

CARTAS AL DIRECTOR

RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA BILATERAL DE MAMA CON PRÓTESIS Y PERICARCIO ACELULAR BOVINO

Sr. Director:

Las reconstrucciones con prótesis o con expansores se han convertido en las técnicas más frecuentemente utilizadas tras una mastectomía (simple o radical). Las técnicas quirúrgicas para la colocación de estos materiales protésicos pueden variar, pero clásicamente se ha preferido cubrir la totalidad de la prótesis con el músculo pectoral mayor, lo que se ha llamado cirugía en un solo plano. En los últimos años, sin embargo, está ganando aceptación en este ámbito de la cirugía la cobertura de la prótesis en dos planos (*dual-plane positioning*) utilizando materiales externos que sirven especialmente para cubrir los defectos musculares y no dejar la prótesis expuesta.

Hasta hace poco tiempo, el material más frecuentemente utilizado y analizado en la literatura fue la dermis acelular humana (Alloderm®, Lifecell Corp. The Woodlands, TX, EE. UU.), con buenos resultados comunicados por distintos autores (1-6). No obstante, este material es expansivo y requiere un tiempo de hidratación importante. Recientemente, se ha aprobado en España la utilización de una matriz de colágeno derivada de pericardio bovino acelular (Veritas®, Synovis Life Technologies. St. Paul, MN, EUA) que tiene las mismas propiedades que aquella pero que es un material menos expansivo y presenta una pre-hidratación que disminuye la necesidad de preparación intraoperatoria.

Dado que este material puede ser una buena alternativa para la reconstrucción mamaria (inmediata o no) tras una mastectomía y los estudios al respecto son muy escasos, creemos de gran interés comunicar nuestra experiencia favorable con este material en una reconstrucción bilateral de mama.

Recibido: 16-05-11
Aceptado: 14-07-11

Correspondencia: David Martínez Ramos. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón. Avenida Benicassim, s/n. 12004 Castellón. e-mail: davidmartinez@comcas.es

Mujer de 36 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que fue remitida a nuestra unidad por positividad para el gen BRCA-1. Tras la información exhaustiva pertinente y de acuerdo con el equipo multidisciplinar (7,8), la paciente optó por someterse a una mastectomía de reducción de riesgo de cáncer de mama y a una ooforectomía bilateral (9). Durante el acto quirúrgico se realizó una mastectomía ahorradora de piel con exéresis del complejo areola-pezón de forma bilateral (10). Durante la reconstrucción inmediata se colocaron dos prótesis de gel cohesivo por debajo del músculo pectoral mayor. Se suturó la matriz de colágeno al borde inferior y lateral del músculo pectoral mayor y al músculo serrato, desde la línea axilar anterior, a lo largo del surco submamario (Fig. 1). Se colocaron 2 drenajes de tipo Jackson-Pratt en cada mama. A continuación se procedió a la ooforectomía laparoscópica bilateral. El postoperatorio con tratamiento antibiótico (amoxicilina/ácido clavulánico 875/125 mg durante 7 días) transcurrió sin incidencias y a las 48 horas se retiró un drenaje de cada mama y recibió el alta hospitalaria. A los 5 días de la intervención se retiraron el resto de drenajes sin complicaciones. El estudio anatomopatológico de las mamas y ovarios no demostró lesiones. El resultado estético fue satisfactorio y se encuentra pendiente de completar reconstrucción del complejo areola-pezón.

La matriz de colágeno utilizada en ambas mamas de esta paciente es un material biomédico implantable, suministra-

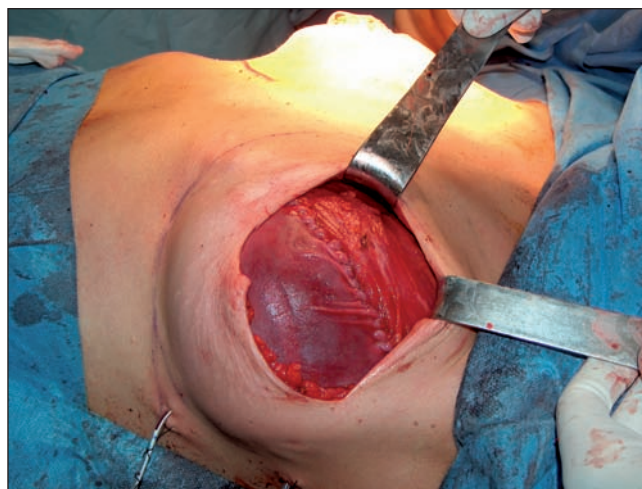


Fig. 1. Detalle intraoperatorio de la colocación de la matriz de colágeno. Sutura continua al músculo pectoral mayor y al músculo serrato anterior.

do como pericardio bovino descelularizado, sin enlaces cruzados y purificado que suministra un soporte para la recelularización del sitio tisular reparado en el que el tejido propio puede crecer, remodelando y ajustando de manera efectiva el implante al tejido del huésped. Según el fabricante, el biomaterial inhibe efectivamente la fibrosis, la formación de la cicatriz y las adhesiones quirúrgicas. Por tanto, la principal ventaja de este tipo de dispositivos es que disminuyen la morbilidad de la pared torácica, mejoran el confort de la paciente durante la expansión y disminuyen los tiempos quirúrgicos. Además, es destacable su enorme utilidad cuando los tejidos son insuficientes para poder cubrir la prótesis en su totalidad. Como inconvenientes cuentan con una menor seguridad de la parte inferior del colgajo, menor control sobre la localización de la posible inflamación local, la posibilidad de una migración superior del músculo pectoral durante la reexpansión y sobre todo, su elevado coste económico.

En resumen, la reconstrucción mamaria utilizando una matriz de colágeno es una buena alternativa, especialmente cuando existen limitaciones para cubrir totalmente las prótesis o expansores con el músculo pectoral. No obstante, serán necesarios nuevos estudios que permitan determinar de manera definitiva la aplicabilidad de estos materiales para reconstrucciones mamarias.

**D. Martínez Ramos¹, J. P. Aracil², M. Alcalde Sánchez¹,
G. Paiva Coronel¹, J. L. Salvador Sanchis¹**

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Castellón. ²Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

BIBLIOGRAFÍA

1. Spear SL, Parikh PM, Reisin E, Menon NG. Acellular dermis-assisted breast reconstruction. *Aesth Plast Surg* 2008; 32:418-25.
2. Breuing KH, Warren SM. Immediate bilateral breast reconstruction with implants and inferolateral AlloDerm slings. *Ann Plast Surg* 2005;55:232-9.
3. Agha-Mohammadi S, de la Cruz C, Hurwitz DJ. Breast reconstruction with alloplastic implants. *J Surg Oncol* 2006;94:471-8.
4. Nahabedian MY. AlloDerm performance in the setting of prosthetic breast surgery, infection, and irradiation. *Plast Reconstr Surg* 2009;124:1743-53.
5. Bindingavele V, Gaon M, Ota KS, Kulber DA, Lee DJ. Use of acellular cadaveric dermis and tissue expansion in postmastectomy breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007;60:1214-8.
6. Sbitany H, Sandeen SN, Amalfi AN, Davenport MS, Langstein HN. Acellular dermis-assisted prosthetic breast reconstruction versus complete submuscular coverage: a head-to-head comparison of outcomes. *Plast Reconstr Surg* 2009;124:1735-40.
7. Martínez García F, Ortegon Castellano B. Formación en reconstrucción mamaria y cirugía oncoplástica. *Cir Esp* 2008;83:105-7.
8. Martí Toro E, Culell Oliveras P, Montes Usategui T, Miguel Rodríguez A. Formación en reconstrucción mamaria y cirugía oncoplástica. *Cir Esp* 2008;84:112.
9. Güemes A, Sousa R, Navarro A, Val-Carreres P, Moros M, Sainz JM, et al. Aspectos técnicos y resultados de la mastectomía profiláctica en pacientes con elevado riesgo de cáncer de mama. *Cir Esp* 2004;75:123-8.
10. Ramos Boyero M. La mastectomía ahorradora de piel como alternativa a la mastectomía estándar en el cáncer de mama. *Cir Esp* 2008;84:181-7.