RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POST-MASTECTOMÍA. DIFERENTES ALTERNATIVAS

Héctor D. Vuoto MAAC, Ignacio L. Mc Lean MAAC, Juan L. Uriburu MAAC, Oscar L. Bernabé MAAC, Francisco B. Santillán MAAC, Leonardo H. Mc Lean MAAC FACS

DEL SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA, HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

RESUMEN

Material y Métodos: Se presentan 313 mujeres a quienes se les realizó reconstrucción mamaria entre enero de 1981 y diciembre de 1998. En 263 pacientes se realizó colgajo miocutáneo de dorsal ancho, en 42 colgajo miocutáneo de recto anterior del abdomen y en 32 expansor tisular. De éstas, 85% se realizaron en forma simultánea a la mastectomía y 15% diferida.

Resultados: El 25% de los expansores colocados debieron ser retirados por complicaciones.

Conclusiones: La edad de la enferma no contraindica la reconstrucción. No existe un método mejor que otro, sino que según las distintas circunstancias, cada técnica tiene sus indicaciones. Si no existen contraindicaciones precisas, la reconstrucción inmediata presenta excelentes resultados estéticos, sin comprometer la evolución oncológica y colocando a la mujer en una mejor posición psicológica para enfrentar su enfermedad.

SUMMARY

Methods: This is a review of 313 breast reconstructions performed between January 1981 and December 1998. The latissimus dorsi myocutaneous flap was performed in 263 patients, TRAM flap in 42 and tissue expander in 32. There were 85% immediate reconstructions and 15% delay reconstructions.

Results: 25% of the tissue expanders were lost because of complications.

Conclusions: The age is not a contraindication. Each technique has its proper indications. In those cases without contraindications, immediate breast reconstruction offers excellent cosmetic results, without compromising the oncological result, and put the patient in a better psychological position to face up her illness.

Palabras clave: glándula mamaria - reconstrucción postmastectomía
Rev. Argent. Cirug., 2001; 81 (1-2); 30-38

A pesar de los avances de los métodos auxiliares de diagnóstico que permiten el hallazgo de lesiones iniciales de cáncer de mama, la mastectomía sigue vigente y en nuestra serie representa el 40% de los tratamientos quirúrgicos. La reconstrucción mamaria post-mastectomía (RM) pasó por diversas etapas de aceptación. En un primer momento estuvo proscripta y luego se la aceptó con reticencias y limitaciones para pacientes con larga supervivencia y estadios iniciales. Para Dowden la RM simultánea a la mastectomía ha establecido como un procedimiento estándar para la asistencia de la paciente mastectomizada.

En la actualidad sabemos que los procedimientos reconstructivos no interfieren en el manejo oncológico ni en la evolución natural de la enfermedad más aún, existen publicaciones que relatan una mejoría en la supervivencia global de las enfermas reconstruidas. Nosotros somos partidarios de la reconstrucción mamaria inmediata a la mastectomía y creemos que toda mujer sometida a tratamientos amputativos tiene el derecho de exigir una reconstrucción de su mama perdida. El objetivo del presente trabajo es comunicar nuestra experiencia de 20 años con las diferentes técnicas reconstructivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 1981 y diciembre de 1998, se trataron 2209 pacientes portadoras de cáncer de...
En 1,164 (52,7%) la operación efectuada fue una mastectomía; en 263 (22,6% de las mastectomías) se realizó algún procedimiento reconstructivo. Otras 36 pacientes a quienes se les realizó mastectomía de rescate post-recurrencia total luego de cirugía conservadora, también fueron reconstruidas. Otras 14 pacientes mastectomizadas en otro centro, concurrieron al servicio para solicitar la RM. El grupo en estudio queda conformado por 313 pacientes reconstruidas.

Las técnicas utilizadas fueron: 239 reconstrucciones con colgajo mio-cutáneo de dorsal ancho; 46 con colgajo mio-cutáneo de músculo recto abdominal ("TRAM flap"); 32 con expansor tisular (en 30 pacientes —2 casos bilaterales—).

La edad de las pacientes varió entre 27 y 74 años, con una media de 47,7.

Si bien el 22,5% de las pacientes mastectomizadas fueron reconstruidas, al agruparlas por edad observamos que en pacientes menores de 50 años, 47,5% realizaron reconstrucción vs 11% en mayores de 50 años:

La estadificación oncológica por el sistema pTNM fue la siguiente (Tabla 1).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Estación</th>
<th>Dorsal ancho</th>
<th>TRAM</th>
<th>Expansores</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>33 13,8</td>
<td>5</td>
<td>12 3 9,4</td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>66 27,6</td>
<td>3</td>
<td>7,2 7 21,8</td>
</tr>
<tr>
<td>IIA</td>
<td>60 25,1</td>
<td>8</td>
<td>19 5 15,6</td>
</tr>
<tr>
<td>IIB</td>
<td>50 20,9</td>
<td>22</td>
<td>52,3 12 37,5</td>
</tr>
<tr>
<td>IIIA</td>
<td>11 4,9</td>
<td>1</td>
<td>2,3 0</td>
</tr>
<tr>
<td>IIIB</td>
<td>1 0,4</td>
<td>0</td>
<td>1 3,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>239</td>
<td>42</td>
<td>32 7,2 12,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Dorsal ancho</th>
<th>TRAM</th>
<th>Expansor tisular</th>
<th>Total</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Simultáneas</td>
<td>204 85,4</td>
<td>34 81,0</td>
<td>28 87,5</td>
<td>266 85</td>
</tr>
<tr>
<td>Diferidas</td>
<td>35 14,6</td>
<td>8 19,0</td>
<td>4 12,5</td>
<td>47 15</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>239 100</td>
<td>42 100</td>
<td>32 100</td>
<td>313 100</td>
</tr>
</tbody>
</table>
cutáneo sobre la parrilla costal. Insulación semanal por consultorios externos, con solución fisiológica hasta alcanzar el volumen deseado. En un segundo tiempo, luego de 3 a 6 meses, extracción del expansor temporal, corrección del surco submamario e implante de prótesis definitiva de gel de siliconas.

Colgajo mio-cutáneo de dorsal ancho: Diseño de isla dermograsa dorsal; tallado de los colgajos cutáneos hasta liberar el músculo en toda su superficie; liberación de sus bordes libres y sección de sus inserciones ilíacas y espinales; rotación del colgajo al lecho de la mastectomía a través de túnel axilar; cierre de herida dorsal; fijación del colgajo al lecho de la mastectomía. En un segundo tiempo, luego de 3 meses, implante de prótesis de gel de siliconas retromuscular.

Colgajo mio-cutáneo de recto anterior del abdomen ("TRAM"): Se confeciona una isla dermograsa transversa en abdomen inferior, unida a uno o ambos músculos rectos anteriores; disección de colgajo abdominal superior hasta comunicar con el área de la mastectomía (túnel); apertura de la vaina del músculo recto anterior en su borde externo; ligadura y sección de los vasos epigástricos inferiores; sección del músculo recto anterior por debajo del borde inferior del colgajo; liberación del músculo en toda su extensión hasta sobrepasar el rebordo costal; rotación del colgajo al área de la mastectomía a través del túnel y remodelación de la neo mama; cierre del defecto abdominal, preferentemente en forma directa o, en su defecto, mediante la colocación de malla de polipropileno; drenajes tubulares; cierre cutáneo; exteriorización del ombligo o neoumbil-coplastia.

El cierre del defecto abdominal se realizó en forma directa en 15 pacientes (38,5%), y por medio de malla de polipropileno en 24 pacientes (61,5%).

Reconstrucción del complejo telo-areolar

Pezón. Colgajo en estrella de piel del lugar, o injerto de pezón contralateral.

Aréola: Tatuaje, o injerto de aréola contralateral sobre piel desepidermizada, o desepidermización.

Para obtener simetría, en ocasiones fue necesario intervenir la mama restante. Las operaciones realizadas fueron: reducción, mastopexia, implante, adenomastectomía.

Resultados

Al estudiar la evolución en el tiempo del tratamiento quirúrgico de las pacientes portadoras de cáncer de mama, se observa un aumento en el porcentaje del tratamiento conservador sobre los procedimientos amputativos. A su vez, a medida que la mastectomía fue cediendo terreno a la cuadrantectomía, un mayor porcentaje de las pacientes sometidas a mastectomía fueron reconstruidas, discriminando por décadas, entre 1971-1980 sólo el 3% fueron reconstruidas; entre 1981-1990 el 18,9% y entre 1991-1998 el 42,2%.

A continuación se detallan los resultados obtenidos con las distintas técnicas:

Expansor tisular: De los 32 casos, 20 completaron el tratamiento (62,5%). El promedio de insuflaciones fue de 4,3 (3-13); el tiempo hasta alcanzar el volumen definitivo fue de 2,7 meses (1-7), y el volumen del expansor fue de 300 cm³ en 7 casos; 400 cm³ en 19; 500 cm³ en 5; y 700 cm³ en 1 caso. El tiempo transcurrido desde la obtención del volumen definitivo hasta el recambio protésico fue de 7,8 meses. En 9 pacientes fue necesario corregir la mama contralateral, mastopexia en 5 casos, reducción en 2, e implante protésico en 2 casos. Complicaciones: en 5 pacientes (25%) fue necesario remover el expansor por infección más extrusión en 5 casos; hematoma más infección en 1, dolor intolerable en 1 y ruptura en 1. En una paciente se produjo movilización no deseada de la válvula.

Colgajo mio-cutáneo de dorsal ancho: De los 239 casos, 144 (60%) completaron el 2° tiempo de la reconstrucción con un implante de prótesis de gel de siliconas. En 109 (77,8%) fue necesario corregir la mama contralateral: reducción en 55, mastopexia en 36, implante de prótesis en 14, mastopexia más implante protésico en 2, adenomastectomía más implante en 1 y expansor en otro. En 35 casos no fue necesario corregir la mama contralateral. Treinta y ocho pacientes no estaban en condiciones de recibir aún el segundo tiempo de reconstrucción al momento del corte del estudio; en las restantes 57 no se llevó a cabo por motivos inherentes a las pacientes: estaban satisfechas con la primera operación o no deseaban someterse a una nueva intervención quirúrgica. En 127 casos se realizó algún tipo de tratamiento adyuvante post-reconstrucción: en 13 casos radio-
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

señala en 81 poliquimioterapia y en 33 hormonoterapia.

Complicaciones: necrosis total del colgajo en 8 casos (1.2%); extrusión de prótesis en 4 (1.6%); migración de prótesis en 3 (1.2%); necrosis parcial en 21 (5.7%); mioclonías del dorsal ancho en 1 (0.2%); contractura capsular periprotésica en 9 (3.7%); deshiscencia de sutura dorsal en 9 (3.7%); contractura dorsal en 3 (1.2%) y hematomas dorsales en 2 casos (0.8%).

Once pacientes presentaron recidiva local en 7 a 84 meses post-reconstrucción: 5 fueron tumores en el pecho (4 en colgajos de mastectomía y 1 en la piel del dorso); 3 subcutáneas; 2 infiltrantes en el pecho y 1 en ganglio interpectoral.

Ocho y seis pacientes presentaron metástasis a distancia, y 24 fallecieron por la enfermedad.

Colgajo mio-cutáneo de recto anterior del abdomen: El tiempo medio operatorio para la reconstrucción simultánea fue de 3,15 hs y para las diferencias fue de 2,45 hs.

Complicaciones: necrosis grasa tardía en 6 casos (14.2%); onfalitis o necrosis umbilical en 5 casos (12.8%); necrosis parcial del colgajo en 3 (7.1%); infección intraumbilical en 2 (4.7%); infección de colgajo en 2 (4.7%); necrosis parcial del colgajo abdominal en 1 (2.3%); colección epigástrica en 1 (2.3%); hernia postratoria en 1 caso (2.3%).

En 25 pacientes se realizaron tratamientos adyuvantes: en 3 hormonoterapia y en 22 quimioterapia.

Hasta el momento sólo 7 pacientes realizaron el segundo tiempo de la reconstrucción: se efectuaron 3 mamiloplastias; 2 mamiloplastias más peña contralateral; 1 implante protésico más pexia lateral; y 1 mamiloplastia más reducción contralateral.

En el segundo tiempo, 3 pacientes presentaron metástasis a distancia y 1 falleció por otra causa.

Discusión

El objetivo primario de la RM es obtener volumen y forma similar a la mama opuesta; no el de lograr una mama semejante a la natural. Como obstáculos secundarios, incluimos la corrección de la depresión infracavicular y axilar, y colocar a la mujer en una mejor posición psicológica para enfrentar su enfermedad.

Uno de los principales obstáculos para realizar la RM es el económico. Desde los comienzos, afrontar estas intervenciones reconstructivas fue el resultado del esfuerzo del equipo quirúrgico y de las pacientes, dado que los costos resultantes raramente fueron solventados por los distintos sistemas de cobertura médica. Actualmente esta situación se ha ido revirtiendo lentamente y cada vez son más los sistemas prepagos que se hacen cargo de la cobertura económica.

La reconstrucción en forma inmediata a la mastectomía tiene una serie de ventajas con respecto a la diferida: menos procedimientos quirúrgicos para llegar al resultado final y por ende menos anestesias; cirugías más sencillas y rápidas; menores costos. La táctica operatoria se puede adecuar a la reconstrucción planeada, y adaptar las incisiones de la mastectomía para mejorar el resultado estético. También atenúa el impacto psicológico que produce la mastectomía, ya que la mujer siente el tratamiento realizado como una mutilación. Dean y col.³, en un estudio randomizado y prospectivo muestran significativas ventajas en la reconstrucción inmediata: menor morbilidad psicológica y mayor cantidad de mujeres que retornan a su trabajo, teniendo gran libertad para vestir.

Desde el punto de vista oncológico, la reconstrucción inmediata no implica mayores riesgos ni dificulta el seguimiento posterior del área operatoria. Barreau-Pouhaer y col.² prefieren la reconstrucción diferida en pacientes con carcinoma infiltrante porque las complicaciones postoperatorias podrían diferir o retrasar el inicio de la quimioterapia. Ninguna de nuestras 266 pacientes a quienes se les realizó una reconstrucción inmediata, tuvo que retrasar el inicio de los tratamientos adyuvantes indicados, aun en altas dosis, ni estos interfirieron en el resultado del procedimiento reconstructivo, salvo en 6 de las pacientes reconstruidas con expansor tisular, en que fue necesario su extracción por procesos infecciosos; de éstas, 3 estaban recibiendo poliquimioterapia.

En el seguimiento oncológico, el control local no se vio afectado por las distintas técnicas reconstructivas. Similares resultados obtuvieron Johnson², Petit² y Webster⁹. En nuestra serie, el 25% de los expansores debieron ser retirados o presentaron alguna falla que ensombreció el resultado; similar experiencia a la de Kroll y Baldwin³, quienes relatan un 21% de resultados desfavorables en sus expansores. Sin embargo, González y col.⁷ muestran excelentes resultados con baja morbimortalidad.
La edad media de nuestras pacientes fue de 47,7 años, con un rango de 27 a 74 años. Coincidiendo con otros autores\textsuperscript{5,6} en que la edad no es un factor determinante en el momento de planear la reconstrucción; el problema para la mujer mastectomizada es la falta de una mama y no la edad que tiene cuando debe sufrir la amputación. Más aún, August y col.\textsuperscript{1} encontraron menor tasa de complicaciones en las pacientes mayores de 60 años reconstruidas, a pesar que solamente el 7% de este grupo etario fue reconstruido luego de la mastectomía. Miller\textsuperscript{15}, en contraposición, encuentra a la edad mayor de 60 años como causa muy importante de complicaciones locales para la reconstrucción inmediata con expansores o implantes.

No existe un método mejor que otro, sino que según las distintas circunstancias, cada técnica tiene sus indicaciones. Ante la eventualidad de requerir una reconstrucción mamaria, debe ser el médico especialista el que recomiende la técnica que mejor se adecue a las necesidades y expectativas de cada paciente, teniendo en cuenta las ventajas y desventajas de cada una de ellas (Tabla 3). Así, si una mujer prefiere el procedimiento más sencillo, sin importarle demasiado el resultado final, probablemente la técnica que emplee el expansible tisular sea la más indicada para ella; por el contrario, si prefiere un buen resultado final, en implantes protésicos, el TRAM será la mejor opción. Si la paciente tiene una mama voluminosa, posiblemente el TRAM sea la mejor indicación ya que es muy difícil que con un expansor o con un colgajo mio-cutáneo de dorsal ancho consigamos una simetría aceptable\textsuperscript{10}. Las reconstrucciones bilaterales permiten obtener una simetría excelente y por lo tanto son mejor valoradas por las pacientes que las RM unilaterales.

Puesto que no son muchas las pacientes de nuestra serie reconstruidas con expansores y con TRAM, y dado que son pocas las que han completado los distintos pasos de la RM, no podemos comparar los resultados finales de las tres técnicas en estudio. Kroll y Baldwin\textsuperscript{10} obtuvieron mejores resultados con el TRAM que con las otras técnicas. Otros autores han obtenido similares resultados\textsuperscript{5,11,12,17}.

La diferencia en el número de RM con dorsal ancho y con TRAM no refleja la preferencia de una técnica sobre otra. Comenzamos a utilizar el dorsal ancho en 1981, mientras que el TRAM lo implementamos recién a partir de 1997. Si tenemos en cuenta sólo las pacientes operadas durante 1995, en 60% se utilizó el TRAM, dado que es la técnica que mejores resultados finales nos permitió. No

<table>
<thead>
<tr>
<th>Técnica</th>
<th>Ventaja</th>
<th>Desventajas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Expansores</td>
<td>- Cirugía sencilla</td>
<td>- Complicaciones de las prótesis</td>
</tr>
<tr>
<td>tisulares</td>
<td>- Menos cicatrices</td>
<td>- Resultado estético pobre (?)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Menores costos</td>
<td>- Consistencia diferente a la mama normal</td>
</tr>
<tr>
<td>Dorsal ancho</td>
<td>- Colgajo &quot;seguro&quot;</td>
<td>- Dificultad para reconstruir mamas ptósicas</td>
</tr>
<tr>
<td>TRAM</td>
<td>- Reconstrucción de mamas</td>
<td>- Diferencia de temperatura con mamas ptósicas</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>voluminosas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Menor corrección contralateral</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- No requiere prótesis</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Abdominoplastía</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

durante, existe un porcentaje (40% de nuestras pacientes operadas en 1998) que por distintas circunstancias requieren otro procedimiento. Si bien no tenemos experiencia, se están desarrollando técnicas de RM con colgajos libres vascularizados (TRAM, glúteo, lateral de muslo) con el objetivo de mejorar la perfusión de los colgajos y disminuir las complicaciones. Requieren mayor tiempo quirúrgico y entrenamiento en microcirugía, que por el momento no realizamos en nuestro servicio.

BIBLIOGRAFÍA

8. Hornet-Taylor C: The breast reconstruction advo-
10. Kroll SS, Baldwin B: A comparison of outcome using three different methods of breast reconstruc-
11. Mansel RE, Horgan K, Webster DJ: Cosmetic results of immediate breast reconstruction post-
12. Mc Craw JB, Cramer AR, Horton CE: Reconstruc-

DISCUSIÓN

Dr. Héctor La Ruffa* MAAC FACS: Nosotros creemos que puede resultar interesante aportar la experiencia nuestra, que existe en el Dr. Mc Lean, hasta el año '80 en el Roffo, en el Servicio de Patología Mamaria hacían de 1, 2 hasta 3 mastectomías diarias. Sin embargo la reconstrucción era considerada tabú. Merced a distintos simposios y mesas redondas que hicimos, reuniendo a radioterapeutas, a cirujanos y a patólogos se llegó a ciertas conclusiones como ser, que no interferían en la reconstrucción y recién entonces, comenzamos nuestra experiencia.

De todas maneras, cuando uno ve la marcación en mamas normales, se puede dar una idea de cómo será cuando desaparece una mama y entonces entramos al tema de las reconstrucciones que hemos practicado post mastectomías.

Las mastopastias han sido 165 pacientes en las cuales tenemos que dejar separar las reparaciones propiamente dichas, porque no son por reconstrucciones sino en parches y parciales, y la reconstrucción total, que es la que se toca en el tema de hoy, esto pertenece a un grupo mucho más extenso de pacientes asistidos de plásticas mamarias realizadas en 451 pacientes, implantados en 144. Uds. pueden ver, se cambió prótesis en 5 y
se llevó a cabo en hipotrofia en asimetría y mastopatías y la plástica reparadora, finalmente son 165. A esto, en los últimos años se han agregado más casos, pero no difiere mucho en las conclusiones.

Estas son las condiciones que nosotros consideramos que los pacientes deben reunir antes de comenzar una reconstrucción mamaria, pues de nada vale hacerlo en presencia de mastatías alejadas y de nódulos en II-III. Las técnicas utilizadas han sido con modificaciónes. Nosotros introdujimos variantes en casi todas las técnicas. Son dignas de señalar las técnicas de Dinner, Drexer, Mathes, Bostwick, Labanther, etc. torácicas o abdominales. Es decir, que la reconstrucción total de la mama, como dijimos al principio, que hay que darle relieve y volumen, se puede hacer sólo con colgajo, esta es casi nuestra preferencia, sin prótesis; o combinación de colgajo y prótesis. Como sucedió y ha mostrado el Dr. Mc Lean, con el colgajo dorsal ancho y con prótesis solamente con areola pezón y sin areola pezón (se muestran diapositivas).

Se muestran reconstrucciones con prótesis unilaterales, les mostramos un caso en la cual, esta mujer muy delgada nunca tuvo mamás prominentes pero sí grandes infecciones con la mastectomía bilateral. Conseguimos neutralizar, colocamos prótesis lo más pequeñas posible luego de unos expansores pequeños. El resultado obtenido es de que tanto en la relación matrimonial el sólo hecho de que hubiera un relieve era suficiente, con lo cual no tuvo inconvenientes.

El colgajo del dorsal ancho es un excelente colgajo, deja la cicatriz en la región escapular pero como Uds van siempre necesitar una prótesis. Se consigue un buen volumen en el cual después hay que tallar que lo que nosotros llamamos un colgajito dentro de un colgajo, para crear el pezón. Bueno, otro ejemplo del colgajo dorsal ancho, prótesis y que hay que reformar la mama sana. Este es el volumen que aporta el colgajo abdominal, que es un volumen que es necesario escupir y amoldar a la característica de la paciente y a la otra mama.

Esta es la mujer muy delgada en la cual se ha quedado prácticamente la piel sobre costillas, merece un expansor. Sin embargo, nosotros utilizamos el mismo, esta es la etapa final cuando nosotros decimos que reconstruirnos el pezón con un colgajo sinuoso y plicado, el que da relieve al pezón. Este es el perfil obtenido ya en el resultado alejado de eso que mostramos recién, el inclinamos un poco por los tiempos, por los diferidos, porque hay quienes lo hacen simultáneamente; nosotros recorreríamos a Julio Fernández, que hacía lo mismo, resección y reconstrucción en el mismo tiempo y él decía que el cuerpo humano en comparación al auto, tenía una rueda de auxilio en el abdomen y es la mama que se forma con el colgajo abdominal o con las distintas transferencias de colgajos horizontales o del recto anterior (se siguen mostrando diapositivas). Esta es una reconstrucción hecha con colgajo horizontal abdominal. Estos colgajos pueden traer la arteria epigástrica uniforme o bilateral cuan
do lo hacemos más amplio. Ahí está el pezón reconstruido. Quedan cicatrices, por supuesto, y entramos a las variantes reconstructivas mamarias. En estas hay un ejemplo, un colgajo en una iatrogensia muy grande que intenta sanar el área mamaria. Este es el resultado final luego de colocar la prótesis y elaborar en aquel tiempo una areola no dice nada.

Esta es una mama hipertrófica que brinda un colgajo para reconstruir la que ha desaparecido. Este es el derrame en la técnica Julián Fernández sobre el abdomen luego se revierte el ombligo, la aplicación es esta, pasa al lugar de la mama el ombligo que a veces se retrae y se aprovecha para estrechar el sentido vertical en el abdomen. Más o menos los mismos tres sean nosotros, seccionamos el pedículo pero nunca los despechamos. En ese pedículo nosotros eliminamos la parte cutánea y nos queda suficiente tejido celular para aumentar el volumen de la mama donde sea necesario; se ve como le damos volumen a la mama. Ahí están las suturas y se ve que mantiene más erguida la mama y sin ninguna prótesis. El resultado muchas veces es que queda un surco de la mama reconstruida mucho más alto pero se puede obviar. Mediante una zetaplastia se desciende el surco de una manera similar al lado sano. Estas son las cicatrices verticales con las cuales tenemos que verlos, y luego de estas son las horizontales.

Acá es una mujer avenida donde el colgajo no baja del dorso ancho y del abdomen y no conseguimos dar el volumen. Este es otro preparatorio de una mastectomizada, mujer avenida. Los colgajos entran por tunelización. Acá en este caso, recordamos a Uriburu y Marino, es un colgajo lateral que tomamos, ahí se ve la cicatriz y trata de aumentar el volumen mamario. Esto es lo que puede dar de volumen el colgajo total del abdomen. Esta es el colgajo microícte que se traslada a la zona. Uds. van al traslado. Esta es el colgajo microícte con refuerzo en la aponeurosis en el abdomen. Bueno, esta es la etapa final. El colgajo con la areola y el pezón. Esa areola fue hecha con mucosa de los labios mayores.

Esta es una gran radiocinesis que se pudo sanar de esa manera. Finalmente ahí está el pezón elaborado y ahí está el estado final de la reconstrucción donde la mama reconstruida casi se puede decir de una elaboración mayor que la mama sana.

Dr. Federico J. Gruart MAAC: Debo comentar el trabajo presentado a la Academia sobre "Reconstrucción mamaria postmAAC: Debo comentar el trabajo presentado a la Academia sobre "Reconstrucción mamaria postmastectomía" involucrando en este estudio a 200 pacientes. Es por ello que dado que, en el periodo en que yo desarrollaba una intensa actividad quirúrgica, general hubo de efectuar un importante número de mastectomías. 4 pertenecian al sexo masculino. Tales mastectomías tuvieron una evolución complicadas. Como en la exposición del Dr. Mc Lean no he visto aclarado el porcentaje del sexo masculino, mucho le agradecería aclarar esta punto.

Dr. Leonardo H. Mc Lean MAAC FACS: Dr. La Ruffa, conocemos su experiencia. Ud. ha sido uno de los pioneros de la reconstrucción mamaria en nuestro medio; coincido con usted que en el año 1981, cuando comenzamos a hacer reconstrucciones, éstas eran mal vistas por muchos cirujanos oncológicos. Sin embargo, en el momento actual está mundialmente aceptada la reconstrucción a toda mujer que ha de ser sometida a una mastectomía y que en nuestro centro alcanza al 40% de las mujeres operadas por cáncer de mama y a quienes aconsejamos su ejecución en forma inmediata, es más, la paciente ha tomado ya conciencia y es ella la que lo pide.

También coincidimos con usted que en los casos reconstructivos predominan los pacientes con estadios I y II, aunque también presentamos estadios 0, que corresponden a pacientes que presentan lesiones no palpables pero que mamográficamente presentan signos de multicentricidad, como vemos en el carcinoma ductal, y pocos estadios III por expreso pedido de la paciente. Dr. Guart, el porcentaje de cáncer de mama en el hombre, comparando con el de la mujer está aproximadamente en el 1%, contamos con un número aproximado de 25 pacientes. Lógicamente que para estos casos no tiene indicación ningún tratamiento reconstructivo.

CIERRE DE LA DISCUSION
A PROPÓSITO DEL ACTA
11 de agosto de 1999

Dr. X. Pablo Curutchet** MAAC FACS: Quisiendo contribuir
planteado por el Dr. M. Mc Lean en la sesión anterior con
consideraciones generales. En general estamos total-
mente acuerdo con los conceptos emitidos en el trabajo y
creo que sigue todavía presentes las tres formas de re-
sección de mama después de mastectomía, es decir, con pró-
eoplastia, con o sin expander previo, con colgajo que requieran pró-
tesis en caso de que se dé. Variamos aunque u otra alternativa y con colgajos que
hay que excluir la gran ventaja de no requerir el evento protésico como
resegḾn de colgajo abdominal de recto anterior.

Para sintetizar, nuestra posición es claramente definida ha-
ces por lo que en este caso, de las múltiples ventajas que el
trabajo de los autores ha manifestado, fundamentalmente
no requerir el uso de prótesis. Es un resultado esté-
mas adecuado y funcionalmente mucho más adap-
tado al momento de la cirugía. Es muy difícil evitar las con-
secuencias que tiene la presencia de prótesis, con o
sin expander, a largo tiempo, en cualquiera de las dos situa-
tiones anteriores.

Del colgajo abdominal que tiene todas estas ventajas, el
resection recto anterior, evidentemente, tiene dos posibilidades, una que
es el colgajo en forma diferida y otra, que es hacerlo en forma
prótesica. Somos firmemente partidarios, de esta posición.
En este momento no tenemos la posibilidad de hacerla, pero en el futuro quiero que
conduzca a la reconstrucción en formas diferida, por las múltiples ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-
citaría, por las ventajas que eso impli-

Los autores de este trabajo, que han manifestado la
no requerir el uso de prótesis. Es un resultado esté-
más adecuado y funcionalmente mucho más adap-
tado al momento de la cirugía. Es muy difícil evitar las con-
secuencias que tiene la presencia de prótesis, con o
sin expander, a largo tiempo, en cualquiera de las dos situa-
tiones anteriores.

Con respecto a esto, es interesante notar que la viabilidad
del colgajo es muy amplia y la reconstrucción que se ob-
serva en mamografía es permanente con una consistencia sumamente adecua-
da, no creemos que haya ninguna justificación hoy
día de no ofrecer como primera instancia a la enferma, una
deseación de este tipo. También es interesante hacer notar
que nuestra posición, frente a la mastectomía radical, tal vez
sea menos amplia que la que la presenta el Dr. Lebenthal
pero de todas maneras, como ya se ha indicado, la
más partidarios de la conservación de piel externa en
mastectomía, ya ese concepto de los colgajos amplios, de la
resección de piel, etc., ha perdido vigencia y actualmen-
ta ya se ha mostrado por el Dr. Prader, no hay ninguna
diferencia en cuanto a recidiva local, ahorrando toda la piel que
es necesario, sacando hasta ahora y por ahora, el complejo
pezón y la zona de la cicatriz previa de la biopsia y la
zona del tumor, si es que éste no ha sido operado previamente.
Por lo tanto, se conserva la mayor cantidad de piel, lo cual ofrece
muy ventajas, da un bolsillo fasciocutáneo mucho más
mamario, evita la gran resección, del uso de la gran resección del
colgajo dérmico, del colgajo transferido.

Es decir, lo saca completamente pero luego puede ir
reduciendo en la necesidad de piel el defecto que ha creado en
la mama y puede moldear el volumen mamario de una manera
mucho más adecuada. Por lo tanto, para resumir, creo que en
este momento, en el año 1999, la oferta a la reconstrucción in-
médida a una enferma, debe ser fundamentalmente hecha
como primera instancia el colgajo de recto abdominal y si es
posible, libre, porque ofrece muchísimas ventajas con respecto al
rotatorio y que esta mastectomía debe ser hecha con la ma-
yor reducción de piel posible para ofrecer el estado estético fun-
cional más adecuado.

Por lo demás, y creo que los autores lo dejan prever en el
final de su trabajo, que ésta es la tendencia que están comen-
tando a seguir un doce que se efectúa en los centros especializa-
dos del mundo.

Dr. Roberto N. Prader MAAC FACS: Quisiendo contribuir con
la experiencia realizada en el Departamento de Mastología
del Instituto "Angel H. Roño" que dirige el Dr. Carlos Cresta
Morgado por los Dres. Eduardo González y Roque Adan.
Entre setiembre de 1998 y julio de 1999 se efectuaron 19
reconstrucciones mamarias con colgajo de recto abdominal,
14 fueron inmediatas a la mastectomía y 5 diferidas. Se uti-
izaron en 15 pacientes incisiones mínimas ("Skin-Sparing
Mastectomy") de acuerdo al tipo de incisión de biopsia pre-
via en caso de existir, o de diseño según criterio de técnica de
reconstrucción. Se incluyó siempre la cicatriz anterior y el
complejo areola-pezón, conservando la mayor cantidad
posible de envoltura cutánea. Esta técnica se basa en expe-
riencias que han demostrado que no se incrementa con su
utilización el índice de recidivas locales en relación con las
mastectomías convencionales (Newman L. "Presentation
Treatment and outcome of local recurrence after skin-sparing
mastectomy and immediate breast reconstruction", M. D.
Anderson Cancer Center. Annals of Surgical Oncology 5, 620,
1998. Small W.J. Jr. "Local management of primary breast
cancer" Northwestern University Chicago. Cancer Control
JMCC 4, 201-210, 1997). Las ventajas de la reconstrucción
con colgajo de recto abdominal con respecto a otras técni-
nicas es la obtención de mamas de consistencia normal con
más ptosis, menor incidencia de corrección de la mama re-
stante y buena simetría que perdura en el tiempo sin necesi-
dad de reparación secundaria. Con respecto a los colgajos
libres se realizaron en 12 pacientes de las cuales en 5 no se
combinó con otro método y 7 se acompañó de un pedículo
contralateral por necesidad como consecuencia de cicatrices
abdominales que dividían la isla. Los beneficios del colgajo
libre fundamentan la utilización total de la isla con menor
índice de necrosis grasa y la posibilidad de ampliar
este tipo de intervención a pacientes obesas y/o fumadoras.
Se practicaron 2 colgajos, 1 al 4to día post-operatorio como
consecuencia de un hematomata con acodamiento de la anasto-
mosis y trombosis venosa irreversible y otro por un espasmo
arterial tardío (7mo día post-op).

Casos 1 T.S., paciente de 46 años con recidiva local tardía (8 años) con indicación de mastectomía y alteración de la
formación a nivel del cuadrante supra-externo y laterализación del complejo areola-pezón. Mastectomía con reconstrucción inme-
diata a incisión mínima con isla de piel del colgajo que repasa
el defecto de forma y volumen. En un segundo tiempo recons-
trucción del complejo areola-pezón con star-flap e injerto libre de piel de cara interna de muslo.

Caso 2: S.M., paciente de 30 años con carcinoma multicéntrico y con cicatriz previa de biopsia en hora 12 con diseño circunareolar. Se diseña incisión que reseca cicatriz previa y complejo areola-pezón por separado en conjunto con la mama. Vaciamiento axilar por incisión independiente. Levantamiento, modelado y confección de la mama con sutura microquirúrgica con los vasos toracodorsales.

Caso 3: F.S., paciente de 40 años con carcinoma ductal y signos mamográficos de multicentricidad. Se realiza mastectomía con incisión periareolar y vaciamento por abordaje axilar. Reconstrucción con un colgajo combinado (pedículo libre) debido a cicatriz mediana infraumbilical previa. En el estudio anatomopatológico posterior se constató una axila positiva (± 20) por lo que recibió quimioterapia adyuvante a altas dosis con trasplante autólogo de médula ósea y radioterapia de men mamario sin tener complicaciones la mama reconstruida.