

Expansión tisular en reconstrucción mamaria después de una mastectomía subcutánea antigua

J. M. Serra-Renom*,
E. Valiente**,
V. Samayoa**

Servicio de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética.
Clínica Universitaria.
Universidad de Navarra. Pamplona.
* Director del Servicio de Cirugía
Plástica, Reparadora y Estética.
** Residentes del Servicio de Cirugía
Plástica, Reparadora y Estética.

SUMMARY

Clinical application of tissue expansion for delayed breast reconstruction in patients who have undergone subcutaneous mastectomy is presented in this work.

Placement of definite breast prosthesis on a patient who suffered a subcutaneous mastectomy does not improve the adhesions and deformities of the breast.

The application of a tissue expander on a first stage followed by expansion including 200 cc of over expansion will improve the final result and the sequelae of the subcutaneous mastectomy almost disappears.

Key words

Breast reconstruction, Post subcutaneous mastectomy

Palabras clave

Reconstrucción mamaria, Post-mastectomía subcutánea

INTRODUCCION

En sentido estricto la mastectomía subcutánea se define como la extirpación de la mama por debajo de la piel. El motivo para conservar el tejido de revestimiento, que comprende en general el pezón y la areola, es reconstruir la mama, ya sea inmediatamente o en fecha posterior. Es de suponer que si puede researse la mayor parte del tejido mamario disminuirá la posibilidad de un futuro cáncer de mama, en especial en las mujeres con un riesgo claro de desarrollar una neoplasia maligna de la mama.^{1,2} La práctica cada vez más frecuente de la mastectomía subcutánea con sustitución de la mama se debe a una mayor familiaridad con este tipo de operaciones como posible forma de reducir la elevada incidencia de carcinoma de la mama.^{3,4}

Thomas, en 1882,⁵ describió la extirpación de tumores benignos de la mama a través de una incisión infra-

mamaria. Barlett, en 1917,⁶ practicó y describió la técnica de mastectomía subcutánea. Freeman,^{7,8} 20 años más tarde, sugirió una amplia extirpación del tejido mamario y el empleo de implantes de silicona para recrear el contorno.^{9,10}

Con este trabajo queremos resaltar la importancia de la aplicación de expansores tisulares para reconstruir una mama con antecedentes de una mastectomía subcutánea antigua.

Cuando se practica una mastectomía subcutánea y no se coloca una prótesis, el exceso de piel se tiene que adaptar con lo que a largo plazo se producen retracciones marcadas de los tejidos, presencia de bridas y cicatrices que no desaparecerán con la sola aplicación de una prótesis definitiva.

Con los expansores tisulares conseguimos en un período de tiempo, no mayor de 6 meses, la desaparición de estas bridas o retracciones que impedirían un buen

resultado definitivo y seguidamente se procede a la colocación de una prótesis definitiva.

TECNICA QUIRURGICA

En un primer tiempo se colocará un expansor tisular redondo y base blanda en un bolsillo subpectoral¹¹. La vía de abordaje puede ser transaxilar o por una cicatriz antigua. Previamente todas las bridas y las retracciones de los tejidos deberán ser liberadas muy cuidadosamente con disección cortante. Se colocará el expansor subpectoral y un drenaje. Se iniciará la insuflación pasadas dos semanas; una vez alcanzado el volumen deseado que se regirá por la completa eliminación de las retracciones de los tejidos, y el tamaño de la mama contralateral, se tomará una conducta expectante y de control que oscila entre 4 y 6 meses. Esto con la finalidad de estar completamente seguros que no volverán a aparecer las retracciones cutáneas. Finalizado este periodo se le podrá colocar una prótesis definitiva de acuerdo al volumen necesario en un segundo tiempo quirúrgico.

El expansor lo colocamos subpectoral y en el mismo tiempo despegamos las adherencias cutáneas suprapectores. Estos dos planos, uno de despegamiento de las adherencias y otro para hacer un bolsillo para el expansor, lo realizamos para evitar necrosis cutáneas debidas al sufrimiento que puede sufrir la piel al despegarla.

Cuando la mama contralateral presenta ptosis o es una gigantomastia se puede complementar este segundo tiempo quirúrgico con una mastopexia o una mamoplastia de reducción.

En algunos casos hemos utilizado la prótesis expansora de Becker con buenos resultados.¹²

CASO CLINICO 1

Paciente de 64 años de edad, sexo femenino, casada, a quien le fue practicada una mastectomía radical modificada en la mama derecha y una mastectomía subcutánea izquierda. En el lado izquierdo la paciente presentaba complejo areola pezón, pero con bridas que deformaban la mama. Le fueron colocados 2 expansores tisulares redondos de 700 cc de capacidad. Se inició la insuflación pasadas 2 semanas y el segundo tiempo quirúrgico tomó lugar pasados 4 meses cuando las bridas de la mama izquierda desaparecieron del

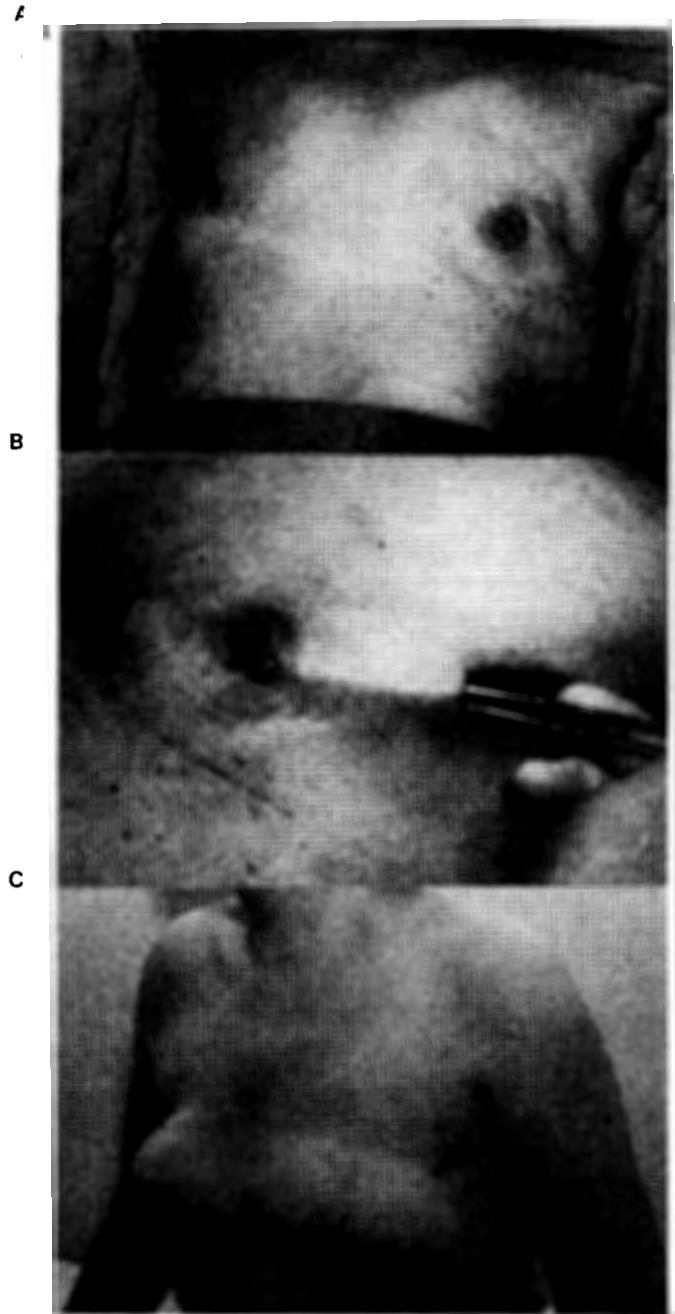


Fig. 1. A: Paciente con mastectomía radical modificada en mama derecha y mastectomía subcutánea izquierda. **B:** Liberación de las bridas de la mastectomía y colocación de expansor tisular. **C:** Resultado definitivo con prótesis definitivas.

todo. Se le colocaron 2 prótesis definitivas y se reconstruyó el complejo areola pezón del lado derecho (figuras 1 A-C).

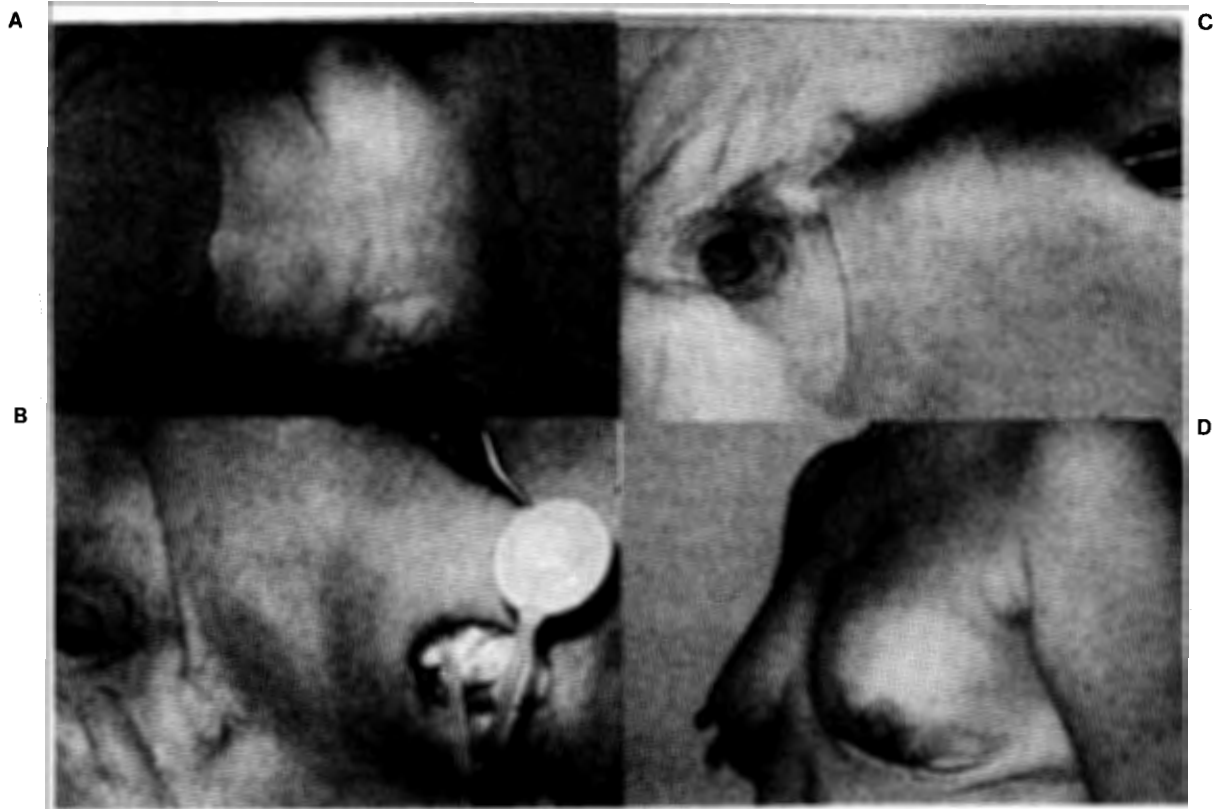


Fig. 2. A: Mastectomía subcutánea antigua izquierda. **B:** Liberación de las bridas cicatriciales. **C:** Colocación de expansor tisular. **D:** Resultado postoperatorio tardío definitivo.

CASO CLINICO 2

Paciente de 42 años de edad, sexo femenino, casada, a quien le practicaron una mastectomía subcutánea izquierda 4 años antes. A la exploración presentaba una mama deformada por las cicatrices internas. En un primer tiempo quirúrgico se liberaron las bridas y las cicatrices y se le colocó un expansor tisular de 700 cc subpectoral. Pasados 5 meses y después de haberse insuflado al máximo le fue colocada una prótesis definitiva y se le practicó una mamoplastia de reducción de la mama contralateral (figs. 2 A-D).

DISCUSION

Para la reconstrucción de una mama con una mastectomía subcutánea antigua no se le puede aplicar una prótesis definitiva en un solo tiempo quirúrgico de-

bido a la presencia de retracciones y bridas que existen en estos tejidos. Si se coloca una prótesis definitiva y se liberan las bridas, éstas no desaparecen del todo, ya que quedan pliegues que no se borran y la prótesis debajo de la piel tendrá un alto riesgo de extrusión. Con la colocación de un expansor y al mismo tiempo liberando estas bridas se consigue su completa desaparición y una reconstrucción mamaria con buenos resultados, ya que a los 6 meses se le colocará la prótesis definitiva submuscular.

El expansor y después la prótesis mamaria definitiva se colocarán en forma submuscular, ya que se proporciona una mejor cubierta, se disminuye la incidencia de la formación capsular¹³, disminuyen los riesgos de necrosis y extrusión de la prótesis, en una piel que ha sido liberada, facilita la detección de un futuro cáncer y dan un buen relieve.

La recurrencia de una entidad maligna no presentó grandes variaciones en pacientes reconstruidas en for-

ma inmediata o tardía después de una mastectomía subcutánea como lo demostró Rosen y col.;¹⁴ también Barrett-Noone¹⁵ demostró que el reconstruir en forma inmediata no altera ni la recurrencia ni la supervivencia del cáncer en pacientes de 25-77 años.

Pensamos que en pacientes que sufrieron una mastectomía subcutánea hacía tiempo y que vienen a la consulta para su reconstrucción, la piel está adherida y retraída con pliegues cutáneos y deformidades, la colocación de una prótesis inmediata después de liberar las bridas puede tener serios riesgos de extrusión, ya que en las zonas adheridas la piel presenta sufrimiento una vez liberada. Si se quiere liberar esta piel y colocar la prótesis submuscular, a veces esta piel no se libera totalmente y el abordaje tiene que ser muy amplio y el resultado estético es pobre.

Si realizamos despegamiento de la piel por encima del músculo y un bolsillo por debajo del músculo y colocación del expansor y después de 6 meses colocamos

una prótesis definitiva, el resultado estético es muy satisfactorio.

Este método también lo hemos utilizado en mamas que presentaban deformidades con cápsulas y retracciones en pacientes con prótesis mamarias capsuladas y rotas, con buenos resultados.

RESUMEN

Presentamos a continuación la aplicación clínica que tiene la expansión tisular en el tratamiento de las secuelas de una mastectomía subcutánea antigua.

La colocación de prótesis definitivas cuando existen adherencias cicatriciales antiguas no mejora las deformidades y las adherencias que se habían producido después de una mastectomía subcutánea aguda.

La colocación de un expansor y la sucesiva expansión, e incluso la sobreexpansión, van estirando la piel y mejorando estas secuelas.

REFERENCIAS

1. Leis HP, Bowers WF. Pregmalignant lesions of the breast. *West J Surg* 1964; 72: 171.
2. Letterman G, Schurter M. Reconstruction of the breast following subcutaneous simple mastectomy. *J Am Med Wom Assoc* 1968; 23: 911.
3. Cronin TD. Subcutaneous mastectomy and gel implants. *AORNJ* 1969; 10: 81.
4. Bowers DG, Radlauer CB. Breast Cancer after prophylactic subcutaneous mastectomy and reconstruction with silastic prostheses. *Plast Reconstr Surg* 1969; 44: 541.
5. Thomas TG. On the removal of benign tumors of the mamma without mutilation of the organ. *NY Med J Obstet Rev* 1882; 35: 337.
6. Barlett W. Anatomic substitute for the female breast. *Ann Surg* 1917; 66: 208.
7. Freeman BS. Complications of subcutaneous mastectomy with prosthetic replacement, immediate or delayed. *South Med J* 1967; 60: 1277.
8. Freeman BS. Technique of subcutaneous mastectomy with replacement, immediate or delayed. *Br J Plast Surg* 1969; 22: 161.
9. Shocket E, Snyder GB, Benson J. Subcutaneous mastectomy with prosthesis-implant for lobular in situ breast carcinoma. *J Fla Med Assoc* 1972; 59: 25.
10. Snyderman RK. Subcutaneous Mastectomies. Symposium on Neoplastic and Reconstructive problems of the female breast. St. Louis, Mosby 1973.
11. Argenta LC. Reconstruction of the breast by Tissue expansion. *Clin Plast Surg* 1984; 11: 257.
12. Becker H. Breast reconstruction using an inflatable breast implant with detachable reservoir. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73: 678.
13. Jarrett JR, Culter RG, Teal FD. Aesthetic refinements in prophylactic subcutaneous mastectomy with submuscular reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69: 624.
14. Rosen PP, Saigon PE, Braun DW. Predictors of recurrence in stage I breast Carcinoma. *Ann Surg* 1981; 193: 15.
15. Barrett-Noone R, Brien Murphy J, Spear SL, Little J. Breast Reconstruction after Radical Mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 1983; 72: 720.