

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Reconstrucción mamaria postmastectomía. Revisión de 28 casos

Drs. CAROLINA BARRIGA, EDUARDO SAA, JAMILE CAMACHO, Int. ARLET ADAUY,
JAVIER ILABACA, AI. MACARENA MUÑOZ

Unidad de Patología Mamaria, Hospital del Salvador y Hospital Luis Tisné,
Departamento de Cirugía Oriente, Universidad de Chile

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es evaluar las reconstrucciones mamarias operadas en el Hospital del Salvador y Hospital Luis Tisné, sus complicaciones y grado de satisfacción cosmética de las pacientes. Se analizan en forma retrospectiva 26 pacientes con mastectomía, a las que se les realizó reconstrucción mamaria inmediata o diferida usando colgajo musculocutáneo de recto abdominal (TRAM). Mediante una encuesta se evaluó el grado de satisfacción de las pacientes. En un período de 68 meses se operaron 28 reconstrucciones mamarias en 26 pacientes. Hubo un 14,2% de complicaciones, una necrosis parcial de colgajo, una necrosis parcial de la piel nativa de la mama, una dehiscencia de la sutura umbilical y una hernia de pared. Veinticinco pacientes evaluaron con nota 7 el resultado cosmético y una con nota 3. Se concluye que el TRAM es una buena técnica de reconstrucción mamaria con escasas complicaciones, buen resultado estético e importante grado de satisfacción de parte de las pacientes.

PALABRAS CLAVES: **Reconstrucción mamaria, tratamiento**

SUMMARY

The aim of this work is to evaluate breast reconstruction operated on at "Hospital del Salvador" and "Hospital Luis Tisné", their complications and degree of cosmetic satisfaction of the patients. Twenty six patients with mastectomy are retrospectively analyzed, they had immediate or deferred reconstruction using muscle cutaneous flap from abdominal rectus (TRAM). The degree of satisfaction of patients was evaluated through a survey. In 68 months 28 breast reconstructions were operated in 26 patients. There was a 14.2% complications, one partial necrosis of the flap, one partial necrosis of the native breast skin, one dehiscence of the umbilical suture and a wall hernia. Twenty five patients evaluated with a 7 the cosmetic result, and one patient with a 3 It is concluded that TRAM is a good technique of breast reconstruction with very few complications, a good aesthetic result and a considerable degree of satisfaction on the part of the patients.

KEY WORDS: **Breast reconstruction, treatment**

INTRODUCCIÓN

La mastectomía es una cirugía que produce un impacto psicológico importante en las pacientes, alterando su autoestima y muchas veces sus relacio-

nes personales. Por lo tanto es importante tener claro que la reconstrucción mamaria es un derecho de toda paciente mastectomizada. Esta permite mejorar la calidad de vida, la imagen corporal y aspectos relacionados con sociabilidad y sexuali-

dad.^{1,2} Esta cirugía no altera el curso de la enfermedad de base ni enmascara recidivas locales.^{3,4} La reconstrucción mamaria es una cirugía ampliamente realizada en todo el mundo, la mayoría de las pacientes mastectomizadas prefieren tener su mama reconstruida.⁵ En los casos en que es posible se prefiere hacer en forma inmediata, realizando una mastectomía con conservación de piel y a continuación en el mismo acto quirúrgico la reconstrucción, con lo cual se logra mejores resultados cosméticos y se evita el impacto psicológico de verse mutilada. La reconstrucción mamaria puede realizarse con prótesis mamarias, expansores de piel o con tejido autólogo. Dentro de éstas, el colgajo musculocutáneo de recto abdominal con isla transversal de piel (TRAM) es el de elección. Si la paciente no tiene suficiente tejido infraumbilical se puede recurrir al colgajo musculocutáneo de dorsal ancho o a los expansores de piel.^{6,7} El nivel de satisfacción de las pacientes con esta cirugía es alto.⁸

Existen estudios que muestran un mayor grado de satisfacción cosmética de las pacientes con la reconstrucción con tejido autólogo (TRAM) versus prótesis o expansores.^{2,9}

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio es evaluar las reconstrucciones mamarias operadas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital del Salvador y Hospital Luis Tisné, sus complicaciones y grado de satisfacción cosmética con la cirugía, evaluado por las pacientes.



Figura 1. Colgajo musculocutáneo de recto abdominal ipsilateral monopediculado.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron en forma retrospectiva 26 pacientes con mastectomía uni o bilateral, a las cuales se les realizaron 28 reconstrucciones mamarias (dos pacientes fueron bilaterales). El promedio de edad de nuestras pacientes fue de 45 años (rango 29 a 58). Cuatro pacientes mastectomizadas habían recibido radioterapia de la pared torácica.

Entre marzo de 1998 y noviembre de 2002, se operaron en el Hospital del Salvador y de diciembre 2002 a agosto de 2003 en el Hospital Luis Tisné.

Las reconstrucciones se hicieron en forma inmediata o diferida, usando tejido autólogo con colgajo musculocutáneo de recto abdominal (TRAM) el cual fue uni o bipediculado (Figuras 1, 2 y 3).

El colgajo bipediculado se usó en pacientes con grandes requerimiento de volumen de tejido o cuando se necesitaba más de 20% de tejido sobrepasando la línea media del colgajo.



Figura 2. Colgajo tunelizado al lecho mamario.



Figura 3. Se ha reparado el defecto de la pared abdominal.

Los criterios de selección de las pacientes para reconstrucción mamaria fueron:

– no fumadores importantes (<20 cigarrillos al día),

– menores de 60 años,

– estadíos no metastáticos.

Estos criterios estaban sujetos a la disponibilidad de pabellón. En la actualidad a cualquier paciente de nuestra unidad, que cumpla estos requisitos, se le ofrece reconstrucción.

Las indicaciones de reconstrucción inmediata con conservación de piel fueron:

– cáncer *in situ* extenso o multicéntrico,

– patología benigna,

– estadio I y II.

La reconstrucción del complejo aréola-pezones se hizo a partir de los tres meses de reconstrucción, usando injerto de piel de la cara interna del muslo. En todos los casos la pared abdominal fue reparada con malla de polipropileno. Se dejó drenaje abdominal y en el lecho mamario.

Para evaluar el grado de satisfacción cosmética, se citó a las pacientes y se les entregó una encuesta. En ellas le debían colocar nota de 1 a 7 a su resultado cosmético. Además se les consultó a las que aún no tenían el complejo aréola-pezones, si deseaban la reconstrucción de este, en caso de respuesta negativa, explicar porqué (Figura 4).

RESULTADOS

Las causas de las mastectomías fueron tumores malignos en 24 pacientes y en 2 por patología benigna. Una paciente con un Tumor Phillodes gigante y una paciente con mastectomía bilateral realizada en el extrasistema por fibroadenomas.

La mayoría de las pacientes reconstruidas tenían carcinomas *in situ* o cáncer en etapa precoz (Tabla 1).

En dos pacientes se realizó reconstrucción bilateral y en 24 unilateral. Dentro de las reconstrucciones unilaterales en 5 se usó colgajo bipediculado y en 19 unipediculado. En los colgajos unipedicu-

Nombre: _____
 Edad: _____
 Tiempo de reconstruida: _____
 Reconstrucción inmediata o diferida: _____
 En el caso de no tener reconstruida su aréola, ¿desea reconstruirla? Sí _____ No _____
 Si su respuesta fue negativa, explique por qué. _____
 Coloque nota del 1 al 7 al resultado cosmético de su cirugía. _____

Figura 4. Encuesta de evaluación cosmética.

Tabla 1
ESTADÍOS DE LAS PACIENTES CON CÁNCER
(n= 24)

Estadío	n pacientes	%
O	10	41,66
I	6	25
II	6	25
III	2	8,33
IV	0	0
Total	24	100

lados, 7 fueron con el músculo recto abdominal ipsilateral y 12 contralateral.

Reconstrucciones mamarias inmediatas con conservación de piel se realizaron en 15 pacientes y diferidas en 11 (Tabla 2).

El promedio del tiempo operatorio fue de dos horas y media (rango 2 a 4 horas).

El intervalo de tiempo entre la mastectomía y las reconstrucciones diferidas fue de un promedio de tres años y medio (rango 4 meses a 16 años).

La reconstrucción del complejo aréola-pezones se realizó en 7 pacientes, hay 7 que tienen menos de tres meses de reconstruidas, una está fallecida y las 11 restantes prefirieron omitirla o diferirla para más adelante.

Durante el seguimiento, una paciente murió a causa de su enfermedad, en el resto no se observó recurrencia local.

Ningún colgajo recibió radioterapia.

Hubo un 14,2% de complicaciones. Una necrosis parcial de colgajo en un TRAM unipediculado ipsilateral en una paciente que fue reconstruida en forma diferida (3,5%) (Figura 5), necrosis que fue resecada y el colgajo resuturado, una necrosis parcial de la piel nativa de la mama (3,5%) (Figura 6), una dehiscencia de la sutura umbilical (3,5%) y una hernia de pared abdominal (3,5%) que fue reparada

Tabla 2
CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA EN
26 PACIENTES RECONSTRUIDAS

Reconstrucción:	Inmediata	15	(57,7%)
	Diferida	11	(32,3%)
Lateralidad:	Bilateral	2	(7,7%)
	Unilateral	24	(92,3%)
Unilaterales:	Colgajo bipediculado	5	(19,2%)
	Colgajo unipediculado	19	(80,8%)
Colgajo unipediculado:	Ipsilaterales	7	(36,8%)
	Contralaterales	12	(63,2%)



Figura 5. Necrosis parcial de colgajo.

(Tabla 3). Todas fueron en colgajos unipediculados y unilaterales, no hubo complicaciones en las reconstrucciones bilaterales.

En la encuesta entregada a cada paciente veinticinco pacientes (96,1%) evaluaron con nota 7 el resultado cosmético de la cirugía. Una paciente evaluó con nota 3 (3,9%), en este caso la reconstrucción fue inmediata y hubo una necrosis parcial de la piel nativa de la mama, esta encuesta fue contestada a las dos semanas postoperatorias, mientras se trataba su complicación.

Hubo 7 pacientes que prefirieron diferir la reconstrucción de areola y 4 omitirla. En estas cuatro pacientes la reconstrucción fue diferida, en la encuesta aseguraron que con el sólo hecho de tener "un bulto" en la mama las deja satisfechas. Las pacientes que desean diferirla quieren descansar de todos sus tratamientos y cirugías antes de hacerlo. En las Figuras 7 y 8 se observan resultados finales de la reconstrucción.



Figura 6. Necrosis de la piel nativa de la mama.

Tabla 3
COMPLICACIONES EN 28 COLGAJOS

Necrosis parcial de colgajo	1	3,5%
Necrosis parcial de piel nativa	1	3,5%
Dehiscencia de sutura umbilical	1	3,5%
Hernia de pared	1	3,5%
Total	4	14,2%



Figura 7. Reconstrucción diferida de mama izquierda, con el pezón reconstruido.



Figura 8. Reconstrucción mamaria bilateral diferida.

DISCUSIÓN

El TRAM tiene la ventaja que se puede moldear la nueva mama con una forma bastante similar a la otra mama, mejor que con otras técnicas.¹⁰ La mastectomía subcutánea con reconstrucción inmediata ha surgido como una opción con mejores resultados cosméticos y oncológicamente segura¹¹ además que sus costos son significativamente menores que al realizarla en forma diferida.¹² Es una cirugía con importante grado de satisfacción de las pacientes, incluso en mujeres con mastectomía profiláctica bilateral y reconstrucción inmediata.¹³ Actualmente es cada vez más frecuente, realizar una mastectomía profiláctica con reconstrucción de la mama contralateral.⁷ Llama la atención en nuestro estudio el importante número de pacientes satisfechas sólo con el TRAM y que no desean reconstruir el complejo aréola-pezones. Esto concuerda con publicaciones que revelan que el grado de satisfacción de las pacientes con y sin reconstrucción de aréola es estadísticamente similar.^{8,14} El número de complicaciones de nuestra serie concuerda con lo publicado en la literatura.^{15,16}

CONCLUSIÓN

El TRAM es una buena técnica de reconstrucción mamaria. Tiene escasas complicaciones, buen resultado estético e importante grado de satisfacción de parte de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Brandberg Y, Malm M, Blomqvist I. A prospective and randomized study. SVEA, comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life and cosmetic result. *Plast Reconstr Surg* 1999; 105: 66-74.
2. Wilkins EG, Cederna PS, Lowery JC: Prospective analysis psychosocial outcomes in breast reconstruction: one year prospective results from the Michigan Breast Reconstruction Study. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1014-15.
3. Calderón W: Reconstrucción mamaria postmastectomía por cáncer. Chile: *Rev Sanidad Def Nac* 1995; 12: 314-19.
4. Slavin SA, Schnitt SJ, Duda RB: Skin sparing mastectomy and immediate reconstruction: oncology risk and aesthetic results in patients with early stage breast cancer. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 49-62.
5. Keith D, Walter M, Heys S: Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears and hopes. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 1051-56.
6. Calderón W: Cirugía plástica. En: *Reconstrucción Mamaria Postmastectomía por Cáncer*. Cirujanos de Chile 2001; 563-72.
7. Hamdi m, Blondeel P, Van Landuyt K. Bilateral autogenous breast reconstruction using perforator free flaps: a single centers experience. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114: 83-89.
8. Andrade W, Baxter n, Semple J. Clinical determinants of patients satisfaction with breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 46-54.
9. Alderman A, Wilins E, Loery J. Determinants of patients satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 769-76.
10. Scott L. *The breast principles and art*. Lippincott-Raven.
11. Chagpar AB. Skin-sparing and nipple-sparing mastectomy: preoperative, intraoperative and postoperative considerations. *Am Surg* 2004; 70: 425-32.
12. Khoo A, Kroll S, Reece G. A comparison of resource costs of immediate and delayed breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1998; 101: 964-68.
13. Metcalfe K, Semple J, Steven N. Satisfaction with breast reconstruction in women with bilateral prophylactic mastectomy: a descriptive study. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114: 360-66.
14. Jabor MA, Shayani P, Collins DR. Nipple-Areola reconstruction: satisfaction and clinical determinants. *Plast Surg Reconstr Surg* 2002; 110: 457-63.
15. Erdmann D, Sundin BM, Moquin KJ. Delay in unipedicled TRAM flap reconstruction of the breast: a review of 76 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110: 762-7.
16. Clough KB, O'Donnoghue JM, Fitoussi AD. Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: II. Tram flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 1710-6.