

11211

19



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PROTOCOLO DEL MANEJO DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA:

DR. BRAULIO MIGUEL MACHUCA RODRÍGUEZ

288768



IMSS

MÉXICO, D.F.,

1998 - 2001.



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 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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**PROTOCOLO DEL MANEJO DE
RECONSTRUCCION MAMARIA EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO
NACIONAL "LA RAZA"**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

CIRUGIA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA EL:

DR. BRAULIO MIGUEL MACHUCA RODRIGUEZ

MEXICO, D.F.

1998 - 2001

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
NACIONAL "LA RAZA"**

Dr. Jesús Arellano Osuna

Jefe de la División de Enseñanza e Investigación
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Pedro Grajeda López

Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social
Asesor de tesis

Dr. Angel Corzo Sosa

Médico Sub-jefe de la División de Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social
Asesor de tesis

Dr. Braulio Miguel Machuca Rodríguez

Residente del sexto año de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"
Instituto Mexicano del Seguro Social

RESUMEN ESTRUCTURADO

TITULO: Protocolo del manejo de reconstrucción mamaria en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza

OBJETIVO: Analizar la experiencia lograda en en Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital La Raza en la Ciudad de México, de las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria posterior a mastectomía.

MATERIAL Y METODO: Se revisaron los expedientes de 41 pacientes femeninos desde Marzo de 1997 hasta Septiembre de 2000, con rango de edad desde los 28 hasta los 65 años , quienes fueron sometidas a algún procedimiento de reconstrucción mamaria posterior a mastectomía.

RESULTADOS: Los resultados mostraron un promedio de edad de 47 años. Todos los pacientes incluidos en esta revisión fueron sometidos a un procedimiento de reconstrucción mamaria entre 1 y 120 meses posteriores a la realización de la mastectomía. Los procedimientos realizados fueron: Colgajo TRAM unipediculado (19.51%), Colgajo TRAM bipediculado (21.95%), Colgajo TRAM bipediculado y retardado (17.07%), Colgajo TRAM libre (2.43%), Colgajo Miocutáneo Dorsal Ancho con implantes mamarios (12.19%) y Expansión tisular mas implantes mamarios (7.31%). Las complicaciones mas frecuentes fueron: Necrosis del area 4 del colgajo TRAM, hernia de pared abdominal, seroma y contractura capsular.

CONCLUSIONES: La reconstrucción mamaria posterior a mastectomía debe incluir una historia clínica integral, un examen físico completo y el tipo de mastectomía.

PALABRAS CLAVE: Reconstrucción mamaria, Tejido autólogo, implantes de silicona.

ABSTRACT

TITLE:BREAST RECONSTRUCTION MANAGEMENT PROTOCOL, IN THE PLASTIC SURGERY DEPARTMENT AT "LA RAZA HOSPITAL" IN MEXICO CITY

OBJECTIVE: Analyze the experience achieved at our Plastic and Reconstructive Surgery Department at La Raza Hospital in Mexico City, who were candidates to breast reconstruction after mastectomy.

MATERIAL AND METHODS: From March 1, 1997 through September 2, 2000 in files were reviewed from 41 female patients from 28 to 65 years of age whom required breast reconstruction after mastectomy.

RESULTS: The results showed: an age average of 47 years . All patients included in this review had their breast reconstruction done between 1 and 120 months after mastectomy. The procedures achieved were TRAM flap with two pedicles (21.9%), TRAM flap with one pedicle (19.51%), TRAM flap with two pedicles and delay (17.07%), Free TRAM flap (2.43%), Latissimus Dorsi flap with implants (12.19%) and Tissue Expansion with implants (7.31%). Complications observed were: flap necrosis in area 4; abdominal wall hernia; seroma and capsular contracture .

CONCLUSIONS: Breast reconstruction must include a thorough patient preoperative examination ,that includes a clinical record, physical exam and type of mastectomy.

KEY WORDS: Breast reconstruction , autologous tissue, silicone implants.

INTRODUCCIÓN

Halsted y Parthey popularizaron sus técnicas de mastectomía, mutilando física y psicológicamente a las pacientes, otros no menos famosos cirujanos plásticos, como Gillies Cronin, Millard, etc., se preocuparon por la reconstrucción mamaria.

Ya mucho antes otros cirujanos como Tansini (1906) y D'Este (1912) realizaron sus primeras tentativas para dar una respuesta, aunque solo parcial, a los problemas posteriores a la amputación total de la mama. Bastante más tarde comenzaron a desarrollarse ideas para la reconstrucción quirúrgica de la forma y el volumen mamarios sin emplear colgajos locales.^{1,2}

Freeman (1962) introdujo una prótesis (poliuretano) después de una mastectomía subcutánea en un solo tiempo quirúrgico.^{1,3} Regnault (1966), utilizó un colgajo lipoepidérmico de base inferior para proteger la prótesis de silicona en los casos de mamas hipoplásicas o ptósicas.³

Pitanguy, en 1981, preconizó la vía transaerolomamilar, excepto en los casos en que las areolas son muy pequeñas o cuando es necesario efectuar una resección cutánea. El autor utilizó en todos los casos prótesis subcutánea y dejó un drenaje de aspiración durante 4 días.¹

En 1984, Gerperli y cols. Trataron las afecciones benignas de la mama a través de mastectomía subcutánea y reconstrucción inmediata utilizando prótesis de silicona en el plano submuscular y colgajos lipodérmico de pedículo inferior para cubrir el conjunto prótesis-músculo pectoral, protegiéndolos y mejorando el contorno anatómico.³

Pontes (1973) propuso la utilización de la mama contralateral, realizando la reconstrucción a partir del sexto mes y preferiblemente después del año. Tai y Hasegawa (1974) describieron un colgajo toracoabdominal transversal. Drever (1977) presentó un colgajo abdominal.¹ Baruodi (1978) diseñó un colgajo toracoabdominal, Cronin y colaboradores utilizaron un colgajo transversal realizado con una abdominoplastia ascendente (1977).⁴ Entretanto, fue redescubierto por Olivari un colgajo endocutáneo de dorsal ancho (1976), que fue divulgado por McCraw y colaboradores (1978) y Bostwick y colaboradores (1978).^{5,6} Podemos decir que el gran paso se dio con la popularización de los colgajos musculocutáneos. De ahí surgieron dos métodos que permanecerán en la preferencia de los cirujanos plásticos de todo el mundo por mucho tiempo: a) colgajo musculocutáneo del dorsal ancho (latissimus dorsi) y b) colgajo con el músculo recto abdominal.²

Vascónez, Cronin Giogiade, Finset, Mathes y otros, hicieron investigaciones y abandonaron el aspecto reparador, haciendo énfasis en un resultado más estético. Como toda técnica tiene sus obstáculos, creemos que la cicatriz en la espalda y el comportamiento de la prótesis de silicona son los mayores problemas, a pesar de la tendencia actual de modificar esta técnica disminuyendo los riesgos y dándole nuevas formas desde el punto de vista estético.^{2,5-6}

Miguel Orticochea (1972) fue el padre del moderno colgajo musculocutáneo, como por ejemplo el colgajo del músculo recto abdominal, colgajo vascularizado por la arteria epigástrica. Hatrampf, en 1985, combinó las técnicas de Orticochea y de Robbins para dermolipectomía revolucionando la reconstrucción mamaria.⁴ Psillakis, Drever, Hoimstrom, Marino, Tay y otros describieron complicaciones de la técnica, tales como: hernias incisionales, atrofas, eventraciones entre otras debido a la retirada o transposición del recto abdominal, las cuales fueron disminuidas o eliminadas haciendo una buena indicación de la técnica teniendo

en cuenta algunas características de la paciente como la edad, tipo de área mastectomizada, enfermedades generales, cicatrices a nivel del abdomen, calidad de la piel del abdomen, cantidad del tejido adiposo del abdomen, entre otras. La cicatriz que queda es la misma de las dermolipectomías, la cual queda cubierta por el traje de baño.^{4,7-8}

El abandono de la mastectomía radical a favor de la mastectomía radical modificada o resecciones menos agresivas, la disminución en el voltaje de la terapia radiactiva como tratamiento adjunto y el advenimiento de la quimioterapia han hecho que muchas mujeres sean candidatas para la reconstrucción debido a la amplia variedad de procedimientos, los cuales pueden ser necesarios para el control de la enfermedad primaria. El cirujano reconstructivo debe de ser entrenado en todas las formas, de manera que disponga de varias alternativas para la reconstrucción de la mama, desde tejidos autólogos grandes para transferir hasta la simple colocación de prótesis submamarías.²

Hay que individualizar las necesidades de cada paciente y realizar un tipo específico de reconstrucción de acuerdo con sus necesidades físicas y sociales.^{1,2}

El concepto de expansión hística para la reconstrucción de la mama fue propuesto primero por Radovan (1982), quien colocaba un expansor de silicona en el espacio subcutáneo y gradualmente inflaba la prótesis para desarrollar la prominencia.^{1,3} A comienzo de la década de los 80 se observó que colocando estos implantes totalmente submuscular se obtenía una expansión segura, con baja incidencia de contractura. En EEUU, en 1991 el 50-70 % de las reconstrucciones mamarias se realizaron con expansión hística.³

Aunque la reconstrucción mamaria inmediata no es apropiada en todos los casos y requiere la colaboración del cirujano general y del cirujano oncólogo, merece ser considerada para la mayoría de los pacientes. Iginio Tanzini de Padua practicó un tipo de reconstrucción inmediata de la mama en 1896, usando el colgajo miocutáneo de dorsal ancho para cerrar un defecto por mastectomía radical. No fue hasta 1970, cuando Hueston y McKenzie, describieron un método de reconstrucción mamaria inmediata para un defecto de mastectomía radical, ganando popularidad posteriormente. Hubo considerable resistencia, porque se temía que el procedimiento reconstructivo enmascarase las recurrencias locales o regionales. Estas preocupaciones fueron apaciguándose a medida que se conoció mejor el carácter de la recurrencia del cáncer de mama. Este cáncer por lo general recurre a nivel sistémico o en sitios alejados y estas recurrencias no son afectadas por la reconstrucción. Cuando la recurrencia es local tiende a ser superficial. Diversos estudios han demostrado que no existen diferencias en la supervivencia.⁹

No debemos dejar de mencionar la reconstrucción mamaria realizada con colgajos miocutáneos libres, difundida actualmente desde el auge que tuvo la microcirugía en los procedimientos reconstructivos.¹⁰

Desde tiempos primitivos, las mamas de una mujer se han considerado un símbolo de feminidad, sexualidad y fertilidad. La pérdida de una o ambas mamas puede producir secuelas devastadoras y producir un gran impacto en la estabilidad emocional y adaptación social de la mujer. El cáncer de mama es el más común de los cánceres de la mujer, la posibilidad de reconstrucción aliviaría el sufrimiento ocasionado por la amputación de la misma. Existen diversas técnicas quirúrgicas para tal propósito. Este revisión evalúa la secuencia de estudio y tratamiento para la atención oportuna de pacientes con mastectomía a quienes se le realiza reconstrucción mamaria tardía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los expedientes de las pacientes con secuela de mastectomía que fueron atendidas en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza en el periodo comprendido entre marzo de 1997 a setiembre del 2000 fueron recopilados del archivo clínico para evaluación de los tipos de reconstrucción mamaria tardía realizadas, con el fin de validar el protocolo de manejo en esta patología.

Se recolectaron los datos clínicos de las pacientes: edad, diagnóstico premastectomía, tipo de mastectomía, tiempo de evolución previo a la reconstrucción, tratamiento adyuvante previo, enfermedades generales de las pacientes, antecedentes de cirugías, tabaquismo, calidad de la piel del área mastectomizada y de la zona donadora, obesidad, volumen de la mama contralateral y tipo de reconstrucción mamaria tardía. La calidad de la piel de la zona receptora y de la donadora fue definida en excelente, buena o mala según la presencia de cicatrices de cirugías previas o estrías, cantidad de tejido adiposo, alteraciones de la calidad de la piel por radioterapia previa y déficit de piel en la zona mastectomizada.

Los tipos de reconstrucción mamaria tardía realizados fueron: colgajo del músculo recto abdominal en su variedades uni o bipediculadas (TRAM), colgajo del músculo dorsal ancho con implante de silicón y expansión hística con implante de silicón.

La reconstrucción mamaria con colgajo TRAM se utilizó de primera elección, cuando se presentaron los siguientes criterios: mujeres con exceso de tejido abdominal, presencia de buena calidad de piel abdominal, mamas contralaterales de tamaño mediano a grande, déficit de piel de más de 6 cm de la zona receptora y mala calidad de la misma y ausencia de cicatrices de cirugías abdominales anteriores que puedan comprometer la irrigación del pedículo del colgajo. Mujeres con problemas médicos (diabetes, aterosclerosis, enfermedades pulmonares, enfermedades mentales), obesidad, pacientes delgadas (poco tejido adiposo abdominal), paciente con tabaquismo y ancianas, fueron consideradas para TRAM, a pesar de que los mismos constituyen factores de riesgo para el fracaso de la cirugía.

El TRAM se realizó con rotación de un colgajo del músculo recto anterior del abdomen uni o bipediculado irrigado por la arteria epigástrica superior y una isla de piel de forma elíptica de orientación vertical, oblicua u horizontal. El colgajo se realizó en forma retardada cuando presentaba factores que pudieran comprometer la integridad de la microcirculación.

La reconstrucción con músculo dorsal ancho y implante se indicó ante el fracaso de la técnica anterior y ante la presencia de contraindicaciones para el TRAM, siendo éstas: pacientes con mala calidad de piel en el abdomen, deseo de no alterar la pared abdominal, presencia de colostomía, cicatrices quirúrgicas abdominales que pudieran comprometer el pedículo del colgajo TRAM y poco tejido adiposo en el abdomen. Se realizó con la rotación de un colgajo de músculo dorsal ancho irrigado por la arteria toracodorsal, y con la colocación de un implante de silicón por debajo del mismo.

La implante de silicón se utilizó en pacientes con déficit de piel menor de 4 cm., con buena calidad de piel y con músculo pectoral mayor conservado. La expansión tisular más implante de silicón se realizó en pacientes con déficit de piel de 4 a 6 cm. y las condiciones antes enunciadas. En el primer caso se confeccionó un bolsillo retromuscular al pectoral mayor del tamaño adecuado para contener la implante. En el segundo caso se realizó un bolsillo retromuscular al pectoral mayor de tamaño adecuado para alojar al expansor, el cual se insufló al 20 % de su capacidad en el transoperatorio, para insulfarse nuevamente a los 15 días y luego semanalmente hasta alcanzar el tamaño deseado, el cual se deja un mes, posterior a lo cual se retira y se realiza la colocación de la implante definitiva.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 41 pacientes, con edades de 28 a 65 años, con promedio de 47.12 años. El diagnóstico preoperatorio fue cáncer de mama en el 87.8 % (n=36), enfermedad fibroquística 9.75 % (n=4) y lipoma 2.43 % (n=1). En todos los casos la reconstrucción mamaria se realizó en forma tardía entre 1 y 120 meses después de la mastectomía, con promedio de 34.85 meses.

Los métodos de reconstrucción realizados fueron: TRAM unipediculado 19.51 % (n=8), TRAM bipediculado 21.95 % (n=9), TRAM bipediculado retardado 17.07 % (n=7), TRAM libre 2.43 % (n=1), colgajo de dorsal ancho y prótesis 12.19 % (n=5), expansor tisular y prótesis 19.51 % (n=8) y prótesis 7.31 % (n=3).

Las pacientes sometidas a TRAM unipediculado tenían obesidad en 37.5 %, cirugías abdominales en 25 % y tabaquismo 25 %. Ninguna de las pacientes de este grupo padecían de diabetes. La calidad de la piel en el área mastectomizada fue buena en todos los casos y la de la zona donante buena en el 50 % y excelente en el restante. Las complicaciones del procedimiento fueron necrosis del colgajo en la zona 4 en el 25 % (n=2) e infección del colgajo en el 12.5 % (n=1).

El grupo de pacientes sometidas a TRAM bipediculado presentaban como factores de riesgo: obesidad en el 33,33 %, cirugías abdominales previas en el 55.55% y tabaquismo en el 44.44 % de los casos. La piel de la zona receptora fue mala en el 11.11 % y buena en el restante. La zona donadora fue buena en el 88,8 % y excelente en el resto. Las complicaciones que se presentaron fueron: necrosis grasa 11.11% (n=1) y hernia de pared 11.11 % (n=1).

Los factores de riesgo que se presentaron en el grupo de pacientes a quienes se les realizó TRAM bipediculado retardado fueron: obesidad 42,85 %, cirugías abdominales previas 57.14 % y tabaquismo 57.14 %. La calidad de la piel de la zona receptora fue mala en el 14.28%, buena 71.42 % y excelente en el resto. La zona donadora fue buena en el 85.71 % y excelente en el 14.28 %. La hernia de pared fue la única complicación que se presentó en una paciente.

El TRAM libre se realizó en una paciente, que presentaba antecedente de cirugía abdominal, tabaquismo y diabetes mellitus tipo II. La calidad de la piel de la zona receptora y donadora eran buenas. Presentó como complicación necrosis del colgajo en su totalidad.

El grupo de pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con colgajo de dorsal ancho más implante mamario presentaron como factores de riesgo: obesidad en el 60 %, cirugías abdominales previas en el 80 %, tabaquismo en el 60 % y diabetes mellitus tipo II en el 20 % de los casos. La piel de la zona receptora fue buena en todos los casos, al igual que la zona donadora. Las complicaciones que se presentaron fueron: seroma en el 40 % (n=2) y contractura capsular 40 % (n=2).

Los factores de riesgo que se presentaron en el grupo de pacientes a quienes se les realizó expansión tisular y implante fueron: obesidad 25 %, cirugías abdominales previas 62.5 % y tabaquismo 12.5 %. La calidad de la piel de la zona receptora fue excelente en el 87.5 % y buena en el resto. La contractura capsular fue la única complicación que se presentó en el 25 % (n=2) de las pacientes.

La reconstrucción mamaria con implante de silicón sin expansión tisular se realizó en un grupo de pacientes con los siguientes factores de riesgo: cirugía abdominales previas (en todos los casos) y tabaquismo 66.66 %. La calidad de piel de la zona receptora fue buena el 66.66 % de los casos y excelente en el resto. La complicación que se presentó fue la contractura capsular en un solo caso.

DISCUSIÓN

Las características de atención de la Unidad donde se realizó el estudio solo permiten la reconstrucción mamaria en forma tardía.

Según la experiencia del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza la tendencia es la reconstrucción mamaria con tejido autólogo en un 61 % (Figura 1) por lo que las pacientes deben ser valoradas en forma integral e individual teniendo en cuenta la historia clínica el examen físico y el tipo de mastectomía realizada. De acuerdo a esta valoración se tomará la decisión del procedimiento reconstructivo a realizar (Tabla 1).

El colgajo musculocutáneo de recto abdominal de forma transversa (TRAM) en cualquiera de sus variedades (unipediculado, bipediculado, bipediculado retardado y libre) sigue siendo la primera opción, al igual que los resultados obtenidos por Hartramf.⁴

La condición ideal para conseguir un mejor resultado con la realización del TRAM unipediculado es la ausencia de obesidad, diabetes, tabaquismo y de cirugías abdominales previas; presentándose mayor tasa de complicaciones en pacientes con presencia de uno o más de estos factores, como se corrobora en nuestra experiencia (Tabla 2).⁷

Las pacientes que presentaron dos o más de los antecedentes mencionados fueron sometidas a reconstrucción mamaria con colgajo TRAM bipediculado o bipediculado retardado para aumentar la irrigación del colgajo, disminuyendo las complicaciones. La desventaja de realizar el colgajo bipediculado es la producción de una mayor debilidad de la pared abdominal.⁷

La expansión tisular y colocación de implante mamario se realizó en las pacientes que presentaron todos los antecedentes anteriores, cuando el músculo pectoral mayor se encontraba íntegro luego de la mastectomía. La complicación que se observó con esta técnica fue la contractura capsular del implante con una frecuencia similar a la descrita por Malcom.³ En las pacientes en quienes mediante el examen físico se detectó la ausencia parcial o total de pectoral mayor, se decidió realizar la reconstrucción con colgajo musculocutáneo del dorsal ancho más la colocación de implante mamario. Las complicaciones más frecuentes fueron la formación de seromas en el sitio donador y contractura capsular del implante, similar a lo informado por Delay.⁵

La complicación más frecuente observada en las pacientes en quienes se utilizó el implante para la reconstrucción mamaria fue la contractura capsular, siendo la misma 31.2%.

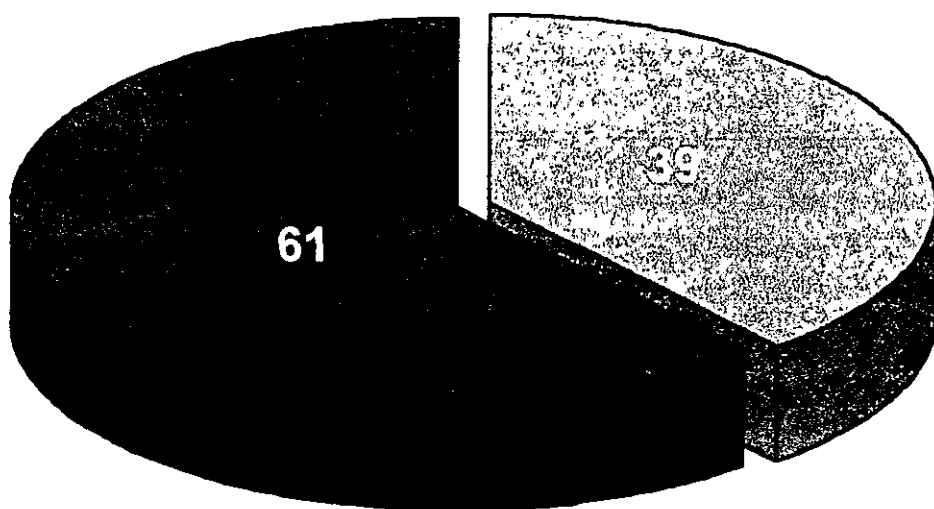
CONCLUSIÓN

- La reconstrucción mamaria con colgajo TRAM unipediculado esta indicado en pacientes con:
 - Tejido adiposo abdominal moderado.
 - Mamas de tamaño pequeño a moderado.
 - Ausencia de antecedentes de tabaquismo.
 - Ausencia de cicatrices abdominales.
 - No obesas.
- El colgajo TRAM bipediculado esta indicado en pacientes con:
 - Panículo adiposo abdominal leve a moderado.
 - Mamas de tamaño moderado a grande.
 - Antecedentes de tabaquismo.
 - Cicatrices abdominales.
- La reconstrucción con colgajo dorsal ancho más implante mamario esta indicado en:
 - Pacientes con deseo de no alterar la pared abdominal.
 - Dermolipectomía previa.
 - Cicatrices abdominales.
 - Escaso panículo adiposo abdominal.
 - Colostomía.
 - Necrosis de TRAM.
- La reconstrucción con expansor tisular más implante mamario esta indicado en:
 - Paciente con buena calidad de piel.
 - Pacientes con músculo pectoral mayor conservado.
 - Pacientes con contraindicación de reconstrucción mamaria de TRAM.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA



□ Implante mamario ■ Tejido autólogo

Figura 1

TIPOS DE RECONSTRUCCION MAMARIA

TIPOS DE RECONSTRUCCIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
TRAM unipediculado	8	19.51 %
TRAM bipediculado	9	21.95 %
TRAM bipediculado retardado	7	17.07 %
TRAM libre	1	2.43 %
Dorsal ancho + implante	5	12.19 %
Expansor + implante	8	19.51 %
Implante mamario	3	7.31 %
TOTAL	41	100 %

CUADRO 1

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

TIPOS DE RECONSTRUCCIÓN	DIABETES	TABAQUISMO	OBESIDAD	CIRUGÍAS PREVIAS
TRAM unipediculado	-	25 %	37.5 %	25 %
TRAM bipediculado	-	44.44 %	33.33 %	55.55 %
TRAM bipediculado retardado	-	57.14 %	42.85 %	57.14 %
TRAM libre	100 %	100 %	-	100 %
Dorsal ancho + implante	20 %	60 %	60 %	80 %
Expansor + implante	-	12.5 %	25 %	62.5 %
Implante mamario	-	66.66 %	-	100 %

CUADRO 2

BIBLIOGRAFIA

1. Coiffman F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson, Salvat medicina. 2ª Edición 1994.
2. Burk III RW, Grotting JC. Conceptual considerations in breast reconstruction. Clin Plast Surg 22: 141-152, 1995.
3. Malcom DP, Primary breast reconstruction with a subpectoral silicone tissue expander. Annals of Plast. Surg. 15: 404-413, 1985.
4. Hartrampf CR, Schefian M and Black PW. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. Plast. Reconstr. Surg. 69: 216-224, 1982.
5. Delay E, Gounot N, et al. Autologous latissimus dorsi breast reconstruction: A-3 year clinical experience with patients. Plast. Reconstr. Surg. 102: 1461-1477, 1998.
6. Vasconez HC, Holley D. Use of the TRAM and latissimus dorsi flaps in autogenous breast reconstruction. Clin Plast Surg 22: 153-166, 1995.
7. Schefian M, Dinner M. The Transverse Abdominal island flap. Part I Indications, Contraindications, results, and complications. Annals of Plastic Surg. 10 (1): 24-35, 1983.
8. Kroll SS, Coffey JL, et al. A comparison of factors affecting aesthetic outcomes of TRAM flap breast reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 96: 860-864, 1995.
9. Garcia O. The mastectomy specimen as a model for TRAM flap fabrication in immediate breast reconstruction. Annals of Plast. Surg. 42: 27-32, 1999.
10. Schusterman MA, Kroll SS, Weidon ME. Immediate breast reconstruction.- Why the free TRAM over the conventional TRAM flap? Plast. Reconstr. Surg. 90: 255-261, 1992.
11. Kroll SS, Evans GR, et al. Comparison of resource costs between implant-based and TRAM flap breast reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 97: 364-372, 1996.
12. Hammond DC, Larson DL, et al. Rectus abdominis muscle innervation: implications for TRAM flap elevation. Plast. Reconstr. Surg. 96 : 105-110, 1995.
13. Kroll SS, Netscher DT, et al. Complications of TRAM flat breasts reconstruction in obese patients. Plast. Reconstr. Surg. 84: 886-892, 1989.

14. Ishii CD, Bostwick J, et al. Doublepedicle transverse rectus abdominis myocutaneous flap for unilateral reast and chestwall reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 76 (6): 901-907, 1988.
15. Moon HK, Taylor I. The vascular anatomy of rectus abdominis musculocutaneous flaps based on the deep superior epigastric system. *Plast. Reconstr. Surg.* 82: 815-822, 1988.
16. Cooper G.G, Webster and G. Bell. The results of breast reconstruction following mastectomy. *Br. J. of Plast. Surg.* 37: 369-372, 1984.
17. Armstrong RW, Berkowitz L, Bolding, R.N. Infection Following breast reconstruction. *Annals of Plast. Surg.* 23: 284-288, 1989.
18. Amir A, Silfen R, Hamben DJ, Apron flap and re-creation of the inframammary fold following TRAM flaps breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 105: 1024-1030, 2000.
19. Clough K, Kroll S, Audretsch W. An approach to the repair of parcial mastectomy defects. *Plast. and Reconstr. Surg.* 104: 409-420, 1999.
20. Bostwick J. *Plastic and Reconstructive Breast Surgery.* Quality Medical Publishing, Inc. St. Louis Missouri 1990.
21. McCarthy J. *Cirugía Plástica: Tronco y Extremidades.* Editorial Medica Panamericana, Bs. As., Argentina, 1994.
22. Toth BA, Forley BG, Calabria R. Retrospective Study of the Skin-Sparing mastectomy in Breast Reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 104: 77-84, 1999.
23. Hidalgo DA. Aesthetic refinement in breast reconstruction- Complete skin-sparing mastectomy with autogenous tissue transfer. *Plast. Reconstr. Surg.* 102: 63-70, 1998.
24. Verheyden CN. Nipple-sparing total mastectomy of large breast : The role of tissue expansion. *Palt. Reconstr. Surg.* 101: 1494-1500, 1998.
25. Khoo A, Kroll SS, et al. Acomparision of risource costs of immediate and delayed breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 101: 964-968, 1998.
26. Serletti JM, Higgins J, Carras AJ. Free latissimus dorsi myocutaneous flap for ^ndary breast reconstruction after parúal loss of a TRAM flap. *Plast. Reconstr. Surg.* 100: 690-694, 1997.
27. Carlson GW, Bostwich J, et al. Skin-sparing mastectomy. *Annals of Surg.* 225: 570-578, 1997.

28. Cedema PC, Yates WR, et al. Postmastectomy reconstruction: Comparative analysis of the psychosocial, functional, and cosmetic effects of transverse rectus abdominis musculocutaneous flap versus breast implant reconstruction. *Annals of Plast. Surg.* 35: 458-468, 1995.
29. Evans G, David C, et al. The long effects of internal mammary chain irradiation and its role in the vascular supply of the pedicied transverse rectus abdominis musculocutaneous flap breast reconstruction. *Annals of Plast. Surg.* 35: 342-348, 1995.
30. Bensimon RH, Bergmeyer JM. Improved aesthetic in breast reconstruction: Modified mastectomy incision and immediata autologus tissue reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 34: 229-235, 1995.
31. Dowden RV. Selection criterio of successful immediata breasi reconstruction. *Plast. Reconstruc. Surg.* 88: 628-634, 1991.
32. Larson DL, Yousif NJ, et al. A comparison of pedicied and free TRAM flaps for breast reconstruction in a single institution. *Plast. Reconstr. Surg.* 104: 674-680, 1999.
33. Miller LB, Bostwick 111 J, et al. The supen'orly based rectus abdominis flap: Predicting and enhancing its blood supply based on an anatomic and clinical study. *Plast. Reconstr. Surg.* 81: 713-724, 1988.
34. Marshall DR, Anstee EJ, Stapleton MJ. Soft tissue reconstruction of the breast using an extended composite latissimus dorsi myocutaneous flap. *Br. J. of Plast. Surg* 37: 361 368, 1984.