

Reconstrucción mamaria postmastectomía con expansor de tejidos

A. da Matta

Centro de Quemados y Cirugía Plástica de la Cruz Roja.
C/ Lisboa, 6. 28008 Madrid.

SUMMARY

The author presents the breast reconstruction post mastectomy by cancer, using Radovan and Becker type tissue expanders. The technique is presented, and the complications that were overcome in the 10 cases reconstructed, is related. Taking into account this experience, and after reading literature about it the author states that this technique must be the elective procedure for breast reconstruction, after modified radical mastectomies. He emphasizes the benefits of low morbidity and good results in colour and texture of skin and no additional scars. Three clinical cases are presented as example, with the type and volume of the expanders used, followup, results and iconography.

INTRODUCCION

La gran dificultad en la reconstrucción mamaria postmastectomía está condicionada, principalmente, a la falta de piel en la región pectoral resultante de una mayor o menor excisión cutánea practicada. En las mastectomías simple y radical modificadas acreditamos que la expansión de la piel torácica con expansores de tejido y posterior colocación de prótesis de silicona que dará el volumen definitivo, es una de las conductas quirúrgicas más idónea.

Es un procedimiento que presenta baja morbilidad, poco traumatismo y que además no deja otras secuelas cicatriciales. Como suele ocurrir con otras técnicas hay que contemplar la posibilidad de realizar retoques en la mama contralateral para que se consiga una mejor simetría.

MATERIAL Y METODO

Todas las pacientes han sido sometidas a una mastectomía radical modificada hace más de un año. Una

de ellas presenta una extensa área de radiodermatitis en la pared torácica.

Los expansores utilizados fueron del tipo Radovan y Becker con volúmenes de 450 a 500 cc.

La reconstrucción del completo areola-pezones fue realizada al cabo de unos 3 ó 4 meses, bajo anestesia local.

TECNICA

La vía de abordaje se hace a través de la incisión de la mastectomía que es excindida total o parcialmente; el músculo pectoral es despegado y así se crea una bolsa musculocutánea (fig. 1) con un diámetro de aproximadamente un tercio superior al del expansor y que se extiende de 1 a 2 cm abajo del nivel de la línea submamaria deseada para matizar la ptosis de la mama contralateral.

El expansor es colocado en posición submuscular pero sin llegar a cubrirse en su totalidad —no se intenta que se quede por debajo de los músculos serratos—, así que su mitad superior se queda subpectoral y a otra mitad, inferior, subcutánea. La incisión queda protegida por el músculo.

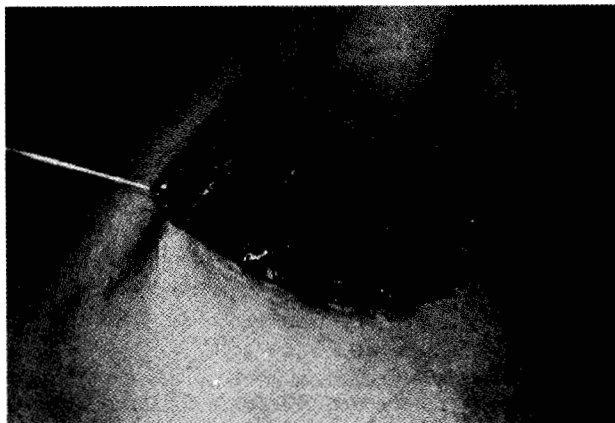


Fig. 1. Bolsa musculocutánea creada para colocación del expansor.



Fig. 2. Hiperexpansión de la bolsa musculocutánea.

El cierre de la herida es hecha con 2 ó 3 planos de sutura y de la aproximación de la piel con sutura del tipo intradérmica. Todas con nylon monofilamento de 4-0. El refuerzo de la piel se hace con «steri-strip» que se mantiene durante todo el periodo de expansión. Con la herida quirúrgica ya cerrada se llena el expansor con suero fisiológico en cantidad suficiente para ocupar la bolsa creada, se busca evitar tensión sobre la herida. La expansión propiamente dicha es iniciada a partir de la segunda semana postoperatoria, las cantidades son variables y están condicionadas a cada caso en particular. Como regla general se espera a que la paciente manifieste su incomodidad —dolor o excesiva tensión— para limitar las cantidades de suero que son utilizadas en cada sesión.

Las expansiones en algunos casos llegan hasta un 50 % más de la capacidad establecida para el expansor; en todos los casos se consigue una expansión de piel equivalente al 30 ó 50 % del volumen deseado (fig. 2). Son efectuadas semanalmente y concluyen en un periodo aproximado de 6 a 8 semanas cuando se elimina el exceso de suero para llegar al volumen adecuado. En 2 casos se observan inicios de retracción capsular y se vuelve a hiperexpandir.

A los 3 ó 4 meses se reemplaza el expansor por la prótesis con el volumen preestablecido en el caso del expansor de Radovan. Con el expansor de Becker se retira el reservorio. En ese mismo tiempo quirúrgico se hace la reconstrucción del complejo areola-pezones y la reducción y remodelamiento de la mama contralateral cuando es necesario.

CASOS CLINICOS

Caso 1: Expansor de Radovan. Paciente con 47 años, mastectomizada hace 1 año: se coloca un expansor de 400 cc expandido hasta 420 cc. Se reemplaza por una prótesis de 260 cc y se hace la reconstrucción de areola-pezones. Presenta una retracción capsular —Baker 4— 3 meses postimplante. Pendiente de una capsulotomía abierta.

Caso 2: Expansor de Becker. Paciente de 38 años, mastectomizada hace 1 año. Se coloca un expansor de 450 cc expandido hasta 585 cc. A los 5 meses se rebaja la cantidad de suero para 385 cc y se le hace la reconstrucción de complejo areola-pezones y la reducción y modelamiento de la mama contralateral. Baker 1; evolución: 6 meses.

Caso 3: Expansor de Becker. Paciente con 36 años, mastectomizada hace 2 años. Se coloca un expansor de 450 cc expandido hasta 565 cc. Se rebaja esa cantidad para un volumen final de 415 cc. Cinco meses después, bajo anestesia local, se hace la retirada del reservorio y la reconstrucción del complejo areola-pezones. Baker 1; evolución: 1 año.

COMPLICACIONES

Se operan 10 pacientes y la única complicación observada es un caso de retracción capsular —estadio 4 de Baker— 3 meses después de la colocación de la prótesis. Otra paciente presenta una expansión retar-

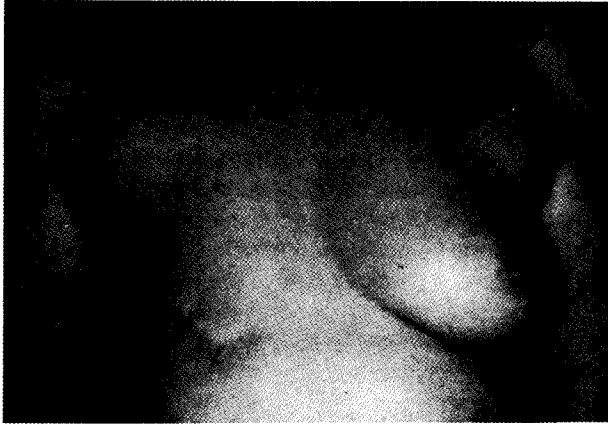


Fig. 3A. Preoperatorio: mastectomía radical modificada.

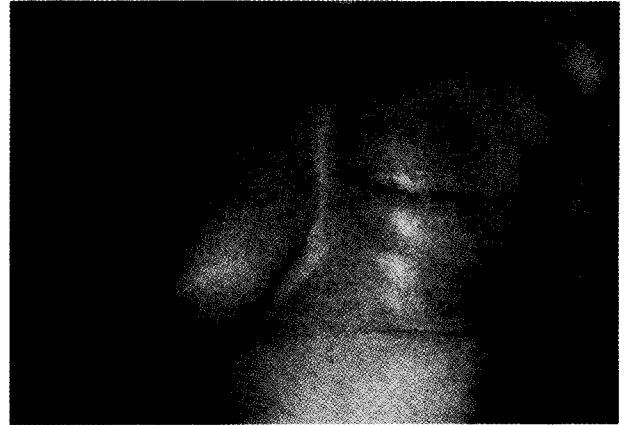


Fig. 4A. Preoperatorio: mastectomía radical modificada.

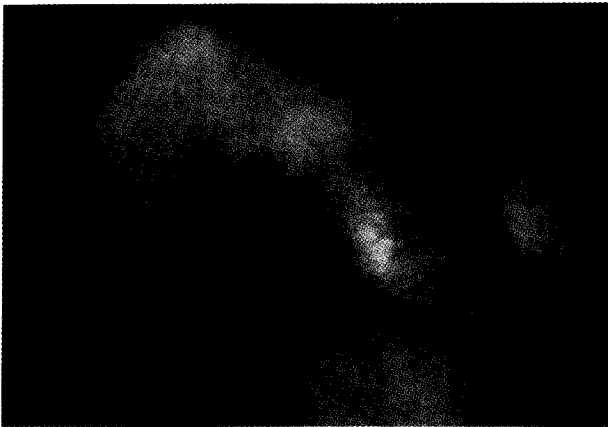


Fig. 3B. Expansión final (volumen ya rebajado).

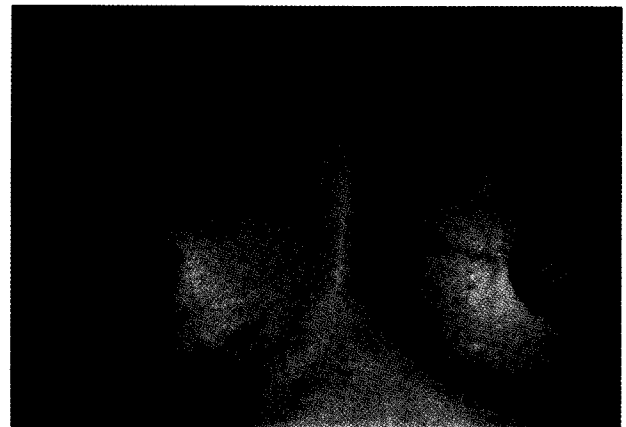


Fig. 4B. Reconstrucción de areola-pezones y reducción de la mama contralateral en el mismo tiempo quirúrgico —a los 15 días.

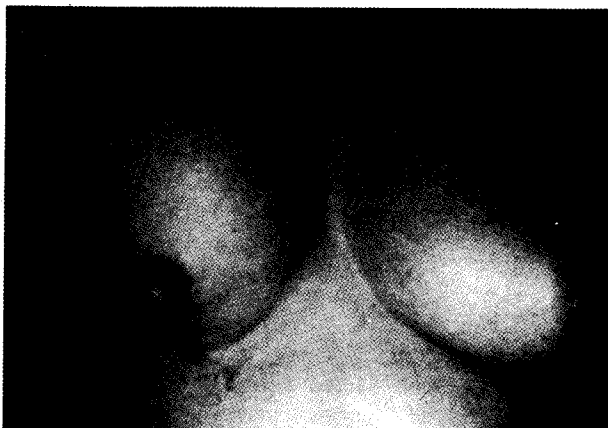


Fig. 3C. Tres meses después del reemplazo del expansor por la prótesis y reconstrucción de areola-pezones. Presenta una retracción capsular estadio 4 de Baker.

dada y eso se debe a las cicatrices de la reconstrucción de la pared torácica. También se encuentran dificultades para una expansión durante el período de 15 días; éstas son subsanadas sin mayores problemas.

No se observa ningún caso de infección, hematoma, seroma, necrosis cutánea, tampoco exposición de implante, complicaciones ya descritas en la literatura especializada.

DISCUSION

Como otras técnicas, la reconstrucción mamaria con expansor de tejidos es un procedimiento quirúrgico con

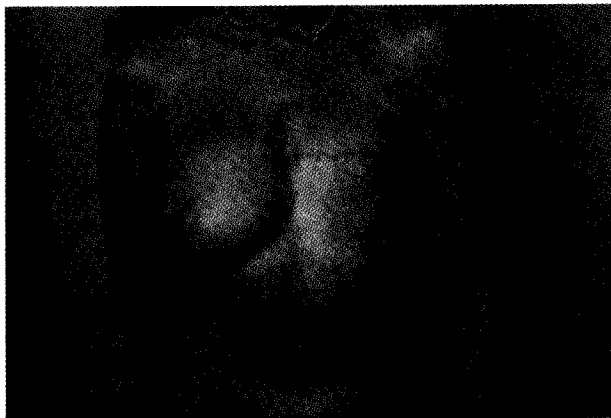


Fig. 5A. Preoperatorio: mastectomía radical modificada.



Fig. 5B. Reconstrucción con expansor del tipo Becker.

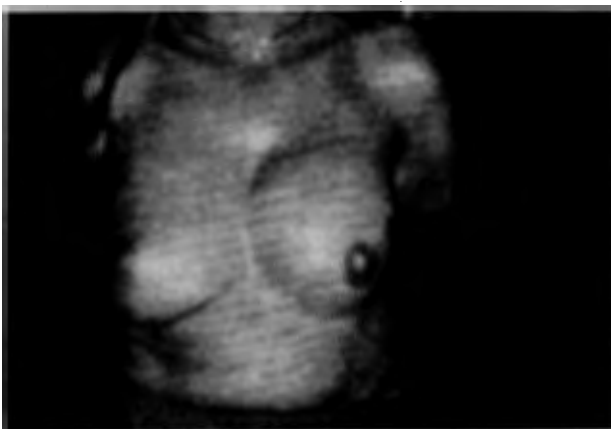


Fig. 5C. Obsérvese la ubicación más baja del surco submamario que delinearla ptosis de la mama contralateral.

2 tiempos. El primero, para la creación del volumen, y el segundo, para la reconstrucción del complejo areola-pezones. Este puede ser realizado bajo anestesia local.

En algunos casos se justifica hacer la remodelación de la mama contralateral, ya que es imposible obtenerse una mama ptósica como suele ocurrir con el colgajo TRAM. Ese procedimiento puede ser realizado en el primer o segundo tiempo quirúrgico.

Existen varias técnicas para la aportación de piel a la región torácica, pero en general pasan por el traslado de islas cutáneas a través de vectores musculares como colgajos musculocutáneos.

El volumen es normalmente contemplado por la introducción de la prótesis de silicona.

El colgajo transverso del músculo recto del abdomen (colgajo TRAM), uno de los más utilizados, aporta piel, volumen y matiza la ptosis de la mama contralateral. Tal vez sea la única técnica que aúna mayores ventajas dentro del arsenal quirúrgico. Sin embargo, presenta las mismas desventajas de los otros colgajos musculocutáneos: cirugía mayor, isla de piel con color y textura distinta de la región torácica e incremento de cicatrices en la región torácica y en la zona donante.

La técnica de reconstrucción con expansión de tejidos cuenta a su favor que proporciona la piel necesaria, del mismo color y textura sin acrecentar nuevas cicatrices a la paciente. Su principal problema está en la dificultad que se encuentra en dar simetría con la mama contralateral, principalmente en lo que se refiere a ptosis. Ella puede ser delineada si se hace el surco submamario algunos centímetros más bajo que el contralateral.

Las complicaciones suelen ser las habituales resultantes del uso de la prótesis de silicona y dicen respecto a la forma y a la consistencia. Sin embargo, las posibilidades de retracciones capsulares pueden ser contrarrestadas a través de una hiperexpansión y de la manutención del expansor por un período más largo.

Es una técnica de primera elección en la reconstrucción mamaria postmastectomía radical modificada.

RESUMEN

El autor presenta la reconstrucción mamaria postmastectomía por cáncer utilizando expansores de tejidos del tipo Radovan y Becker. Describe la técnica, así como las complicaciones ocurridas en los 10 casos reconstruidos. Con base en esta experiencia y en la lite-

RECONSTRUCCION MAMARIA POSTMASTECTOMIA CON EXPANSOR DE TEJIDOS

ratura existente, cree que es el procedimiento de elección en los casos de mastectomía radical modificada. Ofrece baja morbilidad con relación a las demás técnicas, y muy buenos resultados considerando que la reconstrucción se realiza con la misma piel de la región

pectoral expandida —mismo color, misma textura y sin acrecentar cicatrices en la zona reconstruida—. Como ejemplo presenta 3 casos clínicos donde se menciona el expansor y el volumen utilizado, evolución, resultados, complicaciones y respectiva iconografía.

REFERENCIAS

Argenta LC, Marks MW, Grabb WC. Selective use of serial expansion in breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 1983; 11: 188.

Becker H. Breast reconstruction using an inflatable breast implant with detachable reservoir. *Plast Reconst Surg* 1984; 73: 678.

Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. *Plasto Reconstr Surg* 1982; 69: 195.

McCraw JB, Horton CE, Grossman JAI, Kaplan I, McMellin A. An early appraisal of the methods of tissue expansion and the transverse rectus abdominis musculocutaneous flap in reconstruction of the breast following mastectomy. *Ann Plast Surg* 1987; 18: 93.