

## TRABAJOS CIENTÍFICOS

# Reconstrucción mamaria bilateral. Experiencia de los últimos 7 años

Drs. EDUARDO VILLALÓN F, MARIO GARCÉS S, ALEJANDRA DÍAZ G, JORGE VILLAFRANCA A

Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau

### RESUMEN

Se muestra la experiencia clínica en 11 pacientes mujeres portadoras de cáncer mamario bilateral, sometidas a reconstrucción mamaria bilateral con colgajo miocutáneo de recto abdominal bilateral (TRAM), entre abril de 1995 y diciembre de 2001. Se revisaron las fichas clínicas de las pacientes y se tabularon edad, tipo histológico del cáncer, factores de riesgo y complicaciones a corto y largo plazo. Finalmente, se realizó una evaluación subjetiva por las pacientes acerca de los resultados quirúrgicos.

PALABRAS CLAVES: **Cáncer mamario bilateral, reconstrucción con TRAM**

### SUMMARY

The clinical experience of 11 female patients with bilateral breast cancer submitted to breast reconstruction with bilateral transverse abdominal island flap (TRAM), between April 1995 and December 2001 was reviewed. The medical records were reviewed and age, histologic type, risk factors and immediate and long term complications were tabulated. Finally, a subjective evaluation was performed to the patients about the surgical results.

KEY WORDS: **Bilateral breast cancer, TRAM reconstruction**

### INTRODUCCIÓN

La importancia de la integridad anatómica en el cuerpo femenino adquiere una connotación especial cuando se plantea el tratamiento de un cáncer mamario. Este supone en muchos de los casos la exéresis parcial o completa de la mama, condicionando en la paciente un sentimiento de gran minusvalía y un deterioro importante de su autoimagen. En algunos casos la enfermedad de base hace necesaria la extirpación bilateral, aumentando las secuelas físicas y, por consiguiente, las psicológicas. La cirugía reconstructiva en estas pacientes adquiere un valor evidente, y mejora en ellas la condición anímica para enfrentar el tratamiento posterior.

La posición actual en cuanto a la cirugía reconstructiva en pacientes mastectomizadas por cáncer es hacerla en forma simultánea con la cirugía de exéresis.<sup>1</sup> El método más utilizado por los equipos de Cirugía Plástica a nivel nacional e internacional es la reconstrucción con colgajo miocutáneo de recto abdominal (TRAM).<sup>1-4</sup>

Entre los factores de riesgo para esta cirugía se consideran los antecedentes de tabaquismo, obesidad, patologías crónicas asociadas como insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus e hipertensión arterial.<sup>5-6</sup>

El tipo histológico del cáncer puede influir en la decisión del tipo de exéresis, pero no directamente en la cirugía reconstructiva.<sup>2</sup>

El objetivo del presente trabajo es mostrar la

experiencia de reconstrucción en casos de pacientes mastectomizadas en forma bilateral en el Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau en los últimos 7 años.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva de la experiencia clínica en 11 pacientes portadoras de cáncer mamario operadas entre abril de 1995 y diciembre de 2001, las cuales fueron reconstruidas con colgajo TRAM bilateral, y en 4 casos se realizó además reconstrucción de pezón con técnicas de Cruz de Malta. Posteriormente fueron seguidas a largo plazo.

La edad promedio del grupo en control fue de 41,2 años (rangos entre 36 y 58). Se revisaron las fichas clínicas para tabular el tipo histológico del cáncer mamario, los factores de riesgo para reconstrucción y la presencia de complicaciones tempranas y tardías. Además, se evaluó en un control actual, el grado de satisfacción de cada paciente respecto al resultado de la cirugía. El corte del seguimiento fue en abril de 2002.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

La técnica quirúrgica básica fue la misma en todos los casos, independiente de la extirpación que realizó el cirujano oncólogo.



Figura 1. Diseño del colgajo en hemiabdomen inferior.

1. Diseño del colgajo en el hemiabdomen inferior intentando un volumen suficiente y adecuado a la paciente (Figura 1).

2. Levantamiento del colgajo cutáneo del hemiabdomen superior y comprobación del límite inferior del diseño del TRAM.

3. Disección del colgajo conservando el segmento de aponeurosis en donde están la mayor parte de las perforantes.

4. Sección en la línea media del colgajo convirtiéndolo en dos (Figura 2).

5. Liberación de ambos músculos rectos hasta el reborde costal (Figura 3).

6. Según la extirpación del cirujano oncólogo llevamos el colgajo con todos sus componentes, extirpamos totalmente la piel o dejamos un islote cutáneo (Figura 4).

7. Remodelación de los colgajos buscando la simetría y la forma adecuada.

8. En el cierre de la pared abdominal se utilizó, en la mayoría de las pacientes, malla sintética para lograr un buen cierre del plano aponeurótico.

9. La reconstrucción del complejo aréola-pezón se efectuó en el 20% de los casos, en un promedio de 4,5 meses después de la reconstrucción con TRAM, con técnica de Cruz de Malta.



Figura 2. Disección del colgajo y sección en la línea media.



Figura 3. Liberación de ambos músculos rectos hasta reborde costal y elevación de los colgajos.

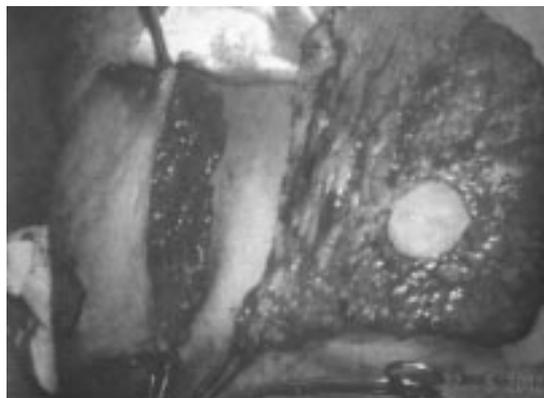


Figura 4. Rotación de colgajos con todos sus componentes y conservación de islote cutáneo al centro.

Reconstrucción de Pezón con Técnica de Cruz de Malta:<sup>8</sup>

1. Diseño de los colgajos dérmicos en forma de Cruz de Malta con un diámetro de 4,5 cm (Figuras 5 y 6).

2. Elevación de los colgajos para formar la mamila (Figura 7).

3. Cobertura de zona cruenta con injerto dermo epidérmico que constituirá la aréola.

### RESULTADOS

Un 63,6% de las pacientes presentaba algún factor de riesgo para la cirugía de reconstrucción. En una de ellas tabaquismo y en 6 obesidad.

En relación al tipo histológico del cáncer de mama, en el 45% (5) de los casos correspondió a Ca ductal y en un 55% (6) a Ca lobulillar.

Como se muestra en la Tabla 1, en 7 de los casos (64%) se realizó una reconstrucción bilateral

inmediata y en 4 pacientes (36%) mastectomizadas previamente en forma unilateral por cáncer, presentaron recidiva o nuevo tumor mamario contralateral, por lo que se reconstruyeron bilateralmente en forma diferida.

Como parte de la técnica quirúrgica, en 9 (80%) de los casos se utilizó malla de polipropileno como refuerzo en el cierre de la pared abdominal. Sólo en 2 casos no se usó malla, ya que corresponden a casos ocurridos en años previos a la utilización estandarizada de esta técnica (Tabla 2).

Dentro de las complicaciones observadas en el grupo en estudio, el 45% de las pacientes presentaron complicaciones tempranas menores, 2 de las cuales correspondieron a anemia postoperatoria que requirió transfusión. Otros 2 casos presentaron sufrimiento superficial de la piel del colgajo (Figura 8), y una paciente presentó sufrimiento marginal a nivel del ombligo.

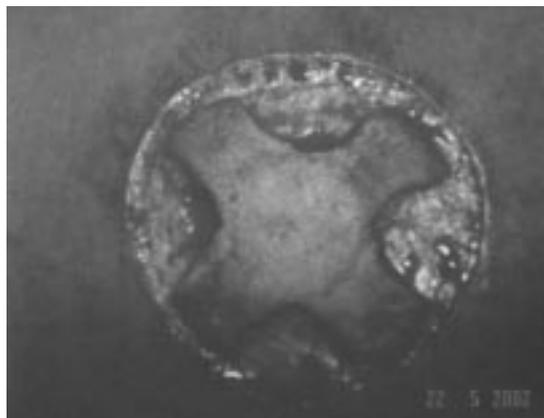
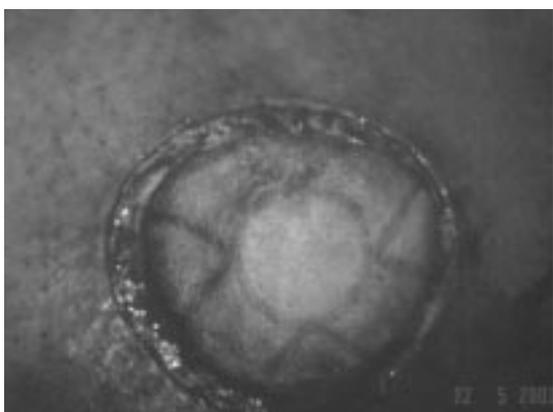


Figura 5 y 6. Diseño de aréola con 4,5 cm de diámetro y de colgajos dérmicos en Cruz de Malta. Desepitelización entre los colgajos.

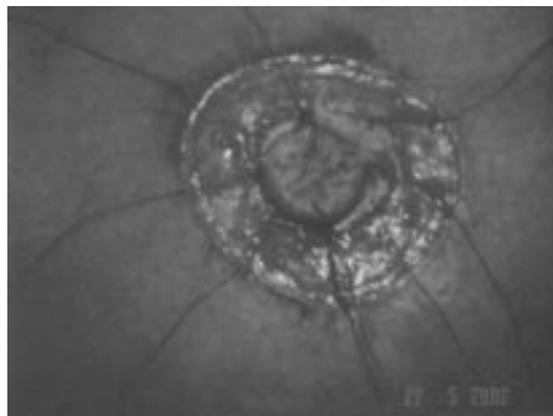


Figura 7. Elevación de colgajos dérmicos para formar la mamila, y posterior injerto de aréola en área cruenta.

En un caso, dentro de las complicaciones tempranas, se debió reexplorar quirúrgicamente debido a sangrado activo de un vaso arterial en región axilar (Tabla 3).

**Tabla 1**  
**TIEMPO RECONSTRUCCIÓN MAMARIA**

Tiempo reconstrucción	n
Inmediata bilateral	7
Diferida/inmediata	4
Total	11

**Tabla 2**  
**USO DE MALLA COMO REFUERZO DE LA PARED ABDOMINAL**

Uso de malla	n
Sí	9
No	2
Total	11

**Tabla 3**  
**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TEMPRANAS**

	n
Anemia postoperatoria	2
Sufrimiento bordes colgajos	2
Sufrimiento ombligo	1
Hemorragia postoperatoria	1
No	5
Total	11

El 90,9% de las pacientes no presentaron complicaciones tardías durante el período de seguimiento. Sólo en un caso se pesquisó una hernia incisional, correspondiendo éste a una de las pacientes en que no se utilizó malla como refuerzo de la pared abdominal (Tabla 4).

Los días de hospitalización postoperatoria promedio fueron de 4,7 días, con rangos que variaron entre 3 y 7 días (Tabla 5).

Se realizó un control de las pacientes a largo plazo, cuyo corte de seguimiento fue en abril de 2002. Se solicitó, entonces, una evaluación subjetiva del resultado de la reconstrucción, la cual se calificó según Tabla 6. En esta Tabla podemos observar que el grado de satisfacción de las pacientes con respecto a los resultados de la cirugía

**Tabla 4**  
**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDÍAS**

	n
Hernia incisional	1
No	10
Total	11

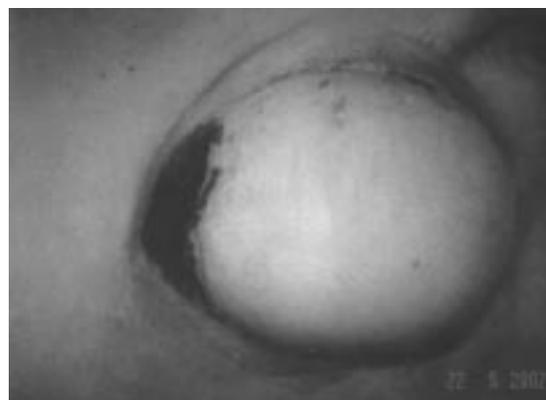


Figura 8. Colgajo con sufrimiento superficial de la piel.

**Tabla 5**  
**DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN POSTOPERATORIO**

n de días	n
3	2
4	1
5	2
6	5
7	1
x= 4,7	T= 11

**Tabla 6**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN POSTOPERATORIO TARDÍO**

	<i>n</i>
Muy bueno	3
Bueno	8
Regular	
Malo	
Total	11

reconstructiva es bueno. En ningún caso los resultados postoperatorios fueron evaluados dentro de los rangos regular o malo.

Cabe destacar que de las 3 pacientes que evaluaron el resultado como muy bueno, 2 de ellas fueron reconstruidas en forma diferida (Figuras 9a, b, y c).

Resultado postoperatorio en pacientes con conservación de bolsillo cutáneo de mama. Reconstrucción inmediata con TRAM y reconstrucción diferida de complejo aréola pezón (CAP) (Figuras 10a, b y c).

Resultado postoperatorio en paciente sin conservación de piel, reconstrucción inmediata con TRAM y reconstrucción diferida de CAP (Figuras 11 a y b).



Figura 9. a, b y c. Fotografías preoperatorias.

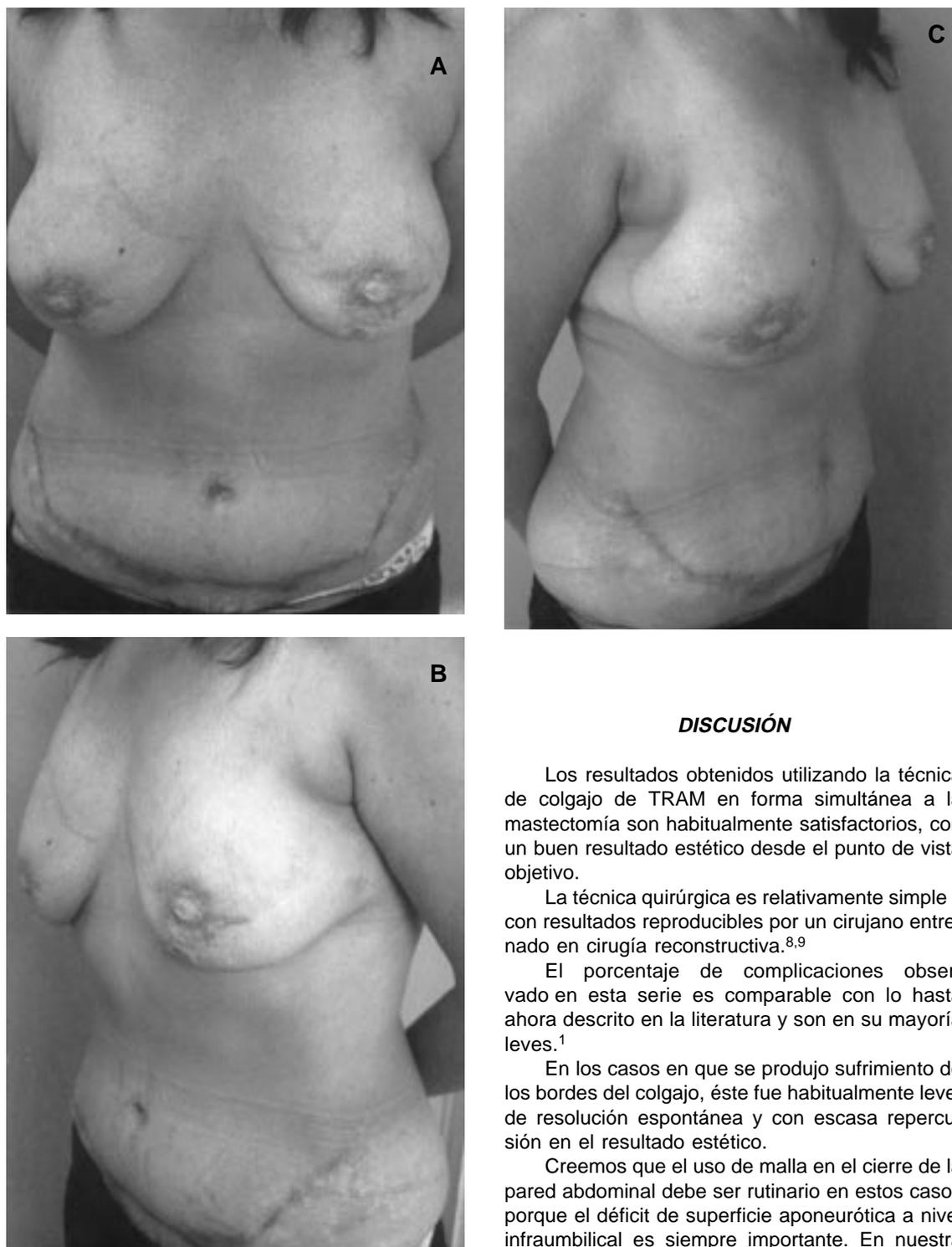


Figura 10. a, b y c. Resultado postoperatorio en pacientes con conservación de bolsillo cutáneo de mama, reconstrucción inmediata con TRAM y reconstrucción diferida de complejo aréola-pezones.

### DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos utilizando la técnica de colgajo de TRAM en forma simultánea a la mastectomía son habitualmente satisfactorios, con un buen resultado estético desde el punto de vista objetivo.

La técnica quirúrgica es relativamente simple y con resultados reproducibles por un cirujano entrenado en cirugía reconstructiva.<sup>8,9</sup>

El porcentaje de complicaciones observado en esta serie es comparable con lo hasta ahora descrito en la literatura y son en su mayoría leves.<sup>1</sup>

En los casos en que se produjo sufrimiento de los bordes del colgajo, éste fue habitualmente leve, de resolución espontánea y con escasa repercusión en el resultado estético.

Creemos que el uso de malla en el cierre de la pared abdominal debe ser rutinario en estos casos porque el déficit de superficie aponeurótica a nivel infraumbilical es siempre importante. En nuestra casuística hay un caso de hernia incisional postoperatoria en una de las pacientes en las que no se utilizó malla, ya que en los primeros años su uso no era de regla dentro de la técnica.



Figura 11. a y b. Resultado postoperatorio en pacientes sin conservación de bolsillo cutáneo de mama, reconstrucción inmediata con TRAM y reconstrucción diferida de complejo areola-pezones.

La evolución postoperatoria normal de una paciente mastectomizada bilateral no se ve alterada en forma importante por el hecho de realizar la reconstrucción mamaria en forma simultánea. El tiempo de hospitalización postoperatorio es prácticamente el mismo. El tiempo intraoperatorio es también similar.<sup>1,9</sup>

En un pequeño porcentaje de las pacientes se realizó la reconstrucción del complejo areola-pezones en un segundo tiempo.<sup>6</sup> En el último control realizado se les ofreció la reconstrucción de pezón al resto de ellas, sin embargo, observamos que no existía un gran interés de las pacientes.

La evaluación de los resultados a largo plazo de las pacientes en que se realizó la reconstrucción mamaria inmediata nos pareció sutilmente inferior, comparada con las pacientes en las cuales la reconstrucción mamaria se realizó en forma diferida. El hecho de vivir algunos meses o años en una situación de mastectomizadas condiciona en las pacientes una valorización más generosa del resultado obtenido por la reconstrucción.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Georgiade G: Plastic, maxillofacial and reconstructive. Surgery 1996; 70: 786-97.
2. Evans G *et al*: Clin Plast Surg 1998; 25: 331.
3. Villalón F: Reconstrucción mamaria con colgajo de recto abdominal. Rev Chil Cir 1992; 44: 162-7.
4. Calderón O: Reconstrucción mamaria inmediata postmastectomía por cáncer. Rev Chil Cir 1997; 49: 552-7.
5. Hartram FC: The TRAM flap for breast reconstruction. Clin Plast Surg 1988; 15: 70-86.
6. Mathes SJ, Nahai F: Clinical Atlas of muscle and musculocutaneous flaps. St Louis, CU. Mosby & Co 1979.
7. Calderón O: Cirugía Plástica. Ed Soc Cir Chile 2001; Cap 55: 576.
8. Kroll SS: Bilateral breast reconstruction. Clin Plast Surg 1998; 25: 251-9.
9. Kroll SS, Netscher DT: Complications of TRAM flaps breast reconstruction in obese patients. Plast Reconstr Surg 1989; 74: 986-92.