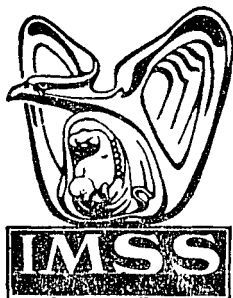


1121179

REGISTRO 940584

2EJ

Universidad Nacional Autónoma de México



INCIDENCIA DE RECIDIVA DE CANCER MAMARIO EN PACIENTES
POST-MASTECTOMIZADOS A 2 AÑOS DE HABER TERMINADO EL
TRATAMIENTO COMPLETO Y REPORTE DE CASOS
DE RECONSTRUCCION MAMARIA

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO PLASTICO Y RECONSTRUCTOR
P R E S E N T A
CARLOS LOMELI RODRIGUEZ
MEXICO, D.F. FEBRERO 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

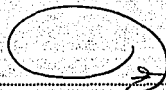


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

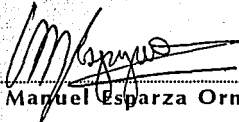
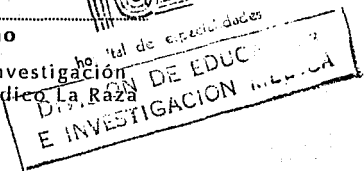
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.



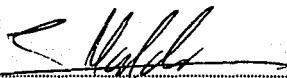
Dr. Arturo Robles Páramo

Jefe de la División de enseñanza e investigación
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza



Dr. Manuel Esparza Ornelas

Jefe del Departamento de Cirugía Plástica y
Reconstructiva
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza



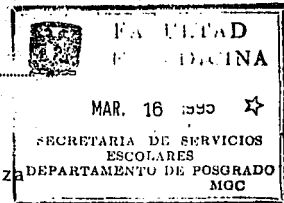
Dr. José Luis Valdez Galicia

Titular del Curso de Cirugía Plástica y
Reconstructiva
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza



Dr. Pedro Grageda López

Coordinador del curso de Cirugía Plástica y
Reconstructiva
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza



Registro de Tesis No. 940584

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por ser pilares básicos de mi existencia

A Beti mi esposa, cariñosamente agradezco el esfuerzo, ayuda y comprensión que me brindo durante mi formación académica

A mi hija Miriam Betsabé por estar a nuestro lado en momentos difíciles y ser estímulo para seguir adelante

***Incidencia de recidiva de cáncer mamario en
pacientes post-mastectomizados a 2 años de haber
terminado el tratamiento completo y reporte de
casos de reconstrucción mamaria***

Dr. Carlos Lomeli Rodriguez

**R-IV CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA**

INDICE

ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	4
HIPOTESIS	6
MATERIAL Y METODOS	7
TECNICA QUIRURGICA	12
RESULTADOS	15
CONCLUSIONES	19
CASOS	21
BIBLIOGRAFIA	23

ANTECEDENTES

Desde tiempos primitivos, las mamas has sido consideradas símbolo de la feminidad, sexualidad y fertilidad. En la actualidad esto se hace más conciente por la influencia de la propaganda y medios de comunicación que acentúan el valor de las mamas como símbolo sexual. La pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimiento psicológico, pudiendo manifestarse como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimiento de inutilidad, autodesvalorización entre otras manifestaciones.

Para la mayoría de las mujeres mastectomizadas, representa una crisis de interrelaciones difíciles de superar.

Si tenemos la posibilidad de ofrecer a éstas pacientes la esperanza de que un día puedan tener las mamas reconstruidas y con esto, mejorar su calidad de vida ¿ Porqué no hacerlo?

D'Este (1912) realizó la primera publicación del empleo del dorsal ancho como colgajo musculocutáneo en la reconstrucción de la pared del tórax en pacientes mastectomizados. Este método fué olvidado durante largo tiempo, muchas nuevas técnicas surgieron. Actualmente el colgajo musculocutáneo del dorsal ancho es de nuevo utilizado con resultados satisfactorios.(3)

El cáncer de mama es particularmente devastador, porque la mujer tiene un futuro fatal y una enfermedad crónica que cada vez

es más destructiva, está considerada como la segunda causa más frecuente de cáncer en la mujer. De acuerdo a la Sociedad Americana de Cáncer, 140 000 mujeres desarrollaron ésta neoplasia en 1990 y el resultado fué de más de 40 000 muertes por ésta causa. (5)

Las subsecuentes disputas y rechazos de la hipótesis Halstediana han abierto nuevos caminos en la investigación del cáncer mamario, el concepto nuevo establece que es una enfermedad sistémica y no una enfermedad local como se creía antes. Los factores principales de mayor importancia en cualquier tratamiento de cáncer mamario son principalmente el control local del tumor, la sobrevida del paciente y un equilibrio bio-psico-social.

En los pacientes que serán sometidos a reconstrucción mamaria el tipo de reconstrucción realizada será en base al déficit de piel en la región torácica, tomando como parámetro por debajo del reborde clavicular, a nivel de la línea media clavicular una medida hasta el surco inframamario del lado afectado. Cuando existe deficiencia hasta 2 cm se puede reconstruir con la colocación de un implante mamario, con la deficiencia de piel de 2 a 4 cm inclusive se realiza reconstrucción mamaria con expansión tisular y con más cm de deficiencia de piel se recurre a los colgajos musculocutáneos autólogos. (6)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En pacientes que son sometidas a mastectomía unilateral o bilateral por cáncer mamario mediante examen clínico y/o de gabinete, como es serie ósea metastásica, gammagrama hepático y tele de tórax, a 2 años después de haber terminado el tratamiento médico y quirúrgico, existirán datos de recidiva del tumor.

El sufrimiento psicológico de una paciente sometida a mastectomía por cáncer mamario, manifestado por ansiedad, insomnio, vergüenza, inseguridad, sentimiento de inutilidad, pérdida de la autoestima y otros, será superado después de una reconstrucción mamaria.

OBJETIVOS

GENERALES

1. Determinar la incidencia de recidiva de cáncer mamario en pacientes mestectomizados 2 años después de haber terminado el tratamiento médico y quirúrgico.
2. Reporte de la experiencia de casos de pacientes sometidos a reconstrucción mamaria de acuerdo al grado de deficiencia de piel y así reconstruir en base a la escala reconstructiva el grado de mutilación.

ESPECIFICOS

- a) Conocer las ventajas y desventajas que tienen cada uno de los diferentes métodos empleados en la reconstrucción.
- b) Definir el tipo de reconstrucción mamaria a utilizar en los pacientes que son sometidos a cirugía radical modificada y a los que se les realizó cirugía radical clásica.
- c) Descartar la evidencia de recidiva de tumor, mediante estudios de gabinete (serie ósea metastásica, gammagrama hepático y tele de tórax) y un examen clínico dirigido a descartar metástasis.

-
- d) Realizar la excisión de cicatriz en la piel donde se realizó la mastectomía, dividirla en cuadrantes y enviar a estudio histopatológico para descartar la evidencia de células tumorales.
 - e) Detectar factores generales que determinen la presencia de complicaciones en los diferentes métodos de reconstrucción mamaria.
 - f) Realizar una valoración del estado psicológico del paciente, a través de una autoevaluación con el inventario de depresión de Beck, en pacientes mastectomizados antes y después de la reconstrucción mamaria, así como a pacientes que no están en protocolo de reconstrucción mamaria.

HIPOTESIS

ALTERNA

Después de 2 años de concluido el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes mastectomizadas no existe evidencia de recidiva del tumor.

NULA

Después de 2 años de concluido el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes mastectomizadas existe evidencia de recidiva del tumor en forma importante.

MATERIAL Y METODOS

Este es un estudio prospectivo, transversal, longitudinal, observacional y descriptivo.

CRITERIOS DE INCLUCION

- Pacientes femeninos que hayan sido sometidas a mastectomía radical, ya sea clásica o modificada, unilateral o bilateral.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento completo médico y quirúrgico por cáncer mamario.
- Pacientes que no hayan requerido de tratamiento, ya sea médico con quimioterapia y/o radioterapia por indicación del Oncólogo.
- Solo se incluirán en el protocolo pacientes que tengan menos de 45 años de edad.
- Se someterán a reconstrucción mamaria pacientes que tengan más de 2 años de haber concluido su tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia. O de no ser así por indicación del Oncólogo.
- Serán sometidas a reconstrucción mamaria, solo las pacientes que estén plenamente convencidas por sí mismas, para ingresar al protocolo de reconstrucción mamaria.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que presenten clínica y/o paraclínicamente evidencia de actividad tumoral.
- Pacientes que presenten enfermedades sistémicas importantes que provoquen un alto riesgo quirúrgico.
- Pacientes que tengan más de 45 años de edad.
- Pacientes que tengan menos de 2 años de haber sido sometidas al tratamiento quirúrgico del cáncer mamario.
- Pacientes que no estén plenamente convencidas por sí mismas, para ingresar al protocolo de reconstrucción mamaria.
- Pacientes del sexo masculino.

MATERIALES

- Sala de quirófanos
- Sala preanestésica
- Recuperación
- Tina de lavado de manos
- Instrumentos para proporcionar anestesia y analgesia
- Mesa de operaciones
- Instrumental quirúrgico
- Ropa estéril
- Soluciones antisépticas
- Soluciones parenterales
- Mesa de Mayo y Riñon
- Termómetros
- Esfigmomanómetros
- Estetoscopio
- Electrocardiografo
- Electrocauterio
- Suturas, gasas, vendas.
- Lámparas de quirófano
- Presencia de recursos humanos (Equipo quirúrgico)
- Personal de Laboratorio clínico e histopatológico
- Personal de Rayos X
- Personal de piso para cuidado post-operatorio
- Personal de Trabajo Social

VARIABLES DEPENDIENTES

La población de estudio dependió del número de pacientes que fueron enviadas por el servicio de Oncología del Hospital de Gineco Obstetricia Centro Médico La Raza, de lo cual se comentó con el Oncólogo y se llegó al acuerdo para determinar las características del paciente que fué sometido a una reconstrucción mamaria.

El paciente que reunió las características para someterse a la reconstrucción mamaria se le realizaron estudios de gabinete y de laboratorio del tipo de: Biometría hemática, química sanguínea, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, serie ósea metastásica, gammagrama hepático y tele de tórax.

El tipo de reconstrucción que se realizó fué en base al déficit de piel, de lo cual se eligió el método indicado de reconstrucción.

Algunos pacientes para obtener un mejor resultado estético requirieron mamoplastía de aumento o reducción y la reconstrucción del complejo areola-pezones.

El estudio tuvo una duración de 5 meses y comprendió el período del 1° de Junio de 1994 hasta el 31 de Octubre del mismo año.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Se incluyeron en el estudio pacientes mastectomizadas que reunieron las características establecidas y enviadas por el servicio de Oncología del Hospital de Gineco Obstetricia del Centro Médico La Raza.

Algunas pacientes fueron sometidas a diferentes tiempos quirúrgicos de los cual dependió el grado de deficit de piel y el método de reconstrucción mamaria, por lo cual fueron realizadas sus reconstrucciones en 2 o 3 tiempos quirúrgicos.

METODO ESTADISTICO

DESCRIPTIVO

TECNICA QUIRURGICA

La técnica más utilizada fué la rotación del colgajo musculocutáneo del Dorsal ancho, y la cual se describe a continuación:

- I. Se realiza marcaje de la isla de piel en la parte alta del torso con una medida aproximada en promedio de 8 cm de ancho por 15 cm de largo, en forma elíptica, la cual se coloca en dirección oblicua, vertical o transversal, esto en base a la posición de la zona mastectomizada.
- II. Se realiza el marcaje en la zona torácica afectada con una línea correspondiente al surco inframamario en el área a tratar de dimensiones variables.
- III. Se realiza asepsia y antisepsia de la zona donadora y de la zona receptora, previa anestesia general endotraqueal. Y se colocan campos esteriles.
- IV. Se incide en la periferia de la cicatriz en la zona mastectomizada en forma de huso, se marcó con violeta de genciana en cuadrantes y se envia a estudio histopatológico.
- V. Se incide sobre la zona donadora de piel, hasta llegar a la fascia muscular del Dorsal ancho, prolongando la incisión hasta el hueco axilar a nivel de la línea axilar posterior hasta llegar a la inserción superior.
- VI. Posteriormente se diseña el colgajo de piel, tejido celular subcutáneo que rodea al músculo dorsal ancho, realizando hemostasia meticolosa y cuidadosa con electrocauterio.
- VII. Con violeta de genciana se marca un área del músculo dorsal ancho de aproximadamente 15 x 15 cm en su porción vertical

-
- y transversal, procediendo a disecar y levantar el mismo, realizando hemostasia cuidadosa de las arterias y venas perforantes hasta llegar a 10 cm antes del hueco axilar.
- VIII. Se procede a incidir el musculo dorsal ancho en su porción más alta y medial, teniendo cuidado de no lesionar su pediculo por donde corre la arteria toraco dorsal, asi como del pediculo del musculo serrato anterior.
- IX. Disecado el músculo y previo tunelización subcutánea conectando la zona donadora con la zona receptora, se tuneliza el musculo dorsal ancho con su área de piel y se procede a realizar nuevamente hemostasia de vasos y venas del músculo.
- X. Ya colocado el coljago musculocutáneo en la zona receptora se dan puntos con vicryl 3-0 a nivel de la parte superior del musculo en unión con la fascia del pectoral menor, o en su ausencia al periostio de la segunda costilla, colocando otra sutura a nivel de la zona medial del musculo dorsal ancho en unión del pericondrio del esternón.
- XI. Se coloca un drenovac de circuito cerrado de $\frac{1}{4}$ a nivel de lo que sería el nuevo surco inframamario por debajo del colgajo de piel y el musculo dorsal ancho.
- XII. Acto seguido se realiza sutura de la dermis del colgajo de piel a la dermis adyacente al colgajo miocutáneo con vicryl 3-0 con puntos invertidos. En un segundo plano subcuticular con dermalon 3-0.
- XIII. Se colocan apositos acolchonados y un vendaje suave sobre la zona reconstruida.
- XIV. Despues de 3 meses de la colocación del colgajo miocutáneo se coloca un implante mamario de proporciones similares a la mama contralateral.
- XV. A los 5 meses de la rotación del colgajo miocutáneo se procede a realizar la reconstrucción del complejo areola pezón
-

con injertos de piel del área superior y medial del muslo y la amputación parcial del pezón contralateral.

- XVI. Tiempo quirúrgico aproximado de la rotación del colgajo miocutáneo del dorsal ancho 3 horas. Tiempo quirúrgico aproximado de la reconstrucción del complejo areola-pezón 1 hora. Tiempo aproximado de la reconstrucción mamaria completa 5 meses en 2 tiempos quirúrgicos.

RESULTADOS

Fueron sometidos a reconstrucción mamaria un total de 7 pacientes durante el período comprendido del 1° de Junio de 1994 al 31 de Octubre del mismo año. Siendo todas las reconstrucciones unilaterales con un rango de edad de 35 a 45 años con una media de 37 años.

Una de las pacientes presentó recidiva del tumor, realizándose el diagnóstico en forma indirecta, ya que la paciente presentó un cuadro neumónico por lo que se le realizó una tele de tórax y observándose imágenes radioopacas múltiples diseminadas en ambos campos pulmonares, representando un índice de 14.28% de positividad de recidiva tumoral.

De las siete pacientes incluidas en el estudio 6 requirieron rotación de colgajos miocutáneos, ya que fueron candidatas ideales para dicho procedimiento. Una paciente fue candidata para reconstrucción con músculo recto abdominal transversal (TRAM), en ésta reconstrucción solo se requiere tejido autólogo únicamente, excepto en ésta reconstrucción en particular, se requirió de mayor volumen mamario por lo cual se tuvo que colocar implante mamario, al igual que en todos los casos de dorsal ancho.

Ningun paciente fue candidato para la colocación de implantes o expansión tisular, todos los pacientes presentaban una deficiencia de piel de más de 5 cm.

TABLA COMPARATIVA DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS CON
COLGAJOS MUSCULOCUTANEOS UTILIZADOS PARA
RECONSTRUCCION MAMARIA

	<i>RECTO ABDOMINAL TRANSVERSO</i>	<i>DORSAL ANCHO</i>
TIEMPO QUIRURGICO APROXIMADO	5 HORAS	3 HORAS
HERNIA VENTRAL POST INCISIONAL	SI	NO
COLOCACION DE IMPLANTE	SI	SI
DIAS DE HOSPITALIZACION	7	4
SEROMA	0%	14.28%
HEMATOMA	0%	0%

De este estudio el 28.57% de los pacientes tenían como antecedente quirúrgico oncológico mastectomía radical clásica y el 71.42% mastectomía radical modificada. Siendo el 100% candidatas al protocolo de reconstrucción mamaria con colgajos musculocutáneos rotatorios autólogos.

Todas las biopsias de piel de la zona cicatricial de la mama amputada, el 100% fueron negativas a malignidad, durante el transoperatorio de uno de los casos se encontró una tumoración al colocar el implante mamario enviandose a estudio histopatológico y reportando el patólogo a los 30 días tejido graso calcificado y fibroso sin evidencia de células malignas.

Una de las pacientes (14.28%) presentó un seroma de aproximadamente 1000 cc, en ésta paciente en particular se utilizó cuchillo eléctrico, el resto de las paciente fue operada con hoja de bisturi N° 10 al momento de realizar la disección de los colgajos.

En la valoración del estudio psicológico de las pacientes a través de la autoevaluación por medio del inventario de depresión de Beck, el cual consta de un cuestionario al que respondieron todas las pacientes del protocolo de reconstrucción mamaria además de 7 pacientes fuera de dicho protocolo. Dicho inventario es calificado en una escala de 126 puntos como máximo óptimo y su inverso nos indica los grados de depresión mostrados por un paciente determinado, cuando se aproximan a una calificación de 18 puntos, es indicativo que se encuentran sumergidos en un estado de depresión que requiere tratamiento psicológico.

Las 7 pacientes dentro del protocolo de reconstrucción estuvieron lejos de caer en una crisis depresiva siendo un porcentaje del 0% y un 57% de las pacientes que estaban fuera del protocolo estuvieron con calificaciones cercanas indicativas de padecer una crisis depresiva. Tal y como se muestra en el siguiente cuadro comparativo.

PACIENTES DENTRO DEL PROTOCOLO DE RECONSTRUCCION MAMARIA	PACIENTES FUERA DEL PROTOCOLO DE RECONSTRUCCION MAMARIA
CASO 1 = 0 PUNTOS	CASO 1 = 09 PUNTOS
CASO 2 = 8 PUNTOS	CASO 2 = 06 PUNTOS
CASO 3 = 2 PUNTOS	CASO 3 = 18 PUNTOS
CASO 4 = 3 PUNTOS	CASO 4 = 17 PUNTOS
CASO 5 = 0 PUNTOS	CASO 5 = 17 PUNTOS
CASO 6 = 0 PUNTOS	CASO 6 = 18 PUNTOS
CASO 7 = 0 PUNTOS	CASO 7 = 08 PUNTOS

En éste estudio 3 pacientes se les realizó reconstrucción mamaria completa (42.85%). En 5 pacientes se llegó al segundo tiempo de reconstrucción el cual consiste en la colocación de implante mamario (71.42%). En cuanto a la reconstrucción del complejo areola- pezón solo se realizó en 42.85%. Un paciente renunció a la reconstrucción por cancerofobia (14.28%) todo esto realizado en un periodo de 5 meses. El resto de las pacientes continuan dentro del protocolo de reconstrucción hasta terminar su tratamiento.

Para obtener un mejor resultado estético es necesario realizar algún procedimiento quirúrgico en la mama sana, el 57.14% de los pacientes requirió de mastopexia, mamoplastia de aumento 14.28% y mamoplastia de reducción 14.28% con resultados excelentes.

CONCLUSIONES

La reconstrucción mamaria en pacientes mastectomizados es una alternativa que brinda el cirujano plástico y reconstructor, para rehabilitar a estos pacientes y reintegrarlos a una vida productiva y feliz.

Este estudio demostró en forma objetiva que el índice de recidiva del tumor en pacientes sometidas a reconstrucción mamaria 2 años después de su tratamiento completo oncológico, es bajo ya que en este estudio el índice de positividad fue de 14.28%, dando lugar a que un 85.72% están excentos de padecer alguna recidiva.

De acuerdo a las características clínicas de estos pacientes los colgajos musculocutáneos fueron la mejor opción de reconstrucción en postmastectomizadas en un 100%. Siendo el músculo dorsal ancho el más utilizado por su versatilidad y viabilidad demostradas.

El colgajo musculocutáneo dorsal ancho comparado con el rectoabdominal transverso, es más sencillo de realizar técnicamente, el tiempo quirúrgico es dos horas más corto aproximadamente, no deja hernias ventrales post-incisionales y el tiempo de hospitalización es más corto.

En los pacientes con mastectomía radical clásica o con radical modificada la mejor opción de reconstrucción mamaria es con colgajos miocutáneos autólogos.

El realizar las disecciones amplias en los colgajos de piel con bisturí eléctrico predispone en forma importante a presentar complicaciones como el seroma.

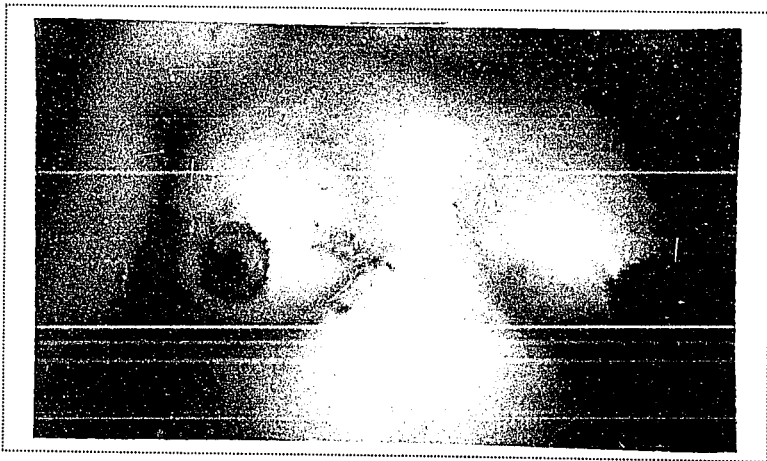
El inventario de depresión de Beck nos da una idea objetiva de la mejoría que existe en la calidad de vida que obtienen las pacientes al ser sometidas a una reconstrucción mamaria.

En la reconstrucción mamaria unilateral, todas las pacientes requieren de un proceso quirúrgico agregado, como sería mamoplastia de reducción o aumento así como mastopexia, para obtener un mejor resultado estético.

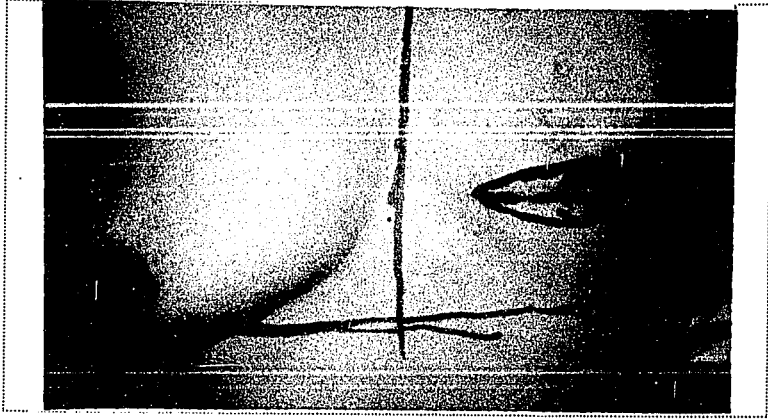
Por lo anterior se concluye que las pacientes mastectomizadas, ya sea uni o bilateralmente cursan con un estado de depresión importante, que las lleva a serios trastornos de conducta los cuales tienen repercusión importante en el núcleo familiar. Es así que cuando una paciente es sometida a reconstrucción mamaria mejora su autoestima, recupera un valor perdido al momento de recuperar imagen femenina y así mantener un equilibrio bio-psico-social en el núcleo familiar.



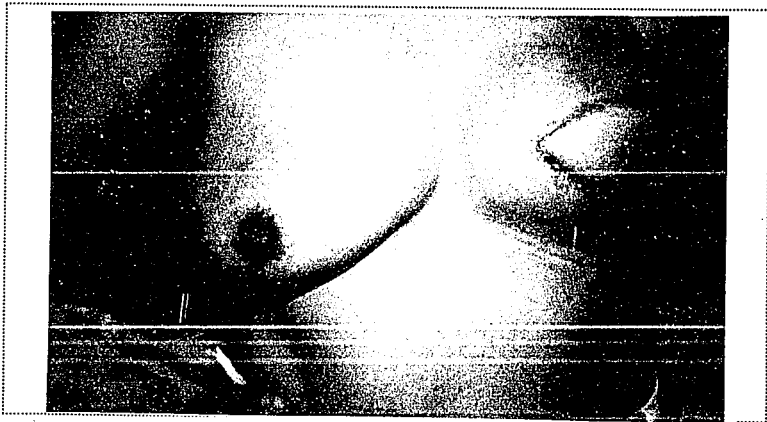
1-A FEMENINO DE 45 AÑOS CON MASTECTOMIA RADICAL
MODIFICADA. PREOPERATORIO



1-B MISMO CASO, POSTOPERATORIO 5 MESES DESPUES DE
INICIADA LA RECONSTRUCCION MAMARIA



2-A FEMENINO DE 35 AÑOS CON MASTECTOMIA RADICAL CLASICA. PREOPERATORIO



2-B MISMO CASO, POSTOPERATORIO 4 MESES DESPUES DE INICIADA LA RECONSTRUCCION MAMARIA

BIBLIOGRAFIA

1. FELIPE COIFFMAN , M.D., F.A.C.S.: TEXTO DE CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA Y ESTETICA, SALVAT EDITORES, S.A. MALLORCA, BARCELONA (ESPAÑA) 1986 . PAG. 1019 - 1039 .
2. JURKIEWICZ, M.J.: PLASTIC SURGERY PRINCIPLES AND PRACTICE. C.V. MOSBY COMPANY, ST. LOUIS MISSOURI 1990. PAG. 1095 - 1117.
3. BARRET NOONE, M.D. : PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY OF DE BREAST. MOSBY - YEAR BOOK. INC. WHICH B.C DECKER, 1991; PAG. 229 - 491 .
4. BERRINO AND P.L. SANTI, : THE PERMANENT EXPANDABLE IMPLANT IN BREAST AESTHETIC, CORRECTIVE AND RECONSTRUCTIVE SURGERY. PLASTIC SURGERY; 1991. 14, PAG. 63 - 68 .
5. GEORGIAD E NICHOLAS G.: ESSENTIALS OF PLASTIC, MAXILLOFACIAL AND RECONSTRUCTIVE SURGERY. WILLIAMS AND WILKINS, BALTIMORE 1987.
6. MC CARTHY, J.G.: PLASTIC SURGERY W.B. SAUNDERS COMPANY, PHILADELPHIA. 1990 . PAG. 3903 - 3906.
7. MALADICK, A.R.: " NO - TOUCH " SUBMUSCULAR SALINE BREAST AUGMENTATION TECHNIQUE. AESTHETIC PLASTIC SURGERY; 1993. 17, PAG. 183 - 192.
8. MYRON M. PERSOFF, M.D.: ACHIEVING SYMMETRY IN THE TISSUE EXPANDED BREAST RECONSTRUCTION. AESTHETIC PLASTIC SURGERY; 1991. 15, pag. 133 - 139 .
9. SABISTON D.C.: TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA . W.B. SAUNDERS COMPANY, PHILADELPHIA 1977. PAG. 635 - 642 .

-
10. PIRA L. AND R.R. OLBRISCH.: COMPLICATIONS IN MORE THAN 250 USES OF EXPANDERS IN BREAST RECONSTRUCTION. PLASTIC SURGERY; 1991 . 14, pag. 15 - 16.
 11. JARRET J.R. : AESTHETIC REFINEMENTS IN PROPHYLATIC MASTECTOMY WITH IMMEDIATE RECONSTRUCTION. AESTHETIC PLASTIC SURGERY: 1990 . 14, pag. 87 - 9
 12. KURIHARA K ., KIM K., KODACHIK AND J MAIT.: A SIMULTANEUS BILATERAL BREAST RECONSTRUCTION BY UNILATERAL RECTUS ABDOMINIS MYOCUTANEOUS. PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY: 1990.
 13. SAKAIS., TAKAHASI H ., AIHARA M ET AL.: THE INDICATION AND METHOD OF NIPPLE AREOLAR BANKING FOR A NIPPLE AND A AREOLAR RECONSTRUCTION AFTER A MASTECTOMY. PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY: 1990 . 33, PAG. 837 - 842.
 14. TAKAYANAGIS.: BREAST RECONSTRUCTION AFTER MASTECTOMY USING TISSUE EXPANDER. PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY: 1990 . 33, PAG. 997 - 1003 .
 15. HANDEL N ., LEWINSKY B., SILVERSTEIN M.J. ET AL.: CONSERVATION THERAPY FOR BREAST CANCER FOLLOWING AUGMENTATION MAMMAPLASTY. PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY: 1991 . 87, PAG, 873 - 878 .
 16. ROISMAN Y., BARACK V., MANNY J. ET AL.: FAT NECROSIS BELOW MUSCULOCUTANEOUS FLAP MIMICKING CARCINOMA OF BREAST . ANN PLASTIC SURGERY: 1991. 26, PAG. 479 - 482.
 17. BAILEY M.H., SMITH J. W., CASAS L. ET AL.: IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION RUDIAN THE RISKS . P PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY: 1989. 83, PAG. 845 - 851 .
 18. WEISS ., HERMAN O ., ROSEMBERG LAND SHAFIR R.: THES NIPPLE-AREOLA RECONSTRUCTION. PLASTIC RECONSTRUCTIVE SURGERY: 1989.83, PAG. 904 - 905.

19. J.D. HOLMES : CAPSULAR CONTRACTURE AFTER
RECONSTRUCTION WITH TISSUE EXPANSION. BR. J. PLASTIC
SURGERY: 1989. 42, pag. 591 - 594.