

Experiencia en Reconstrucción de Mama Post-Mastectomía Radical y en Radionecrosis Post-Mastectomía Mediante Colgajo Miocutáneo de Recto, e Incisión Transversa Tipo Lipectomía

Dr. José Ochoa *
Dr. Salomón Russo **
Dra. María del Pilar Florik ***

RESUMEN

Presentamos nuestra experiencia en el uso de una técnica de reconstrucción mamaria desarrollada en el Hospital Universitario de Caracas.

Se presentan quince (15) pacientes con amputación mamaria por cáncer. En trece (13) de ellas la reconstrucción se hizo por razones estéticas, las dos (2) restantes, que presentaban radionecrosis ulcerada de la región fueron reconstruidas por razones obvias.

La realización del procedimiento en dos (2) equipos de cirujanos nos ha permitido practicar la operación en un tiempo promedio de tres (3) horas.

Todas las pacientes fueron evaluadas previamente para descartar la existencia de enfermedad activa.

La paciente de mayor edad (65 años), cuando le preguntamos las razones que tenía para intentar un procedimiento estético a su edad y después de quince (15) años de intervenida, nos respondió: "una mujer siempre es mujer".

SUMMARY

We present our experience in Breast Reconstruction technique using a method developed at the University

Hospital of Caracas, which consist in the transfer of an Abdominal Myocutaneous flap after resection for cancer or locally radiated areas.

We discuss the result and complications of such reconstructious.

Palabras Claves: Cirugía Plástica.
Mama. Mastectomía.

INTRODUCCION

Halstead definió el cáncer de la mama como una enfermedad de la misma que se difundía localmente y luego se extendía a los ganglios de la vecindad, por lo cual, para su tratamiento, se hacía necesario el vaciamiento de los ganglios axilares. Él consideraba que mientras mayor fuese la extirpación más posibilidades habría de una curación total. Dividía su equipo en dos, uno que hacía la ablación sin preocuparse de como iba a cerrarse la herida y otro que cerraba la herida operatoria.

Esta afirmación y los resultados obtenidos han calado muy profundamente en la mente del cirujano oncólogo y fueron, durante muchos años, el norte y guía de quienes manejaban este problema.

El mejor conocimiento de la biología de los tumores, la influencia de los factores inmunológicos en el desarrollo y control de la enfermedad, la aparición de la quimioterapia, el uso de los métodos de radioterapia cada vez más precisos, han obligado a la revisión de algunos de los conceptos que eran aceptados como un dogma y, a investigar nuevas rutas en el tratamiento.

* MTSVC; FACS; MFSVCP, Profesor Titular Jefe de la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Universitario de Caracas, Escuela de Medicina Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela.

** Cirujano Plástico de la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Caracas.

*** Cirujano Plástico de la Unidad de Cirugía Plástica del Hospital Universitario de Caracas.

EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCION DE MAMA

Hoy no hablamos de curación sino de sobrevivencia en años. sabemos que una lesión palpable de un (1) cm puede tener entre uno (1) y cinco (5) años de evolución asintomática y puede o no haber metástasis a distancia, como lo prueba el hallazgo de la enfermedad en los ganglios axilares en los diferentes niveles, aun en lesiones muy pequeñas; el uso de técnicas no invasivas como la tomografía axial computarizada, el gammagrama óseo y hepático, el estudio de receptores hormonales en los tumores, han permitido una mejor comprensión del problema, lo cual ha traído como consecuencia el considerar cada caso individualmente.

No existe una fórmula matemática de tratamiento del cáncer de mama, el cual debe hacerse en equipo integrado por internistas especializados en el manejo de tumores y entrenados en quimioterapia de los mismos, Cirujanos Oncólogos que extirpen el tumor, Radioterapeutas que irradien los casos susceptibles de ser ayudados por las radiaciones, Psiquiatras que ayuden a las pacientes a soportar su enfermedad y Cirujanos Plásticos que reparen las secuelas.

Ha pasado la época en que una paciente se conformaba con rellenar un sostén vacío, han caído en desuso las intervenciones ultrarradicales al revisar sus resultados a largo plazo en estadísticas numerosas. Cada vez tenemos una visión distinta del problema; el número de pacientes a las cuales se les hace un diagnóstico precoz es cada día mayor, siendo cada vez mayor el número de mujeres jóvenes que son operadas en estados precoces de la enfermedad, quienes no se resignan a su mutilación y que exigen al Cirujano ser reconstruidas.

Cada vez son más abundantes los trabajos que tratan de la reconstrucción de mamas amputadas por cáncer. En todas partes del mundo los Cirujanos Plásticos se han visto obligados a enfrentar el problema y se han descrito numerosas técnicas para su solución. Se discute ampliamente acerca del momento más oportuno para la reconstrucción y se emiten las más diversas opiniones. Hasta ahora lo más sensato y acorde a la realidad lo oí en un seminario de reconstrucción mamaria en el cual, después de estar horas en esa discusión bizantina, se levantó en el auditorio una bella Dama que tomó el micrófono diciendo: "Soy mujer, médico, tengo treinta y cinco años, me fue diagnosticado un tumor de mama hace un año, acepté la extirpación, la radioterapia y la quimioterapia adyuvante, con una sola condición, que se me concediera una reconstrucción de inmediato. No se si sobreviviré o no a la enfermedad, pero sí quiero vivir el tiempo que Dios me otorgue en las mejores condiciones posibles". Diciendo esto procedió a mostrar los resultados de la intervención". Como es natural, esta dramática llamada a la razón por parte de alguien involucrado, profesional, psicológica, y humanamente, nos cambió la mentalidad a todos los que allí estábamos: el hecho de que una mujer médico nos recordara que era su vida, su problema y su mama la amputada y que nosotros, que pensábamos o creíamos pensar objetivamente, también teníamos que tener en

cuenta, que el cáncer afecta a las personas que sufren por la enfermedad real y que piden además de su curación, la solución de las secuelas.

En 1982 (el Dr. José Ochoa y sus Colaboradores (3)) presentamos a la Academia Nacional de Medicina una comunicación previa de una técnica para la reconstrucción de mamas amputadas por cáncer que habíamos desarrollado y empezado a usar en el Hospital Universitario de Caracas, dicha técnica consistía en la elaboración en UN TIEMPO de un colgajo miocutáneo utilizando **parcialmente** el recto anterior del abdomen en algunos casos **contralateral** y en otros **ipsilateral**, y en la reconstrucción del complejo areola-pezones utilizando la piel pigmentada del lado **contralateral**.

Técnicas muy parecidas de reconstrucción de mama fueron desarrolladas por Gandolfo (2) en Argentina y Bostwick (3) en Atlanta, sin embargo, la técnica desarrollada por nosotros tenía variables importantes como son: la realización en un solo tiempo, la utilización parcial del recto anterior del abdomen y la reconstrucción del complejo areola-pezones así como mamoplastia reductora o dermopexia de mamas ptosicas simultáneamente.

En 1980 Vasconez (4,5) describió un colgajo vertical de recto abdominal utilizando una incisión vertical.

El uso de incisiones tipo lipectomía abdominal es posterior.

Hoy presentamos la experiencia en el uso de dicha técnica en los últimos tres (3) años, los problemas que hemos tenido en el manejo de la misma y los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODOS

Comenzamos las reconstrucciones con el colgajo miocutáneo de recto abdominal en 1982, desde entonces, hemos intervenido quince (15) pacientes de sexo femenino, unas en el Hospital Universitario de Caracas y otras en el Centro Médico de Caracas.

Todas fueron pacientes sometidas a diferentes tipos de mastectomía radical por cáncer de mama, entre las diferentes técnicas había tres (3) mastectomías con conservación del músculo pectoral mayor, dos (2) mastectomías con resección de la cadena de la mamaria interna, diez (10) eran mastectomías radicales con extirpación de músculos pectorales; en once (11) casos la mastectomía había sido realizada a través de una incisión horizontal y en los cuatro (4) restantes la incisión fue vertical.

Operamos dos (2) casos con radionecrosis de la axila y de la pared torácica, secuela de las radiaciones al tumor.

La edad de las pacientes estaba comprendida entre los sesenta y cinco (65) y treinta y dos (32) años.

El tiempo máximo entre la mastectomía y la reconstrucción fue de treinta (30) años y el mínimo de quince (15) meses.

En todos los casos se estudió previamente a la paciente con gammagrama hepático y óseo, perfil médico-quirúrgico, evaluación cardiovascular y radiografía de tórax y pulmones, con el objeto de descartar enfermedad aparente.

Las pacientes con radionecrosis estaban infectadas antes de la intervención, en una de los casos había costillas fracturadas, fibrosis pulmonar y cartílagos costales expuestos.

Nueve (9) pacientes habían sido irradiadas y de ellas siete (7) no tenían signos de radionecrosis pero dos (2) tenían lesiones severas.

Siete (7) habían recibido quimioterapia, dos (2) de ellas en combinación con radioterapia. Solo una (1) no había recibido ni radioterapia, ni quimioterapia.

El día anterior a la intervención, con la paciente de pie, se procede al diseño del colgajo a utilizar. En los dos (2) casos (las radionecrosis ulceradas) que no eran intervenidas con fines de reconstrucción mamaria sino para reparar las zonas de extirpación de radionecrosis ulceradas simplemente se diseñó el colgajo. En trece (13) de los casos se marcó la mama contralateral: para efectuar mamoplastia reductora en once (11) de ellos, en uno (1), se hizo diseño para dermopexia de mama y, en el otro no se modificó la mama sana, por no necesitarlo, simplemente se hizo un círculo concéntrico periareolar para obtener piel pigmentada para reparar el complejo areola-pezones.

Las intervenciones son realizadas bajo anestesia general, extirpando en bloque la cicatriz de la mastectomía radical anterior, liberando las adherencias de la piel del tórax a la parrilla costal y restituyendo a su tamaño original la resección anterior.

En el abdomen se traza la incisión de lipectomía abdominal hasta la aponeurosis procediendo a despegar el colgajo de la lipectomía hasta dejar expuesta toda la pared abdominal por encima del ombligo y se hace el túnel que va a comunicar la incisión torácica con la abdominal para poder pasar el colgajo.

Se abre la aponeurosis del músculo recto ipsi o contralateral en su borde interno y se diseña por encima del colgajo abdominal la cara posterior del músculo; se diseña por detrás del colgajo de piel abdominal el músculo recto y se procede a la sección del músculo por encima de la Arcada de Douglas. Es muy importante respetar el mayor número posible de vasos, pues es esto lo que va a permitir la viabilidad del colgajo.

Se traslada el colgajo por el túnel previamente hecho hacia el tórax, suturándolo a la pérdida de sustancia dejada por la resección.

En algunos casos, especialmente cuando ha sido reseñado el músculo pectoral procedemos a desepitelizar una porción distal del colgajo con el objeto de rellenar el defecto. El complejo areola-pezones es reconstruido al

terminar de suturar el colgajo utilizando la piel pigmentada de la areola contralateral como un injerto libre.

Simultáneamente otro equipo de cirujanos ha realizado la mamoplastia reductora contralateral o ha obtenido la piel pigmentada para la reparación del complejo areola-pezones, este mismo equipo se encarga de cerrar la aponeurosis del recto dejando dos (2) drenajes de aspiración en la región abdominotorácica que saldrán a través del Monte de Venus.

RESULTADOS

En ninguno de los casos en los que no existía infección previa del abdomen hubo necrosis del colgajo.

En los dos (2) casos con radionecrosis existía infección y la cicatriz de una laparotomía media infraumbilical por lo que se utilizó solamente la porción proximal para cubrir y la porción distal para rellenar. En ambos casos tuvimos sepsis muy severas, una de ellas con hemocultivos positivos y cultivos positivos de la punta del catéter de la subclavia, lo que obligó a una terapia muy prolongada con antibióticos. En un caso hubo necrosis de los bordes de resección de la radionecrosis lo que obligó a eliminar estas zonas y a cerrar el defecto del tórax con el colgajo. Las zonas ulceradas del abdomen cicatrizaron por segunda intención. La otra paciente aún no ha cicatrizado.

Una de las pacientes desarrolló en el post-operatorio inmediato una coagulopatía de consumo que cedió con tratamiento médico, un año después falleció por carcinosis generalizada. Debemos hacer notar que para el momento de su reconstrucción estaba aparentemente libre de enfermedad. Y la primera manifestación de las metástasis fue la aparición de trastornos visuales y dolor en región intercostal, que al ser exploradas demostraron ser una metástasis intraocular y otra a nivel del tercer cartilago costal izquierdo, respectivamente, a los diez (10) meses de la reconstrucción.

Dos (2) pacientes sufrieron contracción abdominal, una de ellas por haber tenido una crisis de asma en el post-operatorio inmediato.

Otra paciente necesita un retoque de la mama reconstruida y posiblemente haya que reseñar el músculo recto abdominal cuyo paso hacia el tórax es muy ostensible.

Los colgajos no tienen sensibilidad táctil pero en general las pacientes (excepto una (1)) están satisfechas con el resultado obtenido y el cambio psicológico fue muy favorable.

DISCUSION

Es para nosotros una verdad casi axiomática que la amputación de las mamas coloca a las pacientes en una situación de minusvalía psicológica. Creemos que cualquier método que las ayude a soportar esta pérdida debe ser tomado en consideración; se han utilizado desde los

EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCION DE MAMA

rellenos externos dentro del sostén hasta los intentos de reconstrucción quirúrgica con el uso de prótesis, injertos dermograsos y, recientemente, con los colgajos miocutáneos entre los cuales el más usado hasta ahora ha sido el del Latissimus Dorsii con relleno utilizando una prótesis de silicon.

El colgajo miocutáneo del recto abdominal nos ofrece la posibilidad de hacer la reconstrucción sin dejar cuerpos extraños, esto es una gran ventaja pues hasta el momento no existe la prótesis ideal, además el costo cada día mayor de dichas prótesis hace casi prohibitivo su uso en la paciente carente de recursos.

Creemos que el método que hemos presentado es un buen procedimiento, ha sido posible gracias al trabajo en equipo de un grupo de Cirujanos lo que nos permite disminuir el tiempo operatorio, y por lo tanto la pérdida de sangre y la duración de la anestesia, disminuyendo como consecuencia la morbilidad del procedimiento.

Estamos concientes de que la escogencia del método para reconstruir una mama debe ser individualizado de acuerdo a las características de la paciente y la experiencia del cirujano, la técnica aquí presentada es una alternativa más para la solución de un problema que a todos nos preocupa, pero debe ser realizada por personal entrenado.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Bostwick y col.- Breast reconstruction following radical mastectomy *Plastic and Reconstructive Surgery*. 61: 682-693, 1978.
- 2 Gandolfo.- Comunicación Personal.
- 3 Ochoa, José y col.- *Gaceta Médica de Caracas*, Año XCI, Nos. 4, 5 y 6 Pág. 186-189, 1983.
- 4 Vasconez, L. y col.- *Breast Reconstruction, Clinic and Plastic Surgery*. 7: 79-88, 1980.
- 5 Vasconez, L. y col.- *Colgajos musculares y musculocutáneos*. Editorial Jums, Barcelona, 1982.