

Mastectomía subcutánea y prótesis: Técnica lateral (oblicua inferoexterna)

J. Amorrortu*,
E. Fuster**,
C. Neira*,
P. Marquina*,
S. Gallo*,
V. Salazar*,
J. Ricard***

* Unidad de Cirugía Plástica.
** Unidad de Cirugía de Mama.
*** Servicio de Anestesia.
Hospital General de Valencia.
Avda. Tres Cruces, s/n. Valencia.

Dr. J. Amorrortu Velayos.
Unidad de Cirugía Plástica.
Hospital General de Valencia.
Avda. Tres Cruces, s/n.
46014 Valencia.

SUMMARY

The authors present a mastectomy subcutaneous technique effected by a lateral incision on the external side of the breast.

The incision desing permit supply a supplementary dermofat flap to cover the prothesis, and so raise the nipple and remodel the breast.

Palabras clave

Mastectomía subcutánea, Técnica lateral.

Key words

Subcutaneous mastectomy, Lateral technique.

INTRODUCCION

Por mastectomía subcutánea se entiende, en sentido estricto, la extirpación del tejido glandular mamario conservando el recubrimiento cutáneo y subcutáneo, comprendiendo dentro de ellos, cuando es posible, la areola y el pezón.¹

El grado de fijación del tejido glandular, tanto a la cubierta cutánea como al pectoral, es variable de unos individuos a otros. Algunas mamas se encuentran unidas a la superficie cutánea por ligamentos de Cooper fácilmente definidos y a la fascia pectoral por un tejido areolar. Otras, sin embargo, poseen un tejido con firmes fijaciones cutáneas difíciles de separar sin lesionar el dermis. En otras, el parénquima glandular está unido firmemente a la aponeurosis pectoral.

Todo ello hace necesario planificar adecuadamente la técnica de la mastectomía subcutánea cuando hemos encontrado indicación para su aplicación.

Barlett,² en 1917, es el primero en practicar en 6 pacientes afectas de mastopatía fibroquistica la técnica de la mastectomía subcutánea, reconstruyendo la mama mediante injerto subcutáneo de grasa autóloga tomada de otra región. Treinta y cuatro años más tarde, Rice y Stricker³ recomiendan la mastectomía subcutánea como operación «profiláctica» en pacientes con

riesgo de padecer un carcinoma de mama. Freeman,¹ en 1962, utiliza implantes de silicona para sustituir el tejido mamario en mastectomías subcutáneas.

Desde los trabajos de Stiles⁴ en 1892 sabemos que el parénquima mamario se prolonga en ocasiones en los ligamentos de Cooper, haciendo francamente difícil, sino imposible, extirpar la totalidad del tejido glandular sin correr el riesgo de necrosis cutánea. Asimismo, Hicken,⁵ en 1940, demuestra que en el 95% de los casos los conductos glandulares ascienden hasta la axila, llegando con frecuencia hasta la cúspide de la fosa axilar; asimismo encuentra conductos glandulares en la zona medioesternal, pared lateral de tórax e incluso en epigastrio. Goldman y Goldwyn⁶ en un estudio en cadáveres de pacientes que habían sido tratadas con mastectomía subcutánea confirman el hallazgo de Hicken,⁵ encontrando restos de tejido mamario no solamente en la zona del complejo areola-pezón, como sería lógico, sino en localizaciones variables del reborde de extirpación.

La consideración respecto a la radicalidad en la extirpación de tejido glandular mamario en una mastectomía subcutánea es que no se extirpará más del 95% de la glándula (algo similar ocurre con la mastectomía simple);⁷ lo que pone en entredicho el carácter profiláctico de esta técnica. Por otra parte, la mastectomía

subcutánea en sí no es más que la sustitución de una mastectomía, sea ésta una tumorectomía, una mastectomía simple o una radical modificada; y no es, evidentemente, una operación adecuada para el cáncer mamario invasor.

Como afirman Goldwyn y Goldman,⁸ «la selección correcta de la enferma para una mastectomía subcutánea no puede hacerse precipitadamente» y en nuestro medio requiere una evaluación conjunta de oncólogo, cirujano y cirujano plástico. Las indicaciones de una mastectomía subcutánea, en opinión de Pennisi⁷, (aceptadas con excepción de la neoplasia lobular por F. Tejerina y A. Tejerina⁹) serían:

1. Persistencia de nódulos múltiples en mamas de mujeres postmenopáusicas.
2. Confirmación biopsica de displasia fibroquística (macro o microquistes), adenosis esclerosante, hiperplasia intraductal, papilomatosis, neoplasia lobular.
3. Historia familiar de cáncer de mama asociada a nódulos múltiples y progresivos en las mamas.
4. Cancerofobia en pacientes con nódulos múltiples y progresivos en las mamas.
5. Paciente tratada de cáncer de mama con displasia fibroquística en mama contralateral.
6. Paciente con nódulos múltiples y mamografía sospechosa.
7. Procesos fibroquísticos operados, en la misma mama, en diversas etapas que reducen y deforman.

Desde el punto de vista de la técnica en sí, son diversas las incisiones que se han propuesto (fundamentalmente submamarias, periareolares, transareolares), siendo la más frecuente, con alguna modificación, la incisión submamaria propuesta por Thomas¹⁰ en 1882 para el tratamiento de tumores benignos de la mama. La técnica que nosotros realizamos tiene como base la descrita por Dufourmentel y Mouly¹¹ para la mastopexia.

MATERIAL Y METODOS

Técnica básica

Con la paciente en posición sentada se marca con lápiz dermatográfico el surco submamario y se prefija, a 19-22 cm del yugulo esternal sobre la línea mamaria, la posición futura del complejo areola-pezones (P) (fig. 1). A continuación se traza una línea (PS) que partiendo desde la posición futura del pezón descienda hasta el

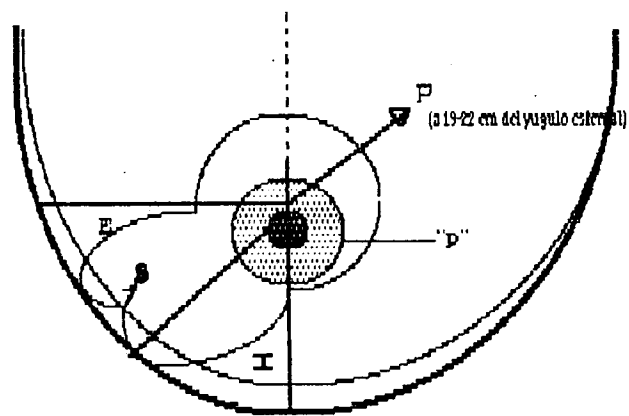


Fig. 1. Dibujo para marcar el área de desepidermización y colgajos dermograsos (explicación en el texto).

surco submarino (S), dividiendo en dos el cuadrante inferoexterno de la mama.

A la altura del centro de la línea oblicua externa dibujada (PS) se pellizca la piel con el pulgar e índice de cada mano a ambos lados, dejando un espacio cutáneo entre los dedos que pellizcan; y por un proceso de aproximación hacia la línea PS se determina el tamaño deseado de la mama y la piel a extirpar. Los puntos de pellizcamiento finales son marcados (E) (I).

Desplazando con la palma de la mano la mama hacia el lado externo se unen los puntos P-I-S con una línea marcada con el lápiz dermatográfico; y desplazando la mama hacia el lado interno se traza la línea P-E-S. Ambas líneas delimitan un huso de piel cuyo centro es la línea P-S.

Un anillo metálico, elástico, de 5 cm de diámetro se coloca abierto, apoyando cada lado de la abertura en la línea P-E-S y P-I-S, centrado sobre el punto P y se dibuja con el lápiz dermatográfico.

Finalmente tenemos un dibujo oblicuo externo, elíptico (P-E-I-S), de vértice inferior afilado y superior redondeado, en cuyo interior se encuentra localizado el complejo areola-pezones (figs. 1 y 2).

Con la paciente en la mesa de operaciones, colocada con el tronco levantado 15-20° y preparado el campo quirúrgico, se marca con el anillo metálico de 5 cm de diámetro un círculo (p) alrededor del pezón. La elipse P-E-I-S es desepidermizada con excepción del círculo «p».

En el borde interno de la elipse desepidermizada se efectúa una incisión trasfixiante hasta tejido mamario. Efectuando tracción hacia el cirujano mediante dos pinzas de allis colocadas en el borde interno de la incisión se inicia una disección roma (dislaceración con tijeras)



Fig. 2. Dibujo de desepidermización e incisiones en la paciente.

de todo el tejido glandular en su mitad interna. Esta última maniobra se repite desde el borde externo de la incisión, quedándonos la práctica totalidad de la mama separada de la piel menos en la zona areolar. La zona areola-pezón es separada de la mama mediante bisturí, efectuando un corte horizontal lo más superficial posible (fig. 3).

Terminado el despegamiento cutáneo desde el punto «S» se localiza el plano muscular y por despegamiento digital se separa la glándula de la aponeurosis muscular. Utilizando separadores y traccionando el tejido cutáneo se termina de seccionar el reborde glandular, incluyendo la prolongación axilar (fig. 4).



Fig. 3. Despegamiento subcutáneo de la mama.

Finalizada la mastectomía efectuamos una incisión en la aponeurosis muscular del borde externo del pectoral mayor y mediante tijeras separamos las fibras hasta alcanzar la superficie de la cuarta costilla. Desde este punto efectuamos un despegamiento digital de la musculatura sobre el plano costal en dirección ascen-



Fig. 4. Extrusión de la glándula.



Fig. 5. Visión del espacio mamario.

dente y descendente, generando un espacio subpectoral-sub serrato-suboblicuo. En este espacio submuscular se coloca una prótesis tipo hinchable o de doble lumen (silicona fluida + suero fisiológico), que se rellena hasta conseguir el volumen deseado. Previamente a

ello se ha colocado un drenaje de aspiración tipo Redón (figs. 6, 7, 8).

El colgajo desepidermizado (fig. 9) (PEIS) se sutura subcutáneamente mediante puntos reabsorbibles, por debajo del colgajo cutáneo interno. Los bordes cutáneos se aproximan también mediante material reabsorbible de calibre muy fino y la piel se cierra mediante una sutura intradérmica continua de material extraíble o

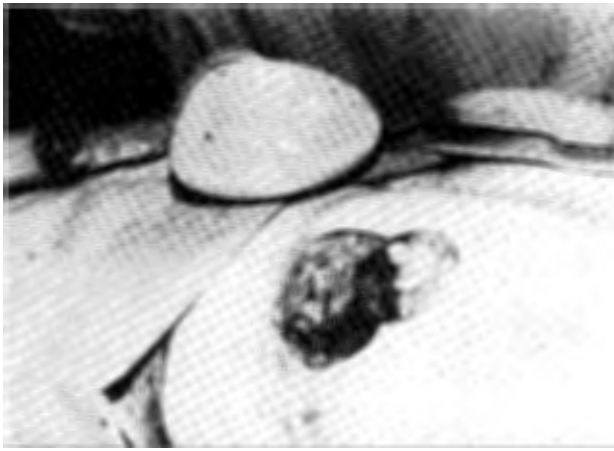


Fig. 6. Prótesis hinchable.

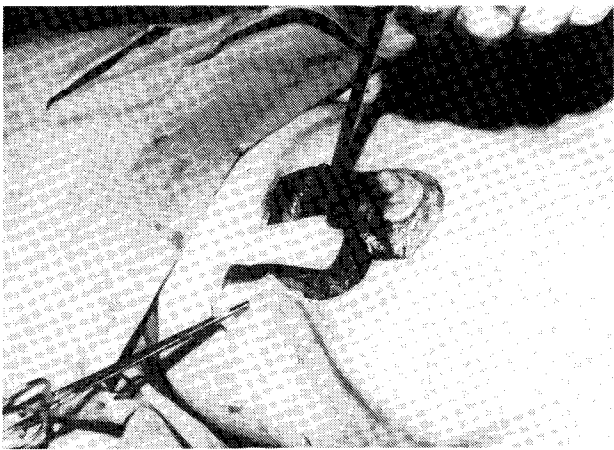


Fig. 7. Introducción de la prótesis en el espacio retromuscular.

bien mediante puntos sueltos. El complejo areola-pezones se sutura mediante puntos sueltos de material

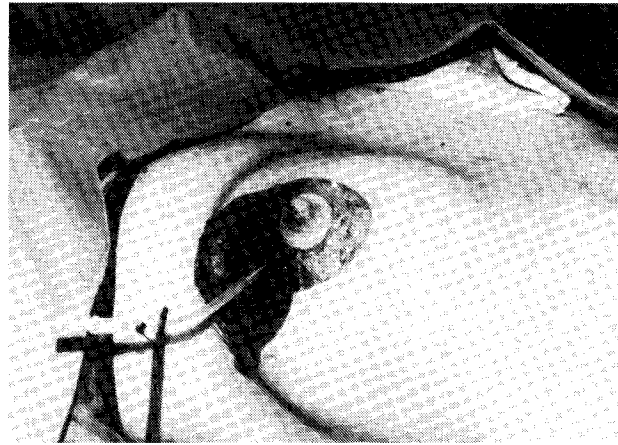


Fig. 8. Relleno de la prótesis.



Fig. 9. Colgajo dermograso de cobertura.

extraíble a su nueva posición. Previamente al cierre epidérmico se ha colocado un drenaje de aspiración tipo Redón en el espacio subcutáneo (fig. 10).

Finalmente se coloca un vendaje medianamente compresivo.

DISCUSION

No vamos a discutir las indicaciones precisas de una mastectomía subcutánea, que hemos tratado someramente en la introducción, en función de que considera-



Fig. 10. Sutura cutánea.



Fig. 11 A. Preoperatorio. Visión frontal.

mos es una cuestión a determinar por cada sección, unidad o equipo dedicado al tratamiento de patología mamaria.

El diseño de la técnica de mastectomía subcutánea, en nuestra opinión, debe ser ajustada a las características precisas de las mamas de cada paciente. Es evidente que en mamas muy pequeñas puede ser suficiente vía de abordaje la hemiareolar o la hemiareolar extendida, que preconizan Horton y cols.,¹² y que en mamas grandes, casi gigantomastias y ptósicas, se hagan necesarias incisiones similares a las de las técnicas de reducción mamaria en «T» invertida,^{13-16, 19} que en esos casos concretos pueden incluir la ventaja de aportar un colgajo dermograso amplio que puede servir de cobertura complementaria a la prótesis.¹⁶

Otras veces habrá que diseñar incisiones «a demanda» en función de la existencia de cicatrices de anteriores biopsias.

Las incisiones inframamarias tipo Thomas,¹⁰ o lateromamarias tipo Reynier¹⁷ no permiten remodelar la mama ni ascender el pezón; por el contrario, descienden o lateralizan el mismo, tendiendo por otra parte a fijar el surco submamario a la pared costal ascendiendo la prótesis y aumentando la ptosis, con lo que el pezón queda «mirando» hacia abajo. Otro inconveniente de las incisiones inferiores es encontrarse en el punto de gravitación máxima de la mama con lo que la intolerancia de un punto, la mínima dehiscencia de sutura o el fallo en el «acolchamiento» de la prótesis, bien sea muscular o muscular y dermograso como efectúa Aviño y cols.,¹⁸ puede producir la extrusión de la misma.

La mastectomía subcutánea, como afirma Strombeck,¹⁹ bien realizada tiene que ser una verdadera mastectomía y la técnica adecuada debe permitir acceso al área de drenaje linfático (la axila), cuando sea necesario efectuar una linfadenectomía aunque sólo sea para tipificación ganglionar.

La técnica lateral sugerida por nosotros, que como incisión simple también es propuesta por F. Tejerina y A. Tejerina,⁹ al igual que la lateromamaria preconizada por Reynier¹⁷ o la hemiareolar extendida de Horton,¹² o la en «T» invertida defendida por Strombeck¹⁹ y otros¹³⁻¹⁶ permiten un abordaje del área axilar relativamente cómodo. La incisión simple inferior tipo Thomas¹⁰ tiene que ser necesariamente larga (hasta el punto en que la línea axilar anterior es cruzada por la línea horizontal del pezón teórico) para permitir el abordaje axilar.

La técnica que hemos presentado la consideramos extraordinariamente útil para mamas de volumen normal y con una ptosis no muy acentuada (no > de grado II o pezón no por debajo del surco submamario) (figuras 11, 12 y 13). Tiene la ventaja que permite una elevación del pezón de manera sencilla y segura, proporciona un colgajo complementario para recubrir la prótesis en la zona inferior (que es el punto más débil de la cobertura muscular y donde en muchas ocasiones la prótesis queda expuesta, subcutáneamente, por dehiscencias en el músculo serrato u oblicuo o en su aponeurosis), hace posible el remodelamiento y conificación de la mama y finalmente permite el acceso a la axila.



Fig. 11 B. Postoperatorio. Visión frontal (3 meses).

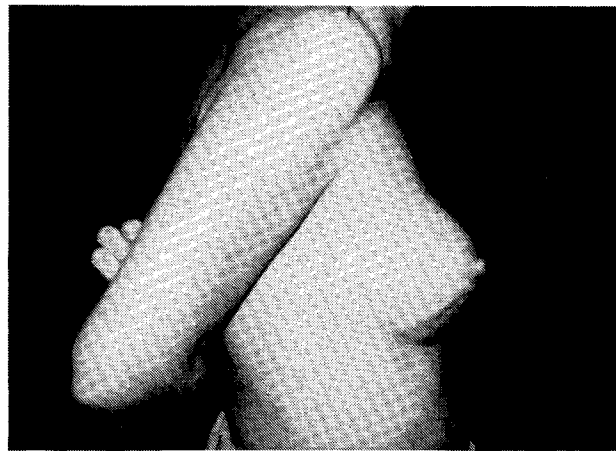


Fig. 12 B. Postoperatorio. Visión lateral (3 meses).

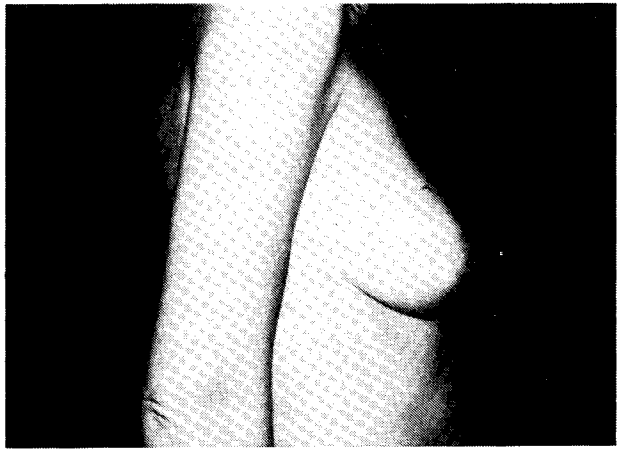


Fig. 12 A. Preoperatorio. Visión lateral.

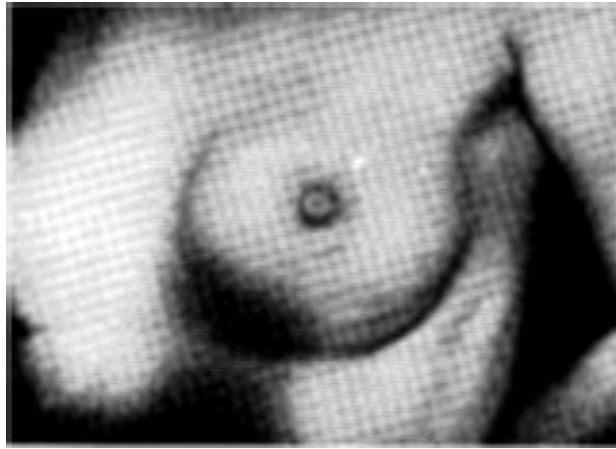


Fig. 13. Postoperatorio. Visión frontal de una mana (8 meses).

RESUMEN

Los autores presentan una técnica de mastectomía subcutánea efectuada mediante abordaje lateral-externo de la mama.

REFERENCIAS

1. Freeman BS. Subcutaneous mastectomy for benign breast lesions with immediate or delayed prosthesis replacement. *Plast Reconstr Surg* 1962; 30: 676-682.
2. Barlett W. Anatomic substitute for the female breast. *Ann Surg* 1917; 66: 208-211.
3. Rice CO, Strickler JH: Adenomammectomy for benign breast lesions. *Surg Gynecol Obstet* 1951; 93: 759-761.
4. Stiles HJ. Contributions to the surgical anatomy of the breast. *Edinburgh Med J* 1892; 37: 1099. Citado en: *Diseases of the breast*. Haagense CD (ed.). Saunders. Philadelphia 1971; p. 16.
5. Hicken NF. Mastectomy: A clinical pathological study demonstrating why most mastectomies result in incomplete removal of the mammary gland. *Arch Surg* 1940; 40: 6-14.
6. Goldwyn RM, Goldman LD. Some anatomical considera-

- tions of subcutaneous mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 1973; 51: 501-505.
7. Pennisi VR. Subcutaneous mastectomy and fibrocystic disease of the breast. *Clin Plast Surg* 1976; 3: 205-216.
 8. Goldwyn RM, Goldman LD. Mastectomía subcutánea y sustitución de la mama. En: *Cirugía plástica y de reconstrucción de la mama*. Goldwyn RM (ed.). Salvat Editores, S. A. Barcelona 1981; p. 405.
 9. Tejerina F, Tejerina A. Cirugía en el cáncer de mama. En: *Tratamiento del cáncer de mama*. Tejerina F y Tejerina A (eds.). Salvat Editores, S. A. Barcelona 1986; p. 169.
 10. Thomas TG. On the removal of benign tumors of the mama without mutilation of the organ. *NY Med J and Obstet Rev* 1882; 35: 337-340.
 11. Dufourmentel C, Mouly R. Plastie mammaire par la méthode oblique. *Ann Chir Plat* 1961; 6: 45-58.
 12. Horton CE, Adamson JE, Mladick RA, Carraway JH: Simple mastectomy with immediate reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1974; 53: 42-47.
 13. Goulian DJ, McDivitt RW: Subcutaneous mastectomy and immediate reconstruction of the breast using dermal mastopexy technique. *Plast Reconstr Surg* 1972; 50: 211-215.
 14. Molenaar A. Subcutaneous mastectomy. *Clin Plast Surg* 1974; 1: 427-437.
 15. Corso P. A breast halving incision for subcutaneous mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 1975; 56: 1-4.
 16. Letterman G, Shurter M. Inframammary dermofat flaps in mammary reconstruction following subcutaneous mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 1975; 55: 156-159.
 17. Reynier J. La mammectomie totale extracapsulaire élargie. Techniques et choix des indications dans les cancers du sein. *C R Société Française de Gynécologie* 1971; 41: 19-27.
 18. Aviño J, Legua V, Blanes A. Mastectomía subcutánea con reconstrucción inmediata. *Rev Esp de Obst y Gín* 1987; 46: 105-112.
 19. Strombeck JO: La mastectomía subcutánea tiene que ser una verdadera mastectomía. *Symposium Internacional sobre el Tratamiento Quirúrgico del Cáncer de Mama y su Reconstrucción*. En: *El cáncer de mama y su reconstrucción*. Editorial Altalesa. Madrid 1981.