



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"**

**CLASIFICACION DE LAS DEFORMIDADES
MAMARIAS POSTERIORES A
CUADRANTECTOMIA**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO PLASTICO Y RECONSTRUCTIVO

PRESENTA:

DRA. CRISTINA ARMENTA BAZAN

ASESOR DE TESIS:

DR. PEDRO GRAJEDA LOPEZ

JEFE DE SERVICIO CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA HECMR



IMSS MEXICO, D. F.

1997



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.

CLASIFICACION DE LAS DEFORMIDADES MAMARIAS
POSTERIORES A CUADRANTECTOMIA

AUTOR::DRA.CRISTINA ARMENTA BAZAN R4 CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

MATRICULA:10704442 GRADO ACADEMICO:2

ASESOR.: DR.PEDRO GRAJEDA LOPEZ

ADSCRIPCION:HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA .

CARGO:JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA HECMP

MATRICULA: 6113168 GRADO ACADEMICO: 4 DIRECCION PARTICULAR:TACOTALPAN #59-302,

COLONIA ROMA SUR, TELEFONO:584-39-62.

LUGAR DE DESARROLLO: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

TELEFONO: 724-59-00 EXT 1510

DIRECCION:ZACHILA Y SERIS SIN NUMERO.COLONIA LA RAZA.DELEGACION AZCAPOTZALCO.

- Resumen:

En este trabajo se incluyeron 18 pacientes de sexo femenino intervenidas de cuadrantectomía en el Hospital de Ginecología Castelazo Ayala perteneciente al IMSS, en los años de 1991 a 1996, y enviadas al Hospital de Especialidades CMR para valoración de la deformidad, con la finalidad de establecer una clasificación que permita en un trabajo posterior establecer un tratamiento específico para cada una de ellas. Se hizo la clasificación en base a el marcaje standard para mamoplastia de reducción, con mediciones de ambas mamas, así como el apoyo en la clasificación de Georgiade y Regnault para hipertrofia y ptosis mamaria respectivamente.

Se dividieron en tres grados las deformidades: Grado I: mamas afectada pequeña a hipertrofia leve con asimetría en el marcaje menores de 3 cms, así como ptosis leve a moderada, y mama sana con tamaño pequeño a leve.

Grado II: Mama afectada con hipertrofia moderada a severa, asimetría en el marcaje de 3 a 5 cms, y cualquier grado de ptosis, mama sana con hipertrofia moderada a severa y cualquier grado de ptosis.

Grado III: Mama afectada con hipertrofia severa a gigantomastia, asimetría en el marcaje mayor a 5 cms, y cualquier grado de ptosis. Mama sana con hipertrofia severa hasta gigantomastia, y cualquier grado de ptosis.

Los resultados mostraron que la mayor deformidad se presentará en pacientes de edad más avanzada, con hipertrofia severa a gigantomastia, y con mayores grados de ptosis, así mismo en relación al cuadrante afectado siendo mayor en el cuadrante inferior.

Palabras clave:

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

CMR: Centro Médico La Raza

CAP: complejo areola pezón

SIM: Surco inframamario.

Abstract:

In these work there have been included 18 female patients, that underwent quadrantectomy surgery of the breast, during the years of 1991 through 1996, in the Gynecology Hospital Dr.Castelazo Ayala, the patients where sended to clinical valoration, in the Speciality Hospital CMR, the finality of this work was to establish a classification, of breast deformities, that helps to manage a specific treatment for each one of them. The clasification was done in relation with the standard drawing for reduccion mamoplastias, with measures in both breasts, and with suport in the Georgiade's and Regnault's clasification for breast hipertrophy and ptosis.

There were divided en 3 deformitie grades: Grado I: Affected breas small to small hipertrophy, with drawing asimetry les than 3 cms, small to moderate ptosis, and the normal breast with small to moderate hipertrophy.

Grade II: Affected breast with severe to moderate hipertrophy, drawing asimetry from 3 to 5 cms, any ptosis grade, heralthy breast con moderatge to severe hipertrophy and any ptosis grade.

Grade III: Affected breast with severe hipertrophy or gigantomastia, drawing asimetry more tan 5 cms, any ptosis grade, healthy breast with severe hipertrophy to gigantomastia and any ptosis grade

Key words:

CMR: La Faza Medical Center

CAP: Nipple- areola complex.

SIM: Inframamary fold.

• Introducción

El tratamiento del carcinoma mamario ha sido por mucho tiempo manejada con los principios quirúrgicos establecidos por Halsted hace más de cien años siendo el tratamiento de elección la mastectomía radical, las modificaciones posteriores tales como la disección adicional de ganglios mamaros internos han sido progresivamente abandonados en tanto que procedimientos menos mutilantes, preservando el músculo pectoral han ganado progresivamente terreno.(1)

Se han hecho pocos avances en dirección de la realización de procedimientos conservadores que podrían salvar una mayor porción de la mama, sin embargo resultados de las últimas dos décadas muestran resultados prometedores en cuanto al tratamiento del carcinoma mamario, con cuadrantectomía, disección radical de ganglios y radioterapia.- (1) Por lo anterior el principal objetivo en el tratamiento de la cirugía conservadora del carcinoma mamario, es proveer de cirugía y de tratamiento con radioterapia que provea de menor índice de recurrencia tumoral, bajas complicaciones, y un buen resultado cosmético posterior.(2) Un mal resultado cosmético puede resultar en alteraciones psicológicas y morbilidad debido a una alteración en la visión de la imagen corporal y los efectos en el funcionamiento social.

- Actualmente diversos centros de investigación consideran que el tratamiento del carcinoma mamario tiene diferentes indicaciones para la cirugía conservadora (cuadrantectomía, disección radical de ganglios y radioterapia.(5)

- Instituto Gustave - Roussy - Francia

a) - Carcinoma unilateral

b) - tumores de 20 mms o menos

c) - De acuerdo a la clasificación de TNM T1, T2, N0, N1a, N1b, MO.(5)

- Veronesi maneja también en forma semejante:

Tumores de hasta 2 cms, T1, N0, M0 o etapa clínica I, IIA y IIB.(5)

Tomándose como contraindicaciones a este manejo : Pacientes de edad mayor a los 70 años (4) , mujeres embarazadas, o aquellas en las que no se pueda hacer un adecuado seguimiento (1) , que sea estricto, que tenga un carcinoma previo, o que rehusan seguir el tratamiento y en aquellas en las que hay un carcinoma bilateral.(5)

- La cuadrantectomía consiste en la remoción completa de un cuadrante de la mama , incluyéndose piel y fascia del músculo pectoral mayor la incisión consiste en un elipse con el eje mayor radiado desde el complejo areola pezón.

En todos los casos se realiza disección radical de ganglios y finalmente se realiza radioterapia de 3 a 6 semanas después de la cirugía (6) se prefieren usar aceleradores de cobalto con dosis de aproximadamente 180 a 200 cGy diariamente 5 días a la semana.

La quimioterapia no es rutina sin embargo en algunos casos se utiliza régimen con cis-platino + metotrexate y 5 de fluoracilo con 6 ciclos.

- Resultados de estudios comparativos entre mastectomía radical modificada y cuadrantectomía , publicados principalmente por Veronesi con los criterios e indicaciones anteriormente mencionados demuestran que los

porcentajes de curación y supervivencia son muy similares, así como en cuanto a recidivas y metástasis sin embargo es menor el porcentaje de complicaciones como fibrosis, cicatrices retráctiles y lfedema.-(1)

- Estos estudios han demostrado que la cirugía conservadora es una buena alternativa, sin embargo se necesitan más estudios para poder determinar su uso en tumoraciones de mayor tamaño, mayores de 2 a 2.5 cms.(4)

■ Materiales y métodos:

Estudio de tipo retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

Se incluyeron 18 pacientes del sexo femenino, tratadas en el Hospital de Ginecología número 4 y enviadas para valoración de tratamiento reconstructivo en el HECMP, siendo operadas de cuadrantectomía con disección radical de ganglios entre los años de 1991 a 1996.

Se tomaron como criterios de inclusión:

- a) Pacientes del sexo femenino
- b) Operadas de cuadrantectomía
- c) Con disección ganglionar y/o quimioterapia y radioterapia
- d) 31 a 80 años de edad.

Criterios de exclusión:

- a) Tumorectomías
- b) Segmentectomías
- c) Mastectomía radical modificada

Escala de medición de las variables:

Observacional, basado en el criterio de dos cirujanos plásticos y de acuerdo a los criterios establecidos para valorar simetría mamaria de acuerdo al marcaje standard para mamoplastia de reducción (15) así como basándose en la clasificación de Georgiade y Goldwyn para hipertrofia mamaria (13) y la de ptosis mamaria de Regnault.(14)

Financiamiento: Autofinanciable

Recursos materiales que se utilizarán: - Papelería

- Película fotográfica a color Ektachrome ASA 100
- Límite de tiempo de la investigación: Junio a Diciembre de 1996

Las características tumorales de las pacientes estudiadas mostraron:

Localización del tumor fue en el cuadrante superior externo en 8 pacientes
cuadrante superior interno en 6 pacientes
cuadrante inferior externo en 2 pacientes
cuadrante inferior interno en 2 pacientes

El tipo histológico predominante fue carcinoma canalicular infiltrante en 17 pacientes y en 1 carcinoma mixto lobulillar + infiltrante. La fecha de cirugías fue 6 pacientes intervenidas en 1991, 3 en 1992, 6 en 1993, 2 en 1994, y 2 en 1995 y 1 en 1996. El tamaño de la tumoración fue menor de 2 cms en 7 pacientes y de 2 a 5

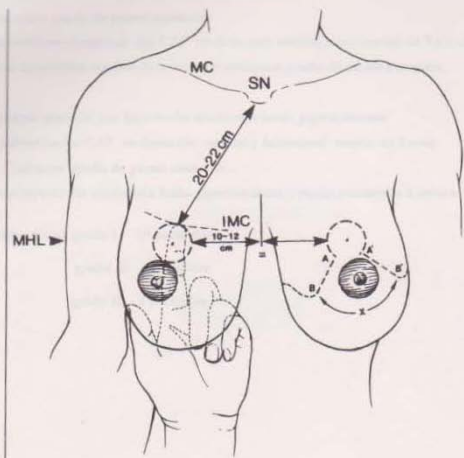
cms en 11 pacientes, correspondiendo a una etapa clínica I en 6 pacientes, IIA en 8 pacientes y IIB en 4 pacientes

Todas las pacientes fueron intervenidas con disección radical de ganglios y ciclo de radioterapia completa, además en 2 pacientes se dieron ciclos de quimioterapia.

Se realizó la clasificación de las deformidades mamarias tomándose como grados de hipertrofia leve con resección de 300 gramos, moderada de 300 a 700 grms, severa de 700 a 1200grms y gigantomastia con mayor de 1200grms.

La cantidad de ptosis de acuerdo a Regnault: leve con CAP (complejo areola peacán) a nivel del SIM (surco inframamario), moderada con CAP hasta 3 cms por debajo de el SIM, y severa con CAP mas de 3 cms por debajo del SIM. Todas las mediciones se realizaron con la mama afectada al igual que la contralateral. Aquí se muestra el marcaje convencional que se hizo para cada mama.





CLASIFICACION DE LAS DEFORMIDADES POR CUADRANTECTOMIA:

Grado I: mama afectada de tamaño pequeño hasta hipertrofia leve (hasta 300 gramos de resección)

Asimetría del CAP menor de 3 cms. del en dirección vertical y horizontal.

Ptosis mamaria leve a moderada

Mama sana: Pequeña a hipertrofia leve.

Ptosis: Con o sin ptosis leve a moderada

Grado II: Mama afectada: con hipertrofia moderada a severa

Cualquier grado de ptosis mamaria.

Asimetría en el marcaje del CAP en dirección vertical y horizontal de 3 a 5 cms.

Mama sana: con hipertrofia moderada a severa y cualquier grado de ptosis mamaria.

Grado III: mama afectada con hipertrofia moderada hasta gigantomastia

asimetría del CAP en dirección vertical y horizontal mayor de 5 cms

Cualquier grado de ptosis mamaria.

Mama sana: con hipertrofia moderada hasta gigantomastia y ptosis moderada a severa.

Resultados: Deformidad grado I - 10 pacientes.

grado II - 4 pacientes

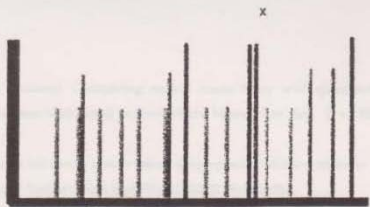
grado III - 4 pacientes

PORCENTAJE DE PACIENTES AFECTADAS POR GRADO DE DEFORMIDAD



GRADOS DE DEFORMIDAD

- GRADO III
- GRADO II
- GRADO I



EDADES: 31 45 47 48 50 54 59 62 66 68 70 72 73 75 80

(la x significa dos pacientes de la misma edad con misma deformidad).

Discusión:

Aquí se muestra un esquema de relación entre la edad de las pacientes y el grado de deformidad, encontrándose que a mayor edad hay relación con mayor deformidad, y además en la serie estudiada también mostró que si la cuadrantectomía es en cuadrantes inferiores hay deformidad grado III, encontrándose esto en las 4 pacientes con resección en cuadrantes inferiores y respectivamente con grado III de deformidad.

Conclusiones:

Con este estudio se logró clasificar cada una de las deformidades mamarias posteriores a cuadrantectomía por grados de afectación, encontrándose que la deformidad es mayor entre más hipertrofica y ptosica sea la mama sana, aumentándose la asimetría, así mismo esta será mayor si el tratamiento quirúrgico es realizado en los cuadrantes inferiores aunado a pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años).

Con esto pretendemos realizar una clasificación sencilla de recordar para el cirujano, siendo esto un preámbulo para poder establecer un tratamiento específico para cada deformidad.

Bibliografía:

- 1 - Veronesi Umberto, Saccozzi Roberto. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *New Eng J of Medicine*. 1981;305 (1): 6-11.
- 2 - Harris Jay R. Are cosmetic results following conservative surgery and radiation therapy for early breast cancer dependent in technique? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1992;23 (5):925-931.
- 3 - Sacchini V, Luini A. Quantitative and qualitative cosmetic evaluation after conservative treatment for breast cancer. *Eur J of Cancer*. 1991;27 (11):1395-1400.
- 4 - Sarrazin Daniele, Le Monique. Conservative treatment versus mastectomy in breast cancer tumors with microscopic diameter of 20 mms or less. *Institute Gustave Roussy. Cancer*. 1984;53 (5):1209-1213.
- 5 - Veronesi U, Luini Salvador. Conservative treatment for early breast cancer. *Ann Surg*. 1990;211 (3):250-259.
- 6 - Fagundes Marcio, Fagundes Humberto M. Breast conserving surgery and definitive radiation a comparison between quadrantectomy and local excision with special focus on loco-regional control and cosmesis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1993;27 (3):553-559.
- 7 - Berrino Pietro, Campora Elisabetta. Postquadrantectomy breast deformities: Classification and techniques of surgical correction. *Plast and Reconst Surg*. 1987;79 (4):567-572.
- 8 - Pearl Robert M, Wisnicky Jeffrey. Breast reconstruction following lumpectomy and irradiation. *Plast and Reconst Surg*. 1985;76 (1):83-85.
- 9 - Cooperman Avram, M, Dinner Melvyn. The rhomboid flap and partial mastectomy. *Surg C of N. America*. 1978;58 (4):869-873.
- 10 - Beadle Geoffrey F, Silver Barbara. Cosmetic results following primary radiation therapy for early breast cancer. *Cancer*. 1984;54 (12): 2911-2918.

- 11 - Wazer David E, Di Petrillo Thomas. Factors influencing cosmetic outcome and complication risk after conservative surgery and radiotherapy for early stage breast carcinoma. *J of Clinical Oncol.* 1992;10 (3):356-363.
- 12 - Pezner Richard D, Lipsett James A. Limited usefulness of observer based cosmesis scales employed to evaluate patients treated conservatively for breast cancer. *Int J. Radiat Oncol Biol Phys.* 1985.11 (6):1117-1119.
- 13- Goldwyn, F. Plastic and reconstructive surgery of the breast. Boston, Little, Brown and Company, 1976.
- 14- Regnault P. Breast ptosis: definition and treatment. *Clin Plast. Surg.* 3:193, 1973.
- 15- Georgiade, N.G, Riefkohl R. Problems in aesthetic breast surgery and their management : Aesthetic breast surgery. Baltimore Williams and Wilkins Company 1983.