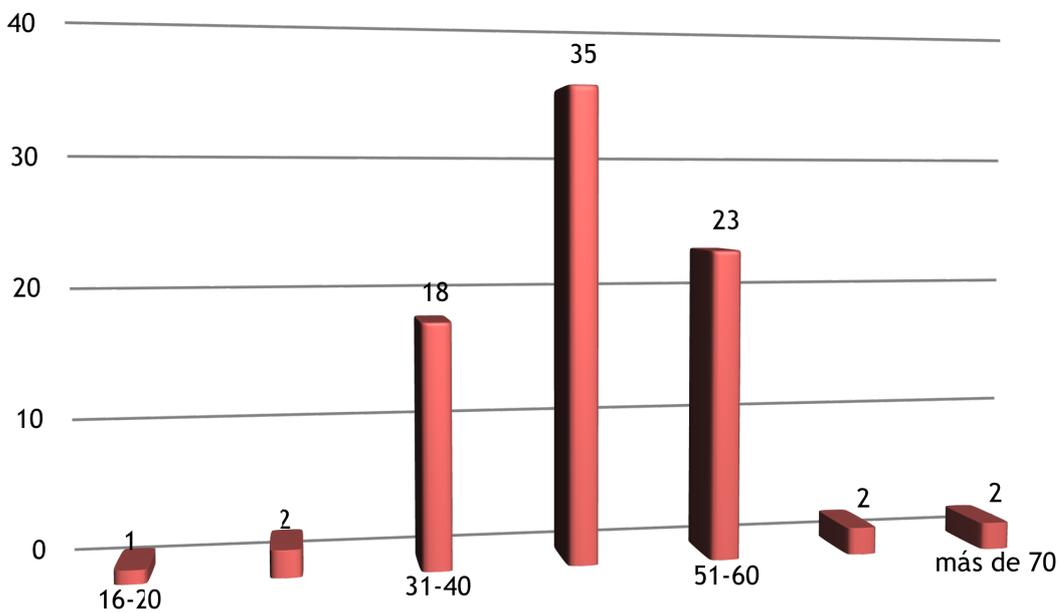


Gráfico 2. Distribución de casos por grupos etáreos

En cuanto al diagnóstico establecido de tumor 10 (12%) fue de tipo Phyllodes y 73 (88%) Ca Mama no especificado. (Gráfico 3)

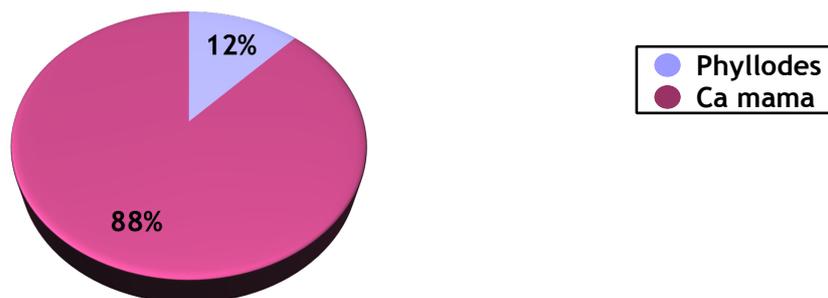


Gráfico 3. Tipo de tumor

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En cuanto a comorbilidades asociadas que presentaban los pacientes, 67 (80.7%) no presentaban ninguna, 7 (8.4) tenían DM2 y 9 (10.8) tenían HAS. (Gráfico 4)

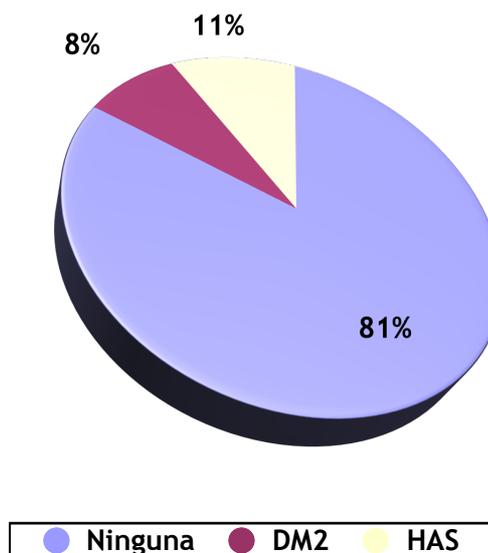


Gráfico 4. Comorbilidades asociadas

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En cuanto al tipo de técnica utilizado para la reconstrucción mamaria tenemos que 32 (38.6%) se realizó colgajo tipo TRAM, 12 (14.5%) TRAM Libre, 9 (10.8%) DIEP, 8 (9.6%) Dorsal Ancho + Expansor, 6 (7.2%) Toracoepigástrico, 3 (3.6%) Dorsal Ancho, 3 (3.6%) Implante Protésico, 2 (2.4%) Expansor + Implante, 2 (2.4%) TRAM Bilateral, 2 (2.4%) DIEP Bilateral, 2 (2.4%) Dorsal Ancho + Implante, 1 (1.2%) SIEA, 1 (1.2%) Injerto. (Gráfico 5)

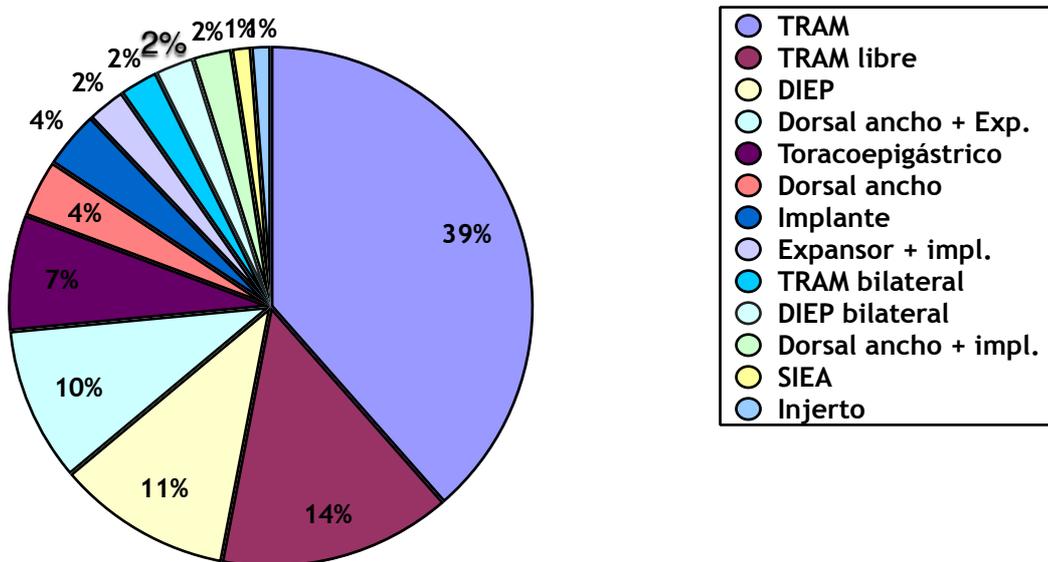


Gráfico 5. Tipos de técnicas usadas para reconstrucción mamaria

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En cuanto al tratamiento de coadyuvancia que recibieron los pacientes, 28 (33.7%) no recibieron, 33 (39.8%) recibieron Quimioterapia + Radioterapia, 12 (14.5%) Quimioterapia, 6 (7.2%) Radioterapia + Quimioterapia + Hormonal, 3 (3.6%) Hormonal, 1 (1.2%) Quimioterapia + Hormonal. (Gráfico 6)

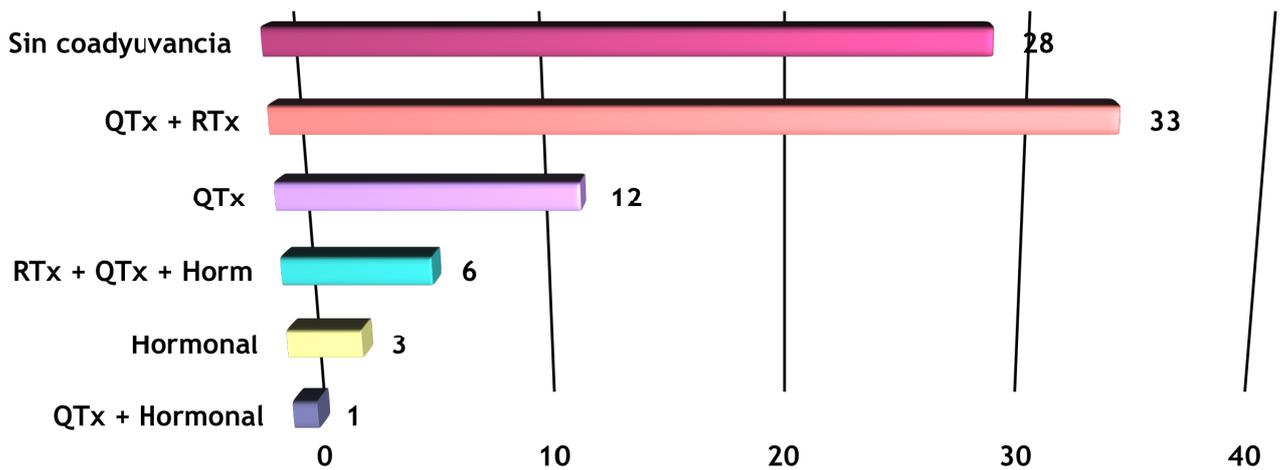


Gráfico 6. Tratamiento coadyuvante

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En cuanto a las complicaciones en el sitio receptor 64 pacientes (77.1%) no presentaron, 6 (7.2%) necrosis parcial del colgajo, 4 (4.8%) pérdida del colgajo, 2 (2.4%) infección, 2 (2.4%) desplazamiento del expansor, 1 (1.2%) dehiscencia parcial, 1 (1.2%) neuroma, 1 (1.2%) necrosis grasa, 1 (1.2%) quemadura del colgajo, 1 (1.2%) dehiscencia + necrosis parcial del colgajo. (Gráfico 7)

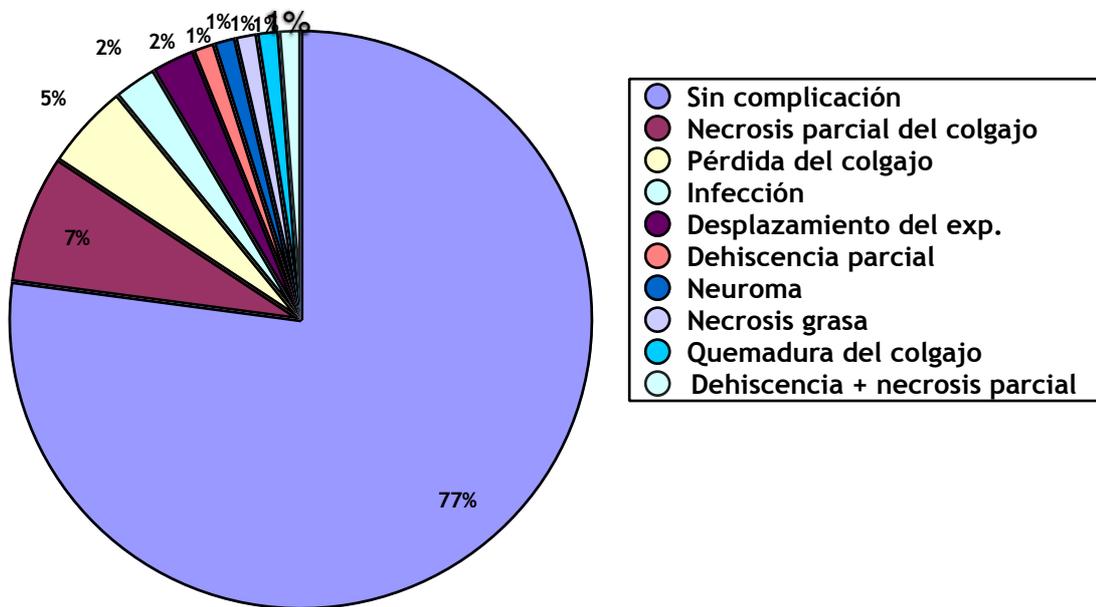


Gráfico 7. Complicaciones en el sitio receptor

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En cuanto al manejo para resolver las complicaciones en el sitio receptor, en 65 (78.3%) no se realizó ningún procedimiento, en 5 (6%) aseo, debridación y cierre directo, en 4 (4.8%) Desmantelamiento del colgajo + colgajo nuevo, en 1 (1.2%) cierre por segunda intención, en 1 (1.2%) TAI, en 1 (1.2%) desmantelamiento del colgajo, en 1 (1.2%) denervación, en 1 (1.2%) recolocación de expansor, en 1 (1.2%) aseo, debridación y cierre por segunda intención, en 1 (1.2%) desmantelamiento del colgajo + colocación de implante, en 1 (1.2%) aseo, debridación, cierre directo, desistencia y cierre por segunda intención, en 1 (1.2%) aseo, debridación + TAI. (Gráfico 8)

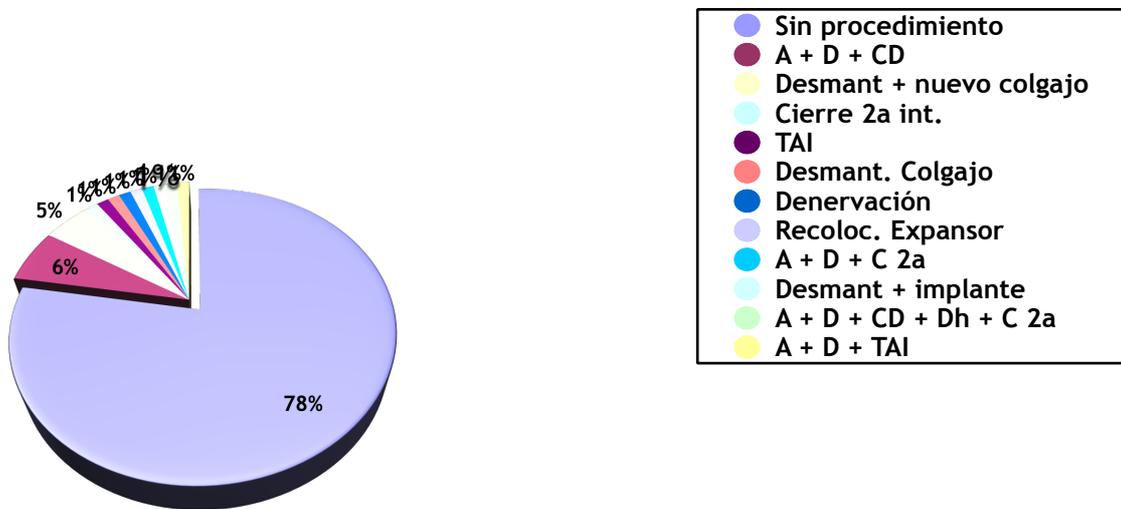


Gráfico 8. Manejo de las complicaciones en el sitio receptor

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En cuanto a las complicaciones en el sitio donador 72 pacientes (86.7%) no presentaron, 4 (4.8%) hernia de la pared abdominal, 3 (3.6%) dehiscencia y necrosis parcial, 1 (1.2%) dehiscencia, 1 (1.2%) seroma, 1 (1.2%) necrosis grasa, 1 (1.2%) desistencia + seroma. (Gráfico 9)

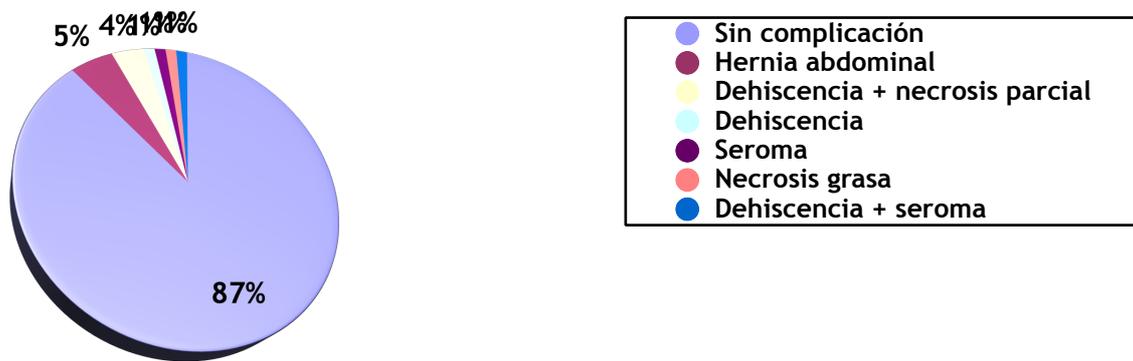


Gráfico 9. Complicaciones en el sitio donador

En cuanto al manejo para resolver las complicaciones en el sitio donador, en 72(86.7%) no se realizó ningún procedimiento, en 4 (4.8%) retiro de malla, en 2 (2.4%) aseo, debridación y cierre directo, en 1 (1.2%) dehiscencia y cierre directo, en 1 (1.2%) cierre por segunda intención, en 1 (1.2%) drenaje de hematoma, en 1 (1.2%) aseo, debridación, cierre directo, dehiscencia y cierre por segunda intención, en 1 (1.2%) aseo, debridación, hemostasia y cierre directo. (Gráfico 10)

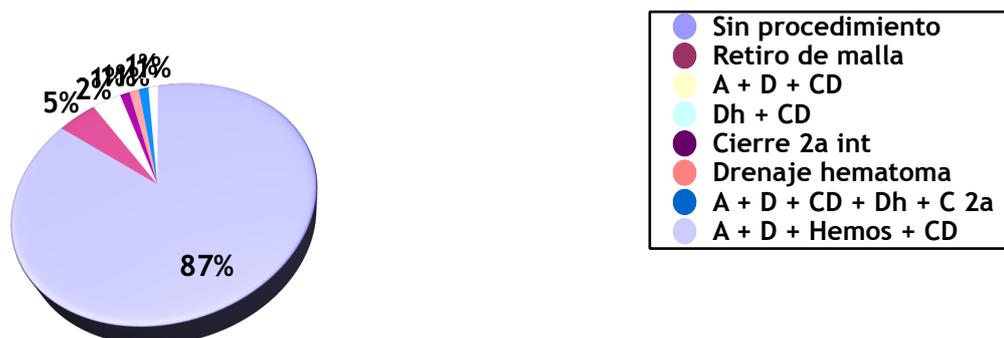


Gráfico 10. Manejo de las complicaciones en sitio donador

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

De todos los pacientes que recibieron tratamiento adyuvante, 19 pacientes (34.5%) presentaron algún tipo de complicación, de éstos, 13 (23.6%) en el sitio receptor, 4 (7.2%) en el sitio donador, 2 (3.6%) en ambos sitios. (Gráfico 11)

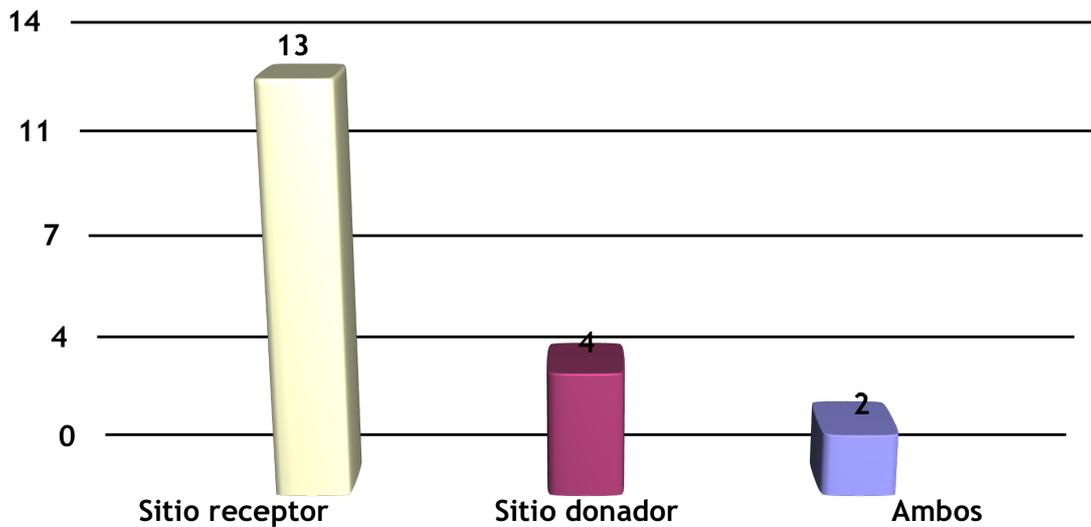


Gráfico 11. Complicaciones en pacientes que recibieron tratamiento coadyuvante

De las 13 pacientes (68.4%) que presentaron complicación en el sitio receptor, 3 (23%) se realizó colgajo TRAM, de las cuales 2 (66%) presentaron necrosis parcial, requiriendo aseo, debridación, cierre directo o por segunda intención o TAI; y 1 (33%) presentó quemadura del colgajo que no tuvo relación a la técnica quirúrgica, requiriendo desmantelamiento del colgajo + colgajo nuevo. (Gráfico 12)

A 4 pacientes (30.7%) que se complicaron en el sitio receptor se les realizó colgajo DIEP, presentando 1 (25%) pérdida del colgajo resolviéndose con desmantelamiento y colgajo nuevo, los otros 3 (75%) presentaron dehiscencia y necrosis parcial; necrosis parcial y necrosis grasa respectivamente. (Gráfico 12)

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

A 1 paciente (0.76%) que se complicó en el sitio receptor se le realizó colgajo SIEA presentando pérdida del colgajo requiriendo desmantelamiento del colgajo + colgajo nuevo. (Gráfico 12)

El resto de los 5 pacientes (38.4%) que tuvieron complicaciones en el sitio receptor se reconstruyeron con colgajo Dorsal ancho + expansor 3(60%), con TRAM Libre 1(20%) y con colgajo Toracoepigástrico 1 (20%). (Gráfico 12)

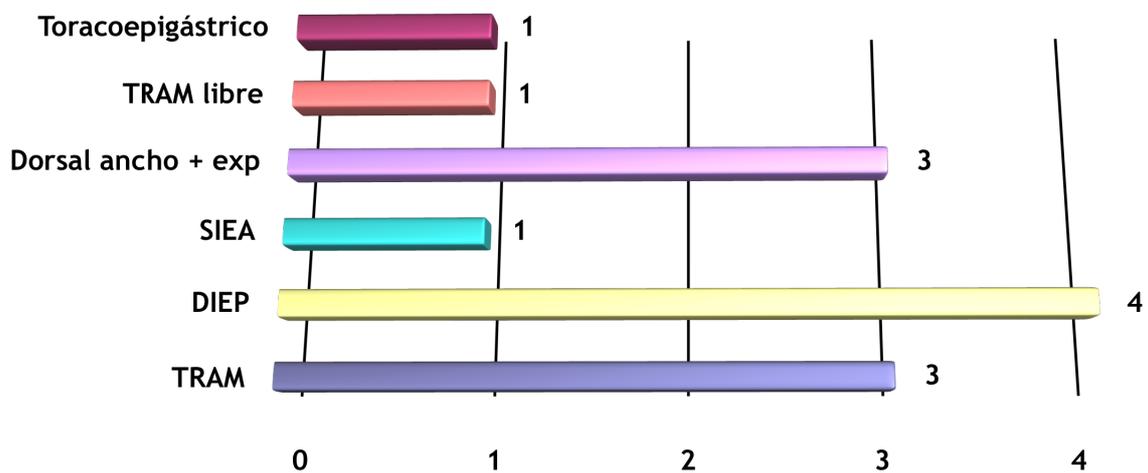


Gráfico 12. Tipo de técnica utilizada para resolver complicaciones en sitio receptor

De los 4 pacientes (21%) que presentaron complicación en el sitio donador, 2 (50%) se les realizó colgajo TRAM, presentando dehiscencia de la herida y necrosis grasa respectivamente, resolviéndose con aseo + debridación y cierre directo o por segunda intención. (Gráfico 13)

Un paciente (4.7%) que presento complicación en el sitio donador, se le realizó colgajo TRAM Libre presentando dehiscencia de la herida y necrosis parcial resolviéndose con aseo, debridación + cierre directo. (Gráfico 13)

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Un paciente (4.7%) que presento complicación en el sitio donador, se le realizó colgajo DIEP presentando dehiscencia de la herida y necrosis parcial resolviéndose con aseo, debridación + cierre directo o cierre por segunda intención. (Gráfico 13)

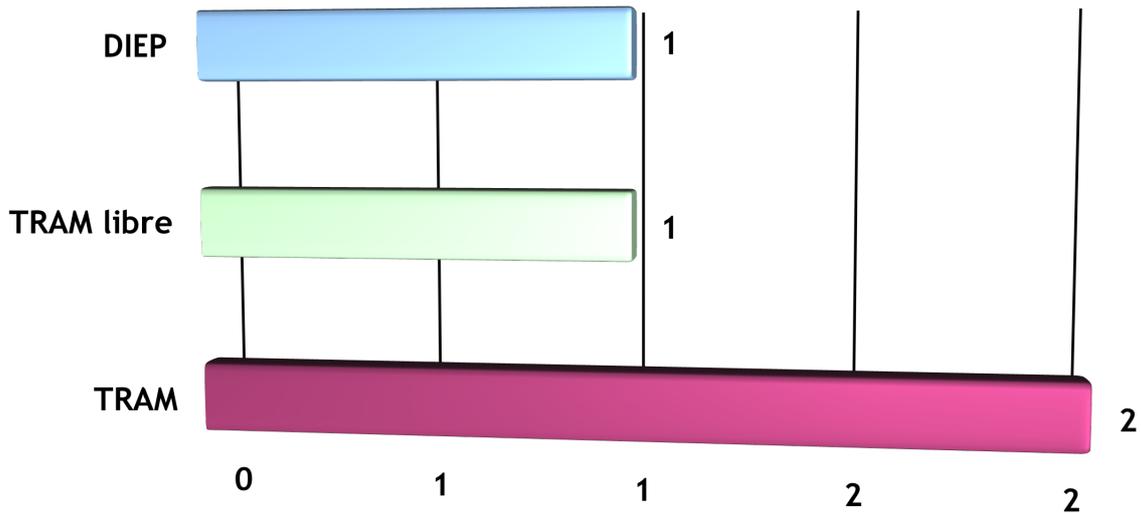


Gráfico 13. Tipo de técnica utilizada para resolver complicaciones en sitio donador

De los 2 pacientes (10.5%) que presentaron complicación tanto en el sitio receptor como en el donador 1 (50%) se reconstruyó con colgajo TRAM y el otro (50%) con colgajo DIEP Bilateral presentando como complicación mayor este último la pérdida total de los colgajos. (Gráfico 14)

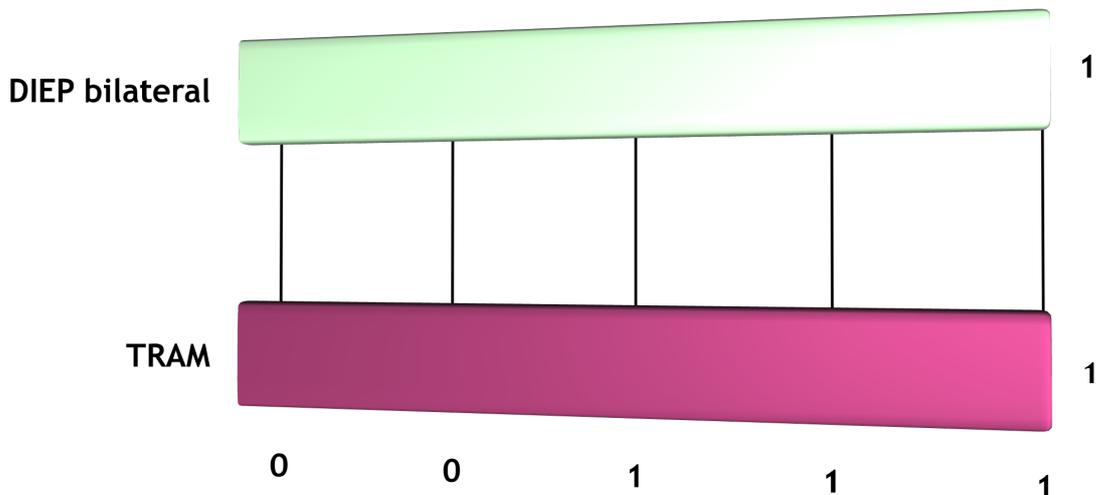


Gráfico 14. Tipo de técnica utilizada para resolver complicaciones en sitio donador y receptor



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva



DISCUSIÓN

En un artículo se realizó un metaanálisis que muestra una reducción estadísticamente significativa en general de las complicaciones relacionadas al colgajo y a la morbilidad del sitio donador cuando se usa la angiografía tomográfica computada en la planeación preoperatoria (comparada con el ultrasonido doppler). Una explicación potencial para esta reducción de la morbilidad postoperatoria es que las perforantes se pueden seleccionar preoperatoriamente, lo que evita disecciones intramusculares mayores con potencial daño muscular. Los resultados además mostraron una disminución significativa en la duración de la cirugía. (4)

La búsqueda por mejores tejidos autólogos para la reconstrucción mamaria con reducción de la morbilidad del sitio donador y el mejoramiento de los resultados quirúrgicos ha conducido a un cambio en el manejo de los colgajos pediculados hacia los micro vasculares.

En este contexto la supervivencia o falla de los colgajos invariablemente es mencionada como un marcador del éxito de la reconstrucción.

La literatura describe un amplio espectro de complicaciones que varían desde ninguno a necrosis grasa a pérdida parcial del colgajo hasta pérdida total de éste.

No hay una definición aceptada universalmente de necrosis parcial y necrosis grasa en colgajos DIEP; diferentes autores han definido su criterio de inclusión independientemente. Esto ha llevado a una alta tasa de variación que no puede ser comparada adecuadamente entre los distintos centros o incluso en serie de casos.⁸

La tasa total de falla de colgajos DIEP varía de 0% a 10% (5,6,7).

En otro estudio La experiencia con el colgajo TRAM Libre en reconstrucción mamaria inmediata en la Universidad de Texas M.D. Anderson Cancer Center ha mostrado una incidencia baja en necrosis parcial del colgajo y un menor retraso en recibir quimioterapia adyuvante que con la reconstrucción convencional con colgajo TRAM. (8)

Comparando las complicaciones se muestra una tasa de complicaciones en un 33% para el colgajo TRAM Libre y un 50% de tasa de complicaciones para pacientes con colgajo TRAM pediculado.

La necrosis parcial del colgajo y de la grasa ocurrieron en 7 reconstrucciones con colgajo TRAM pediculado, con un adicional de 4 colgajos presentando necrosis grasa parcial solo del colgajo.

Perdida del colgajo con necrosis grasa fue evidente a los 2 – 3 días del postquirúrgico requiriendo debridación.

Necrosis grasa sin necrosis cutánea apareció después de 1 mes como una masa firme a la exploración física.

Ninguno de los colgajos tipo TRAM Libre tuvo necrosis parcial del colgajo o grasa.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Hubo 3 pérdidas de colgajo en las reconstrucciones con colgajo TRAM Libre. Dos colgajos se perdieron en un paciente que tuvo vasoespasmo irreversible de los pedículos de ambos colgajos en la sala de operaciones después de la transferencia. Los colgajos se desecharon y se colocaron implantes. El tercer colgajo se perdió al 5to día postquirúrgico por un episodio de trombosis venosa aguda y se colocó en su lugar un expansor tisular.

Otras complicaciones incluyeron necrosis parcial del colgajo abdominal, necrosis del colgajo cutáneo de la mastectomía y necrosis umbilical. Tres pacientes en cada grupo tuvieron seromas, y un paciente a quien se le realizó colgajo TRAM Libre tuvo un hematoma en el bolsillo de la mama.

Un paciente con reconstrucción con colgajo TRAM Libre sufrió neuropraxia bilateral que se resolvió con el tiempo.

25% de los pacientes con colgajo TRAM pediculado (7 de 28) tuvieron pérdida parcial del colgajo y necrosis grasa. Ninguno de los colgajos tipo TRAM Libre presentó necrosis parcial grasa o cutánea. (9).

En general, 34.8% de los pacientes experimentaron por lo menos una complicación. Infección (14.6%) y complicaciones del implante o injerto (13.9%) fueron las más comúnmente reportadas. Los pacientes con colgajo dorsal ancho fueron los que más presentaron complicaciones relacionadas al injerto (19.2%) y hematoma/seroma (6.3%) en comparación con los pacientes que recibieron colgajo tipo TRAM o libres, pero la diferencia en complicaciones relacionadas a hematoma fue estadísticamente significativa solo en relación con los pacientes que tuvieron colgajos libres (6.3% vs 1.8%; p menor 0.05). colgajos libres y colgajos tipo TRAM tuvieron tasas altas de necrosis cutánea que los pacientes con colgajo tipo dorsal ancho (7.7% y 6.4% vs 1.7%, respectivamente; p menor de 0.05).

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Los colgajos tipo TRAM fueron mas propensos a presentar complicaciones de la herida en comparación con el grupo de colgajos libre o el grupo de dorsal ancho (5.6, 2.6 y 1 %, respectivamente). ⁽¹⁰⁾

En otro estudio la tasa de complicaciones fue de 27.9% y consistió primeramente de complicaciones menores.

Complicaciones tempranas ocurrieron en 165 (17.3%) pacientes y complicaciones tardías ocurrieron en 146 pacientes (15.3%).

Complicaciones menores ocurrieron en un 21.7% de los pacientes y consistió en necrosis grasa (11.2%), infección y complicaciones en el cierre de la herida (9.2%), laxitud abdominal o hernia (3%), falla cardiaca congestiva (1.5%), trombosis venosa profunda (0.1%) y lesión transitoria del plexo braquial (1.1%).

En la mayoría de los casos (5.8%), la necrosis grasa fue pequeña (menos de 3 cm cuadrados) y estéticamente insignificante. En 65 pacientes (5.4%), la necrosis grasa fue mas significativa (mayor de 3 pero menor de 7.5 cm).

Setenta y tres pacientes (7.7%) experimentaron complicaciones mayores, incluyendo 6 pérdidas total de colgajo (0.5%), 26 perdidas parcial de colgajos (2.3%), siete trombosis arteriales (0.6%), 17 trombosis venosas (1.5%), 18 hematomas (2%), ocho casos de moderado a severo falla cardiaca (0.9%), un caso de sepsis severa (0.3%) y un caso de síndrome compartimental abdominal.

En los pacientes que experimentaron perdida total del colgajo, dos siguieron la reconstrucción con un colgajo dorsal ancho, un paciente tuvo un colgajo libre glúteo y tres pacientes se perdió el seguimiento o declinaron continuar con la reconstrucción.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En pacientes diagnosticados con pérdida parcial del colgajo, 22 demostraron una pérdida de aproximadamente 20 a 40% del volumen del colgajo. Estos pacientes fueron tratados conservadoramente con revisiones de mama secundarias o terciarias en 14 pacientes, mientras que una paciente requirió la transferencia de un colgajo dorsal ancho, 4 se les realizó aumento con implante mamarios salinos en el colgajo TRAM remanente y tres requirieron implante de silicon.

Cuatro pacientes experimentaron pérdida parcial del colgajo después de la radioterapia (un rango del 30 al 80% del volumen del colgajo).

El colgajo TRAM tuvo una tasa de pérdida parcial del colgajo de 2.7%.

La obesidad fue un predictor mayor de complicaciones en la serie y fue correlacionado en general con complicaciones mayores, menores, tempranas y tardías. Los pacientes obesos tienden a tener un riesgo incrementado de trombosis arterial. La asociación entre obesidad y pérdida parcial del colgajo fue más fuerte (p mayor 0.03; odds ratio=2.6%). Los pacientes obesos tienen 3 veces más riesgo de complicaciones en el sitio donador y de hernia / laxitud en pacientes quienes se llevo a cabo reconstrucción con colgajo tipo TRAM Libre.

El fumar no se asoció con un incremento en la tasa de complicaciones microquirúrgicas.

La quimioterapia neoadyuvante no presentó asociación con la pérdida del colgajo, pérdida parcial del colgajo o complicaciones microvasculares.

La tasa en general de complicaciones publicada en esta serie son similares a las series largas de reconstrucción mamaria de colgajos tipo TRAM pediculado y libre publicados en la literatura (rango de 24 a 39%) (11).

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

En otro estudio aproximadamente 11% de los pacientes desarrollo un grado de necrosis grasa postoperatoria.

En este estudio aproximadamente el 2.2% de los pacientes experimentaron perdida parcial del colgajo después de la reconstrucción mamaria microquirúrgica.

Encontraron que la obesidad (índice de masa corporal mayor de 30 kg/m²) era un predictor mayor independiente de complicaciones postquirúrgicas, incrementando el índice de eventos adversos hasta tres veces. Los pacientes obesos tienen tasas aumentadas de perdida parcial del colgajo, complicaciones del sitio donador y hernia/laxitud; además de una tendencia incrementada de necrosis grasa también se demostró.

Estos hallazgos fueron corroborados por Chang et al, quien evaluó el resultado de 936 reconstrucciones mamarias con colgajos tipo TRAM Libre con peso normal (61.6%), sobrepeso (29.5%) y pacientes obesos (8.9%). (12)

Los autores demostraron un incremento del riesgo estadísticamente significativo en general de las complicaciones del colgajo, perdida total del colgajo, perdida parcial del colgajo, necrosis cutáneo del colgajo de la mastectomía, y complicaciones del sitio donador (infección, abultamiento y hernia) en pacientes con sobrepeso y obesos comparados con pacientes con peso normal.

La quimioterapia neoadyuvante fue un predictor significativo en general de complicaciones (tempranas y tardías).

Deutsch et al. Evaluaron resultados después de colgajos tipo TRAM (22 colgajos TRAM libres y 9 TRAM pediculados) para reconstrucción mamaria en 31 pacientes y reportaron una tasa de complicación de 55%. (13)

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Comparando las reconstrucciones mamarias de los colgajos TRAM pediculados y libres, los pacientes con expansor / implante fueron más comúnmente diagnosticados con infección de la herida.

Más allá, la necrosis parcial de colgajo y la dehiscencia de herida fueron reportados más frecuentemente en los procedimientos pediculados de TRAM que en los libres.

De los 326 pacientes, 178 no tuvieron complicaciones (54.6%), 95 tuvieron una complicación (29.1%), y 53 tuvieron de 2 a 4 complicaciones (16.3%).

En términos de complicaciones mayores, 223 pacientes estuvieron libres de éstas (68.4%), 77 tuvieron una complicación mayor (23.6%), y 26 tuvieron de 2 a 3 complicaciones mayores (8.0%).

Ninguna asociación se encontró entre las tasas de complicación y las variables por tabaquismo.

Se encontraron tasas más altas de complicaciones en las reconstrucciones inmediatas que en las tardías para ambos grupos, tanto el grupo de colgajo TRAM como el de expansor / implante.

En la cohorte del colgajo TRAM, la diferencia fue más alta significativamente, con una tasa total de complicaciones del 52% para las reconstrucciones inmediatas contra las tardías ($p = 0.002$). A pesar que la diferencia no fue estadísticamente significativa, las reconstrucciones inmediatas tuvieron una tasa de complicación más alta (52%) en relación a las reconstrucciones tardías en el grupo de expansor / implante (36%).

Entre el grupo de colgajo TRAM, los de TRAM Libre tienden a tener una tasa más alta de complicaciones que los TRAM pediculados tanto en las reconstrucciones inmediatas (60 vs 49%, respectivamente) como en las tardías (37 vs 31%, respectivamente), pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

El incremento en el índice de masa corporal fue asociado significativamente con tasas más altas de complicaciones, con una razón de probabilidad de 1.8 ($p = 0.005$).

A pesar que estadísticamente no fue significativa, la radioterapia antes y después de la cirugía tuvo una asociación positiva de tener al menos una complicación (razón de probabilidad = 1.66 y 2.00, respectivamente).⁽¹⁴⁾

Muchos estudios han tratado de comparar resultados del TRAM pediculado, TRAM libre y el colgajo DIEP. Algunos de estos estudios plantearon inquietudes acerca de una cuestionable perfusión del colgajo DIEP, tasas de fracaso, tasas de necrosis grasa y verdaderas tasas de daño a los músculos de la pared abdominal anterior. Muchos de estos estudios compararon pocos colgajos DIEP con muchos colgajos TRAM.

Pocos de estos artículos compararon resultados de ambos, donador y receptor, y sus complicaciones entre las técnicas con grupos similares de tamaño de estudio. Ningún estudio ha comparado números iguales de colgajos DIEP con el comúnmente usado colgajo TRAM. Finalmente, la mayoría de estos estudios ofrecen ambas técnicas a pacientes en el mismo período de tiempo, con cirujanos que deciden intra operatoriamente que colgajo usar, levantando el cuestionamiento en la selección de la técnica y el prejuicio que llega afectar los resultados del estudio.⁽¹⁵⁾

En otro estudio, pacientes con condiciones de morbilidad preoperatoria similares fueron reconstruidos con cada una de las técnicas en el mismo período de tiempo en la cual cada colgajo respectivamente fue usado.

Las cohortes de las pacientes fueron iguales con respecto a las condiciones de comorbilidad, edad, etapa del cáncer, tamaño de la mama, índice de masa corporal y exposición a la radiación preoperatoria. A pesar de todas las similitudes en el grupo de pacientes, los pacientes que recibieron colgajo tipo DIEP experimentaron resultados que fueron tan buenos o mejores que aquellos pacientes que se les realizó colgajo TRAM en cada uno de los resultados quirúrgicos medibles.

Lo que es único en este estudio es que una vez que el colgajo DIEP se realizó en esta Institución, se utilizó exclusivamente. Antes de esto, solamente colgajos tipo TRAM pediculados se realizaban, con excepción de 13 colgajos tipo TRAM Libre realizados en un período de 6 años. Esta clara división de los colgajos usados permite una comparación única de resultados sin el sesgo en el procedimiento de selección de los otros estudios que comparaban el colgajo DIEP y el TRAM. (16)

Muchos estudios han mostrado que pacientes que se han reconstruido con colgajo DIEP experimentan menos debilidad abdominal, abultamiento y hernias comparado con el grupo de pacientes reconstruidos con colgajo TRAM.

El abultamiento de la pared abdominal resulta siempre de la denervación del músculo, mientras que la hernia de la pared abdominal resulta de un daño mecánico a la fascia y músculo de la pared abdominal anterior.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

La tasa inferior de hernias de la pared abdominal en los resultados de la reconstrucción con colgajo DIEP resulta en un limitado daño a la fascia y el músculo de la pared abdominal. Desafortunadamente, al cosechar el colgajo DIEP, algunas veces requiere de tracción de uno o dos nervios intercostales, causando una neuropraxia a los nervios intercostales, paralizando temporalmente el segmento de músculo recto. Esta neuropraxia puede explicar las tasas tempranas similares de abultamiento abdominal en los pacientes reconstruidos con colgajo TRAM y DIEP. Es de resaltar que Futter et al. Han reportaron también esta tasa similar de abultamiento abdominal en su comparación retrospectiva de complicaciones de la pared abdominal después de la reconstrucción mamaria con colgajos DIEP y TRAM Libres. (17)

Cuarenta y un artículos describieron cohortes distintas de pacientes y fueron incluidos para dar el total de tasa de necrosis grasa. Representaron un total de 10,764 colgajos en 8970 pacientes; 1212 colgajos tuvieron necrosis grasa para una tasa total del 11.3%. (18,19,20)

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva



CONCLUSIONES

Hay una ganancia significativa en la calidad de vida y el bienestar psicosocial entre las mujeres que tienen reconstrucción mamaria después de la mastectomía. Es por eso que en la evaluación del beneficio de la reconstrucción mamaria, es esencial recolectar los datos más relevantes en cuanto a los riesgos de estos procedimientos.

Una investigación que evalúe los resultados adversos ayudará a los pacientes y sus cirujanos a tomar una decisión informada y apropiada en cuanto a su tratamiento quirúrgico.

En el consumismo de ahora, en lo relacionado al mercado de la salud, los pacientes deben estar perfectamente informados acerca de los tipos y frecuencias de las posibles complicaciones que puede haber en cualquiera de los procedimientos reconstructivos.

La falla para obtener los consentimientos informados puede ponernos en riesgo médico legal y es ampliamente visto como inaceptable.

La opinión de la comunidad quirúrgica acerca de la reconstrucción mamaria inmediata ha evolucionado con el tiempo.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES POST OPERADAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA QUIRÚRGICA UTILIZADA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Inicialmente, los procedimientos de reconstrucción diferida eran favorecidos, permitiendo a la mujer adaptarse psicológicamente a la mastectomía y por lo tanto después tener una apreciación mayor por la reconstrucción.

Más recientemente, las preferencias de pacientes y cirujanos han cambiado, volviéndose más popular la reconstrucción mamaria inmediata.

Sin embargo esta evolución de la práctica quirúrgica ha sido deficiente en la búsqueda de la evaluación de los resultados en los pacientes.

El análisis de este trabajo sugiere que el momento de la reconstrucción tiene una influencia dramática en la tasa de complicaciones.

A pesar de que nuestra revisión sistemática tiene varias fortalezas, las cuales incluyeron un número grande de pacientes y colgajos, y un análisis de múltiples factores de riesgo, se puede decir que tuvo varias limitaciones.

La mayoría de los estudios de revisión son retrospectivos y observacionales, con factores de confusión y sesgos fuera de nuestro control.

Idealmente, un metaanálisis sería realizado con estudios controlados aleatorios, pero éstos no fueron encontrados en la revisión y serían difíciles de realizar, debido a la heterogeneidad en la definición de cada una de las complicaciones.



Unidad 104 Cirugía plástica y reconstructiva



BIBLIOGRAFIA:

1. Escudero FJ. Evolución Histórica de la Reconstrucción Mamaria. An. Sist. Sanit. Navar. 2005. 28 (Supl 2):7-18.
2. Uroskie T, Colen L. History of Breast Reconstruction. Semin Plast Surg. 2004. 18(2):65-69.
3. Nahabedian M, Momen B. Breast Reconstruction with the free TRAM or DIEP Flap: Patient selection, choice of flap, and outcome, Plast. Reconstr. Surg. 110: 466, 2002.
4. Ohkuma R, Mohan R, Rosson G. D. Abdominally Based Free Flap Planning in Breast Reconstruction with Computed Tomographic Angiography: Systematic Review and Meta-Analysis, Plast. Reconstr. Surg. 133: 483, 2014.
5. 24. DellaCroce FJ, Sullivan SK, Trahan C. Stacked deep inferior epigastric perforator flap breast reconstruction: A review of 110 flaps in 55 cases over 3 years. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127:1093–1099.
6. Henry SL, Chang CC, Misra A, Huang JJ, Cheng MH. Inclusion of tissue beyond a midline scar in the deep inferior epigastric perforator flap. *Ann Plast Surg.* 2011;67:251–254.

7. Visser NJ, Damen TH, Timman R, Hofer SO, Mureau MA. Surgical results, aesthetic outcome, and patient satisfaction after microsurgical autologous breast reconstruction following failed implant reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126:26–36.
8. Schusterman, M. A., Kroll, S. S., and Weldon, M. E. Immediate breast reconstruction: Why the free TRAM over the conventional TRAM Flap? *Plast. Reconstr. Surg.* 90: 255, 1992.
9. Baldwin, J. B., Schusterman, A. M., and Miller, J. M. Bilateral Breast Reconstruction: Conventional versus Free TRAM. *Plast. Reconstr. Surg.* 93: 1410, 1994.
10. Israeli, R., Funk. S., Reaven, L. N., Comparative Analysis of 18 Month Outcomes and Costs of Breast Reconsruction Flap Procedures. *Plast. Reconstr. Surg.* 133: 471, 2014.
11. Mehara, J. B., Santoro, D. T., Da Lio, L. A., Complications after Microvascular Breast Reconstruction: Experience with 1195 Flaps. *Plast. Reconstr. Surg.* 118: 1100, 2006.
12. Chang, D. W., Wang, B., Robb, G. L., et al. Effect of obesity on flap and donor-site complications in free transverse rectus abdominis myocutaneous flap breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 105: 1640, 2000.
13. Deutsch, M. F., Smith, M., Wang, B., Ainsle, N., and Schusterman, M. A. Immediate breast reconstruction with the TRAM flap after neoadjuvant therapy. *Ann. Plast. Surg.* 42: 240, 1999.
14. Alderman, K. A., Lowery, C. J., Wilkins, G. E. Complications in Postmastectomy Breast Reconstruction: Two Year Results of the

Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast. Reconstr. Surg.* 109: 2265, 2002.

15. Garvey, B. P., Buchel, W. E. Samson, D. T., DIEP and Pedicle TRAM Flaps: A comparison of Outcomes. *Plast. Reconstr. Surg.* 117: 1711, 2006.

16. Rogers, E. N., Allen, J. R. Radiation Effects on Breast Reconstruction with the DIEP Flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 115: 1925, 2001.

17. Futter, C. M., Webster, M. H., Hagen, S., et al. A retrospective comparison of abdominal muscle strength following breast reconstruction with a free TRAM or DIEP flap. *Br. J. Plast. Surg.* 53: 578, 2000.

18. Baumann DP, Lin HY, Chevray PM. Perforator number predicts fat necrosis in a prospective analysis of breast reconstruction with free TRAM, DIEP, and SIEA flaps. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125:1335–1341

19. Lin SJ, Nguyen MD, Lee BT, et al. Tissue oximetry monitoring in microsurgical breast reconstruction decreases flap loss and improves rate of flap salvage. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127:1080–1085.

20. Peeters WJ, Nanhekhan L, Van Ongeval C, Fabre´ G, Vandervoort M. Fat necrosis in deep inferior epigastric perforator flaps: An ultrasound-based review of 202 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124:1754–1758.