

11211
24
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO

"LA RAZA"

I. M. S. S.

**DERMOPIGMENTACION DEL
COMPLEJO AREOLA-PEZON.**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
P R E S E N T A E L:

DR. JUAN CARLOS MANTILLA REYES



FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
II. OBJETIVOS.	7
III. MATERIAL Y METODOS	8
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSION.	17
VI. CONCLUSIONES	18
VII. BIBLIOGRAFIA	19

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

La formación del complejo areola-pezones es parte integral de la reconstrucción mamaria, ya que su posición, forma y simetría, ayudan en la definición de la misma.

En el pasado, cuando las técnicas disponibles no ofrecían resultados adecuados, la creación de un nuevo complejo sólo acentuaba estos defectos; actualmente, con procedimientos nuevos y perfeccionados es posible devolver a la paciente la satisfacción y el simbolismo que representan la mama y su complejo areola-pezones.

La areola es formada a partir del ectodermo y es reconocible al 5º mes de gestación; consta de glándulas sebáceas con lóbulos rudimentarios [Corpúsculos de Montgomery], los cuales en algunas técnicas se tratan de reconstruir. Presenta una leve proyección sobre el tejido mamario subyacente, y su coloración es muy definida, variando desde el rosa pálido, hasta el café muy oscuro. Su más atractivo diámetro es de 35 a 45 mms.

El pezón se forma a partir del mesodermo mamario, estando completo al 7º mes, conteniendo fibras musculares lisas circulares y longitudinales que hacen que éste proyecte. Tiene un diámetro ideal de 8 a 12 mms., proyección de 4 a 7 mms., y color un poco más oscuro

que el de la areola (FIG. # 1)

Un detalle significativo para este estudio, y motivo de controversias, es la localización del complejo areola-pezón. Los métodos más utilizados son los siguientes:

- 1.- El pezón se encuentra entre el IV y V espacios intercostales, apuntando lateralmente con ligera inclinación hacia arriba, y 1 a 2 cms. hacia afuera de la línea media clavicular.
- 2.- Entre 19 y 22 cms desde la horquilla esternal hasta la línea mamaria media. Algunos autores toman en cuenta la talla y peso de la paciente, aunque otros no lo hacen.
- 3.- La distancia desde el punto medio clavicular hasta el pezón debe tener 19 a 22 cms.
- 4.- La distancia entre el pezón y la línea media esternal debe ser de 9 a 11 cms.
- 5.- El pezón debe estar situado entre 7 y 8 cms. por encima del surco inframamario.
- 6.- Visto lateralmente y marcándose sobre la línea media esternal, el pezón debe localizarse 2 cms. por arriba de la proyección del surco inframamario hacia la línea mencionada.
- 7.- Se localiza 3,5 a 4 cms. debajo del punto medio humeral [Punto medio entre el acromion y el epicóndilo lateral]
- 8.- Se puede determinar por pellizcamiento y proyección anterior del

dedo índice colocado en el surco inframamario.

Sin embargo, lo mas importante, independientemente de medidas fijas y predeterminadas, es la localización que se realiza subjetivamente por el cirujano y la paciente. Estas medidas subjetivas generalmente coinciden con las matemáticas. (FIG. # 2)

La reconstrucción del complejo areola-pezones se realiza posteriormente a la estabilización de la reconstrucción mamaria, generalmente a los 3 meses, existiendo abundantes métodos, buscándose en todos, proyección y simetría. Los mas utilizados son:

- 1.- El almacenar el complejo en tejido subcutáneo de ingle o abdomen, para posterior uso. Es método rechazado por los oncólogos.
- 2.- Injertos simples o compuestos, prefiriéndose en primera instancia del complejo opuesto; también se realiza con cicatrices previas, piel de codo, pliegues glúteos e inguinales, de tejidos a desechar en posterior mamoplastia, tejidos retroauriculares, auriculares, etc. También se han utilizado mucosas de labios menores y bucal.

Sin embargo, la toma no uniforme del injerto, así como su hiper o hipopigmentación, adicionada de asimetrías y retracciones, hacen que la dermopigmentación secundaria sea un procedimiento muy utilizado en estos tipos de reconstrucción.

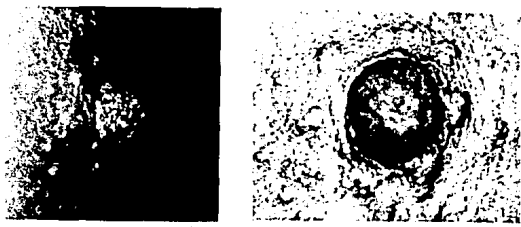


FIGURA # 1: Morfología normal del complejo areola-pezón

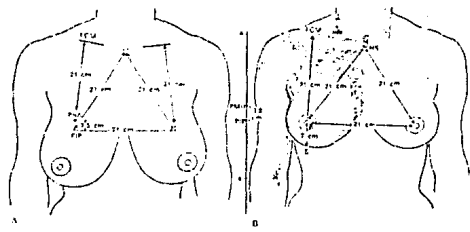


Fig 10-1

Mediciones de la mama normal
 A = Punto areolar
 PMA = Punto medio areolar
 P = Pezón
 PMAE = Punto areolar medio
 Medidas
 De PMA a P = 20 a 21 cm
 De P a P = 20 a 21 cm

MMA = Mucro supramamilar
 MAE = Mucro areolar externo
 D = Circunferencia externa
 PMA = Punto areolar medio
 PMAI = Punto superior de la areola
 De MMA a P = 20 a 21 cm
 De P a D = 5 a 7 cm

FIGURA # 2: Determinación del nuevo sitio del complejo areola-pezón.

- 3.- Colgajos locales, dérmicos o dermograsos, con diversas formas: En triángulo, cuadrápodo, S, T, V en V, estrella, hongo, opuestos, doble bomba, etc., con o sin colocación de injertos. Generalmente requieren mas de un tiempo quirúrgico y toma de otras zonas donantes, con color final inapropiado; esto hace que la dermopigmentación secundaria sea también un recurso útil para este tipo de reconstrucción.
- 4.- La dermopigmentación que consiste en un rápido punteado de la dermis superficial con un instrumento, manual o eléctrico, que introduce los pigmentos. Estos métodos conservados celosamente por los tatuadores profesionales, paulatinamente han sido introducidos en la Especialidad de la Cirugía Plástica, haciendo el procedimiento mas científico y seguro.

Va en 1958, Frank Bernard describe un procedimiento para el tratamiento de los hemangiomas capilares, que consiste en dermoabrasión y tatuaje manual inmediato; posteriormente, en 1973, Thomas Rees, redescubre el procedimiento haciendo inicialmente la pigmentación en un área a desechar en posterior mamoplastia, y haciendo su transferencia en un segundo tiempo.

Es a partir de 1986, que se incrementa el uso y el estudio de la dermopigmentación, la cual es utilizada como delineador permanente de los párpados. Aparecen estudios histopatológicos y de radioinmunoen-

sayo que demuestran que el dióxido ferroso utilizado en los pigmentos, es seguro, sin reacción a cuerpo extraño o formación de granulomas, con mínimos efectos secundarios y sin tendencia a la migración.

La pigmentación para la reconstrucción del complejo, está indicada como procedimiento único cuando el pezón tiene mínima proyección; y como procedimiento coadyudante, con los restantes métodos reconstructivos, para obtener simetría en el color.

En los artículos descritos se hacen las siguientes recomendaciones:

- * Homologar el color por múltiples mezclas, y anotar las cantidades empleadas, para su posterior uso.
- * Siempre tratar de obtener un color mas oscuro que el deseado, para prevenir el posterior aclaramiento del pigmento.
- * Dejar finas irregularidades, para obtener una apariencia natural.
- * Usar color rojo para la areola, para dar imagen de vascularidad.

Masser, en 1989, describe el uso de dextranómeros para mantener los pigmentos en solución estable y evitar la opacidad del color con el tiempo.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la confiabilidad, seguridad, duración y complicaciones de esta técnica en comparación con los otros métodos de reconstrucción de complejo areola-pezones.
- 2.- En el caso particular de pacientes reconstruidas con expansor definitivo, determinar la posibilidad de ruptura o exposición del mismo, en comparación con los otros métodos que tienen riesgo alto.
- 3.- Valorar los resultados obtenidos, como procedimiento único en pacientes con mínima proyección del pezón.
- 4.- Evaluar los resultados, como procedimiento único, en pérdidas parciales de coloración.
- 5.- Determinar su utilidad como procedimiento complementario en otros tipos de reconstrucción del complejo areola-pezones.

MATERIAL Y METODOS

Se tomaron en cuenta para este estudio tres pacientes: dos de ellas con secuelas de mastectomía, a las cuales se les había realizado la reconstrucción de la mama ausente y corregido la ptosis y asimetrías opuestas; estas pacientes deseaban la reconstrucción con el procedimiento más sencillo posible. La tercera paciente requería reconstrucción parcial secundaria al sufrimiento del complejo en el postoperatorio inmediato de una resección tumoral benigna. A las tres pacientes se les explicó el procedimiento en su totalidad, aceptándolo plenamente.

CASO # 1:

Femenina de 47 años, multipara, sin antecedentes de importancia, a la cual en Diciembre de 1981 se le diagnostica adenocarcinoma mamario de recho, practicándose mastectomía radical modificada con vaciamiento axilar, con presencia de 2 ganglios linfáticos positivos. Recibió radioterapia, sin quimioterapia; con evolución satisfactoria, excepto por linfedema de miembro torácico y región anterior de tórax derecho. En Enero de 1990 es valorada por el Servicio, realizándose reconstrucción con expansor definitivo, de válvula integrada, redon-

do, estilo 50, el cual es sobreexpandido hasta 750 cc., dejando un volumen final total de 460 cc. En Marzo de 1990 se practica corrección de ptosis mamaria izquierda, grado III, practicándose tres meses después de esta, la dermopigmentación del complejo. Esta paciente presenta mínima proyección del pezón, haciéndola candidata ideal para reconstrucción primaria. (Fig. # 3)



FIGURA # 3: Aspecto del caso # 1, antes y después de la colocación del expansor definitivo, así como de la corrección de la ptosis mamaria Izquierda.

CASO # 2:

Femenina de 48 años, multipara, sin antecedentes de importancia con adenocarcinoma mamario izquierdo, diagnosticado y tratado en Febrero de 1983, con mastectomía total radical con vaciamiento axilar, con 5 ganglios axilares positivos, recibiendo radio y quimioterapias. Evolución satisfactoria, practicándose en nuestro servicio reconstrucción con expansor definitivo en Noviembre de 1989, con volumen total definitivo de 400 cc.

En Marzo de 1990 se practica mastopexia derecha y dermopigmentación del complejo en Julio del mismo año. La paciente presenta defecto infraclavicular por resección de músculos pectorales, el cual se corrige con injerto dermograso abdominal, y nueva pigmentación bilateral en Septiembre de 1990. (FIG. # 4)



FIGURA # 4: Aspecto del caso # 2, posterior a corrección de ptosis mamaria y colocación de expansor definitivo.

CASO # 3:

Femenina de 22 años, nulípara, casada, sin antecedentes de importancia, quien es remitida a nuestro servicio con diagnóstico de tumoración mamaria benigna izquierda. Se practicó resección de masa tumoral de 800 grs. (informada como fibroadenoma gigante), y mamoplastia de reducción con técnica de pedículo inferior.

Presenta durante postoperatorio inmediato, sufrimiento del complejo, que no evoluciona hacia la necrosis, pero deja defectos de pigmentación; se practica dermopigmentación en Febrero de 1990, (FIG. 5)



FIGURA # 5: Aspecto preoperatorio y postoperatorio del caso # 3, el cual posterior a la resección del fibroadenoma presenta sufrimiento severo del complejo.

Un acercamiento del mismo se muestra en los resultados (FIG. 11)

Se utilizó para el procedimiento un pigmentador de motor recíprocante, de fabricación nacional, con agujas de 5 puntas, las cuales fueron introducidas 1,5 mms. en la dermis. (FIG. # 6-A)

Se utilizaron pigmentos americanos de colores negro, café, blanco y rojo, los cuales contienen óxido ferroso, glicerol, alcohol y agua. Se les practicó a los dos primeros casos, medición del complejo presente, haciéndose un molde e indicándoles a las pacientes, que en su residencia y frente a un espejo, determinarían la mejor localización del mismo. Citadas al día siguiente, se encontró coincidencia perfecta con las mediciones realizadas con los métodos anteriormente descritos. Se practicó anestesia regional periarterial con lidocaina al 1% con epinefrina al 1:200.000. [El caso # 2 no requirió anestesia, por secuela postoperatoria]. (FIG. # 6-B)

Previo asepsia y antisepsia, se realizó la mezcla de colores hasta conseguir la tonalidad adecuada, discretamente mas oscura; se registró en el expediente la mezcla utilizada. (FIG. # 7)

Se utilizaron en promedio 18 gotas del pigmento en cada procedimiento, y la duración del mismo fue de 24 minutos.

La zona tratada se cubrió con cloranfenicol unguento; se administraron analgésicos, pero no antibióticos.

Se realizaron citas de control postoperatorias a los 2, 5, 8, 16 y 60 días.

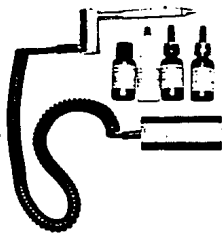


FIGURA 6-A: El equipo utilizado en dermopigmentación.



FIGURA 6-B: Localización del nuevo complejo.

CASO	COLOR ROJO	COLOR NEGRO	COLOR CAFE	COLOR BLANCO
#1 (Areola)	1 gota	1 gota	4 gotas	4 gotas
#1 (Pezón)	--	3 gotas	4 gotas	1 gota
#2 (areola)	2 gotas	1 gota	5 gotas	4 gotas
#2 (Pezón)	--	4 gotas	4 gotas	1 gota
# 3	1 gota	--	6 gotas	6 gotas

FIGURA # 7: MEZCLA DE COLORES

RESULTADOS

Los resultados fueron de buenos a excelentes, sin complicaciones, como es detallado a continuación. Es de resaltar que las fotos a color, al ser impresas en blanco y negro, pierden notable definición, perdiéndose detalles de pigmentación y de textura.

CASO # 1: (FIGURAS# 8 y 10)

Resultado excelente en cuanto a color y textura, con discreta opacidad a los 2 meses; la paciente por presentar linfedema derecho postoperatorio, desarrolló una inflamación periarcolar, que se resolvió espontáneamente, sin tratamiento.

Ante los buenos resultados obtenidos, la paciente optó por la pigmentación del complejo opuesto, con muy buenos resultados a la fecha.



FIGURA # 8: Pre y postoperatorio del caso # 1 (Bilateral)

CASO # 2: (FIGURAS # 9 y 10)

Resultado bueno en color y textura, aunque poco natural por la falta de proyección del pezón; Se practicó injerto dermograso con mejora del defecto infraclavicular, así como dermopigmentación del complejo opuesto, con buenos resultados. Se propuso corrección de cicatrices de mastopexia, recusándose la paciente.



FIGURA # 9: Pre y postoperatorio del caso # 2 (Bilateral)

CASO # 3: (FIGURA # 11)

Excelentes resultados en color, textura y simetría, sin necesidad de retoques por buena persistencia del color inicial. Se practicó a propósito una pigmentación discretamente mas oscura que la contralateral para obtener su simetría en posterior embarazo y lactancia. La paciente se encuentra citada para corrección de cicatrices.



FIGURA 10-A: Acercamiento del
caso # 1



FIGURA 10-B: Acercamiento del
caso # 2



FIGURA # 11: Pre y postoperatorio del caso # 3 (Pérdida parcial
unilateral)

D I S C U S I O N

En los casos anteriormente descritos se puede determinar la seguridad, rapidez y confiabilidad del procedimiento. Sin embargo, es importante anotar que es difícil conseguir un resultado perfecto inicial, teniendo en cuenta que hay que predecir la decoloración posterior; en estos casos es mejor advertir a la paciente que de no obtenerse adecuada simetría, es mejor pigmentar ambos complejos, para alcanzar los resultados deseados.

En casos en que existe pérdida parcial, los resultados son muy buenos pues el pigmento se puede difundir en el complejo restante, lográndose resultados muy naturales.

También se puede considerar como el procedimiento de elección en pacientes reconstruidos con expansión tisular o expansor definitivo; evitándose así la posibilidad de exposición o ruptura del expansor, al hacer los diferentes tipos de colgajos dermograsos.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos y los objetivos predeterminados, se puede concluir que la dermopigmentación tiene las siguientes ventajas:

- 1.- Método confiable, seguro y predecible.
- 2.- De corta duración y no requiere anestesia general ni ayudante.
- 3.- Sin complicaciones ni efectos secundarios.
- 4.- Útil como procedimiento único en: pérdidas parciales, casos bilaterales, pacientes con mínima proyección del pezón, o reconstruidas con expansor definitivo.
- 5.- Es un procedimiento complementario de utilidad en otras técnicas de reconstrucción del complejo areola-pezón.

Como desventajas podemos incluir:

- 1.- Decoloración y opacidad con el tiempo.
- 2.- Dificultad para simetría perfecta con el complejo opuesto.
- 3.- Ocasionalmente requiere retoques.
- 4.- Es necesario registrar en expediente la fórmula utilizada.
- 5.- No deben existir pezones prominentes.

RECEIVED
SALVA
-19-

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

- 1.- Angres, G.G.: *Eyeliners implants: A new cosmetic procedure.*
Plast. Reconstr. Surg., 73:833, 1984.
- 2.- Argenta, L.C.: *Reconstruction of the breast by tissue expansion.*
Clin. Plast. Surg., 11:257, 1984.
- 3.- Becker, H.: *Breast reconstruction using an inflatable breast
implant with detachable reservoir.*
Plast. Reconstr. Surg., 73:678, 1984.
- 4.- Becker, H.: *The use of intradermal tattoo to enhance the final
result of nipple-areola reconstruction.*
Plast. Reconstr. Surg., 77:673, 1986.
- 5.- Bernard, F.D.: *Dermaabrasion tattooing.*
Plast. Reconstr. Surg., 22:267, 1958.
- 6.- Esch, G., Ramirez, M.: *Reconstruction of the nipple: A new
technique.* *Plast. Reconstr. Surg.*, 73:977, 1984.
- 7.- Bostwick III, J.: *Aesthetic and reconstructive breast surgery.*
St. Louis, C.V. Mosby Co., 1983.
- 8.- Bostwick III, J., et al.: *Breast reconstruction after a radical
mastectomy.* *Plast. Reconstr. Surg.*, 61:682, 1978.
- 9.- Brent, B., Bostwick III, J.: *Nipple-areola reconstruction with
auricular tissues.* *Plast. Reconstr. Surg.*, 60:352, 1977.

- 10.- Brooks, A.: Carcinoma in a nipple preserved by heterotopic autoimplantation. *New. Engl. J. Med.*, 18:1132, 1978.
- 11.- Bunch-man, H.H., Larson, D.L., Huang, T.T., Lewis, S.R.: Nipple and areola reconstruction in the burned breast. *Plast. Reconstr. Surg.*, 54:531, 1974.
- 12.- Coifman, F.: *Texto de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética*. Barcelona, Salvat Editores, 1986.
- 13.- Converse, J.M., McCarthy, J.G.: *Reconstructive Plastic Surgery*. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1977.
- 14.- Cronin, E.D., Humphreys, D.H., Ruiz-Razura, A.: Nipple reconstruction: The S flap. *Plast. Reconstr. Surg.*, 81:783, 1988.
- 15.- Cucin, R.L.: Breast reconstruction with a cryopreserved nipple. *Ann. Plast. Surg.*, 8:163, 1982.
- 16.- Chang, W.H.: Nipple reconstruction with a T Flap. *Plast. Reconstr. Surg.*, 73:140, 1984.
- 17.- Drever, J.M.: Tattooing the reconstructed areola without a tattoo machine. *Plast. Reconstr. Surg.*, 81:995, 1988.
- 18.- Gibney, J.: Use of a permanent tissue expander for breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 84: 607, 1989.
- 19.- Giorgade, N. & G., Riekkohl, R., Barwick, W.: *Essentials of Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery*. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1987.

- 20.- Goldwynn, R.M., *Cirugía Plástica y de Reconstrucción de la mama.* Barcelona, Salvat Editores, 1951.
- 21.- Gruber, R.P.: Method to produce better areolae and nipples on reconstructed breast. *Plast. Reconstr. Surg.*, 60:505, 1977.
- 22.- Guida, C.A.: Areola and nipple reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 56:454, 1988.
- 23.- Hartramp, C.R., Culbertson, J.H.: A dermal-fat flap for nipple reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 72:810, 1983.
- 24.- Kon, M.: T and three-flap nipple reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 75:284, 1985.
- 25.- Kroll, S.S., Hamilton, S.: Nipple reconstruction with the double-opposing-tabs flap. *Plast. Reconstr. Surg.*, 84:520, 1989.
- 26.- Little, J.W., Munasifi, T., McCulloch, D.T.: Nipple-areola reconstruction. *Clin. Plast. Surg.*, 11:351, 1984.
- 27.- Little, J.W., et al.: One-stage reconstruction of a projecting nipple: The quadrapod flap. *Plast. Reconstr. Surg.*, 71:126, 1983.
- 28.- Masser, M.R., Di Meo, L., Hobby, J.A.: Tattooing in reconstruction of the nipple and areola. *Plast. Reconstr. Surg.*, 84:677, 1989.
- 29.- McCarthy, J.G.: *Plastic Surgery.* Philadelphia, Saunders Co., 1990.
- 30.- Muruci, A., Danton, J.J., Nogueira, L.R.: Reconstruction of the nipple-areola complex. *Plast. Reconstr. Surg.*, 61:558, 1978.
- 31.- Orlando, J.C.: The epidermal ring in nipple-areola reconstruction: Is it really necessary?. *Plast. Reconstr. Surg.*, 71:732, 1983.

- 32.- Patipa, M.: Tattoo devices. *Plast. Reconstr. Surg.*, 78:693, 1986.
- 33.- Pennisi, V.R.: To facilitate the suitable location of the nipple in breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 80:474, 1987.
- 34.- Rees, T.P.: Reconstruction of the breast areola by intradermal tattooing and transfer. *Plast. Reconstr. Surg.*, 55:620, 1973.
- 35.- Scragin, P., Giorgade, N.: Nipple-areola reconstruction after mastectomy. *Ann. Plast. Surg.*, 6:26, 1982.
- 36.- Sibley, J.J.: Nipple reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.*, 56:667, 1976.
- 37.- Smith, J.W., Nelson, R.: Construction of the nipple with a mushroom shaped pedicle. *Plast. Reconstr. Surg.*, 78:684, 1986.
- 38.- Versaci, A.D.: Reconstruction of a pendulous breast utilizing a shaped expander. *Ann. Plast. Surg.*, 23:469, 1989.
- 39.- Watts, A., Sople, J.M., Peña, D.: Iron hydroxide particle retention in primate lungs. *J. Nucl. Med.*, 15:616, 1974.
- 40.- Wolfley, D.E., Flynn, G., Cartwright, E.J., Tichen, T.: Eyelid pigment implantation: Early and late histopathology. *Plast. Reconstr. Surg.*, 82:770, 1988.

QUETZALCOATL

Quetzalcóatl, fue quizás el más complejo y fascinante de todos los Dioses mesoamericanos. Su concepto primordial, sin duda muy antiguo en el área, parece haber sido el de un monstruo serpiente celeste con funciones dominantes de fertilidad y creatividad. A este núcleo se agregaron gradualmente otros aspectos: la leyenda lo había mezclado con la vida y los hechos del gran Rey sacerdote Topiltzin, cuyo título sacerdotal era el propio nombre del Dios del que fue especial devoto. En el momento de la conquista, Quetzalcóatl, considerado como Dios Único desempeñaba varias funciones: Creador, Dios del viento, Dios del planeta Venus, héroe cultural, arquetipo del sacerdocio, patrón del calendario y de las actividades intelectuales en general, etc. Un análisis adicional es necesario para poder desentrañar los hilos aparentemente independientes que entran al tejido de su complicada personalidad.



IMPRESO EN LOS TALLERES DE:
EDITORIAL QUETZALCOATL, S. A.
MEDICINA No. 37 LOCALES 1 Y 2 (ENTRADA POR PASEO DE LAS
FACULTADES) FRENTE A LA FACULTAD DE MEDICINA DE C. U.
MEXICO 20, D. F. TELEFONOS 656-71-06 Y 056-70-88