

Reconstrucción mamaria postmastectomía con expansores tisulares

J. M. Serra* / A. Muirragui* / M. Recalde*

RESUMEN

Presentamos la técnica utilizada por nosotros para la reconstrucción mamaria postmastectomía con el uso de expansores tisulares. El objetivo de esta técnica es conseguir distender los tejidos para que se pueda colocar una prótesis de gel de silicona. Los expansores tisulares utilizados pueden ser redondos u ovalados, y tener una válvula central o periférica y su implantación puede ser subcutánea o submúsculo-fascial, de acuerdo al tipo de mastectomía realizada y a la forma de mama que se desee reconstruir.

Introducción

La reconstrucción mamaria postmastectomía es una necesidad terapéutica de primer orden, no porque suponga la recuperación de la mama perdida, sino porque permite a la paciente llevar el mismo tipo de vida de antes y por ello ayuda a integrar la nueva imagen corporal sin secuelas de depresión y ansiedad.

El protocolo de reconstrucción de mama depende del tipo de mastectomía realizada.

La paciente que ha sido sometida a una mastectomía radical presenta una pared torácica donde la piel está adherida directamente sobre la parrilla costal, es decir con ausencia del pectoral mayor. La mastectomía radical modificada conserva el músculo pectoral. Ambos procedimientos contemplan la extirpación de una importante cantidad de cobertura cutánea, por lo cual falta piel para la reconstrucción. Ninguna de las dos técnicas mencionadas conserva el complejo areola-pezones,

por lo tanto habrá que pensar también en su reconstrucción.

Las mastectomías subcutáneas conservan tanto los músculos pectorales como el complejo areola-pezones.

La técnica reconstructiva que se utilice en todas estas pacientes mastectomizadas debe ser sencilla de realizar y no dejar cicatrices adicionales, sin sacrificar por ello la calidad del resultado. Esto no resta validez a técnicas reconstructivas ampliamente utilizadas como colgajos cutáneos de

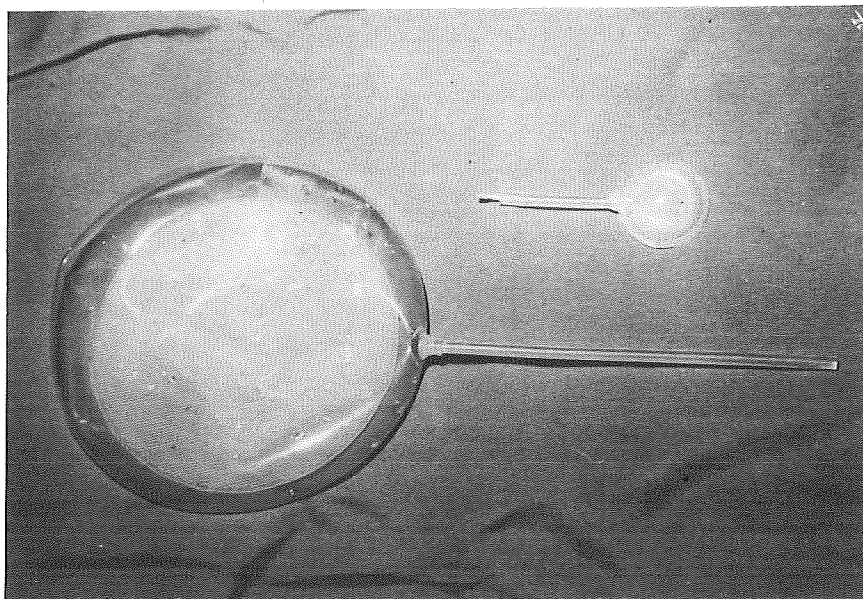


Fig. 1a.—Expansor tisular redondo con válvula periférica (según Radován).

* Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

vecindad¹, o musculares: an. latissimus² o músculo de recto anterior del abdomen^{1, 3}, pero sabemos que resultan excesivamente cruentas para ser utilizadas sistemáticamente en pacientes que ya han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas mutilantes.

Técnicas quirúrgicas

Las técnicas utilizadas por nosotros se fundamentan en la capacidad de expansión de la piel con la ayuda de un expansor^{4, 5}.

Tipos de expansores tisulares

Existen diferentes formas y tamaños de expansores tisulares, pero los que son útiles para la reconstrucción de la mama son fundamentalmente dos:

- a) Redondo, con válvula periférica⁴ (Fig. 1a).
- b) Ovalado, con válvula central⁶ (Fig. 1b).

Colocación

La implantación del expansor tisular debe hacerse bajo anestesia general. Para las mastectomías radical y radical modificada, se prefiere un acceso transaxilar a poder ser en el borde superior de la cicatriz, con una incisión de unos 5 cm. En mastectomías subcutáneas antiguas, se prefiere una incisión lateral externa en la cicatriz donde fue el surco inframamario. Anatómicamente, tanto por el primer acceso como por el segundo, la colocación del expansor puede ser subcutánea o submusculofascial, si existe músculo pectoral mayor. En este segundo caso, el bolsillo no solamente está debajo del músculo pectoral mayor, sino que se amplía por su parte inferior a las fascias del músculo recto abdominal y oblicuo mayor y lateralmente se refuerza con la fascia del serrato⁷. Si la colocación del implante es subcutánea, una disección roma amplia es suficiente.

En el acto quirúrgico mismo es posible, hacer la primera inyección de suero con rifocina en la válvula del implante. La inyección de suero con rifocina tiene dos objetivos: a) que si se extravasa suero, que éste contenga antibiótico, b) las siguientes inyecciones se hacen sólo con suero, por lo que al pinchar y aspirar se aprecia inme-

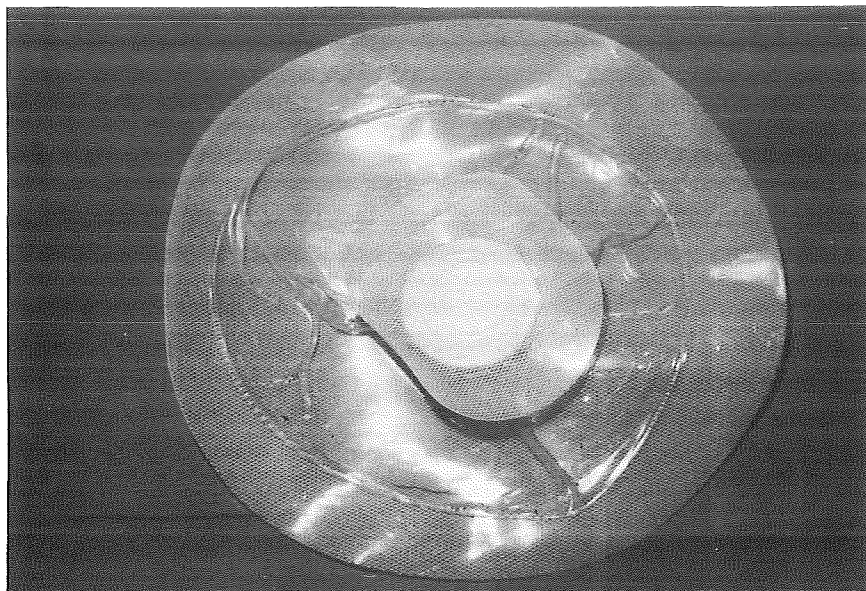


Fig. 1b.—Expansor tisular ovalado con válvula central (según Lupin).

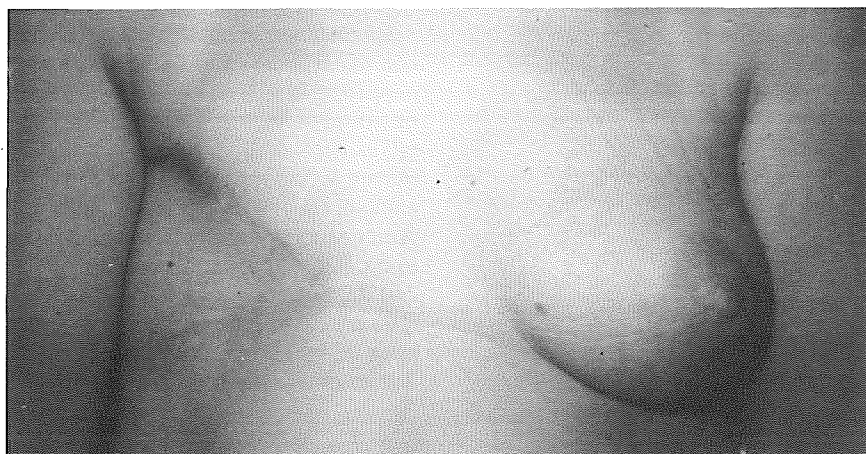


Fig. 2a.—Mastectomía radical modificada, aspecto preoperatorio.

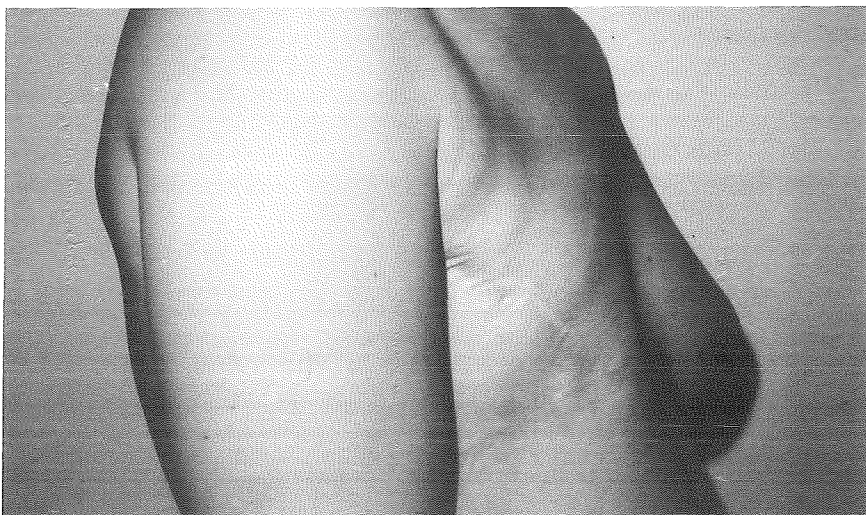


Fig. 2b.—Vista lateral preoperatoria.

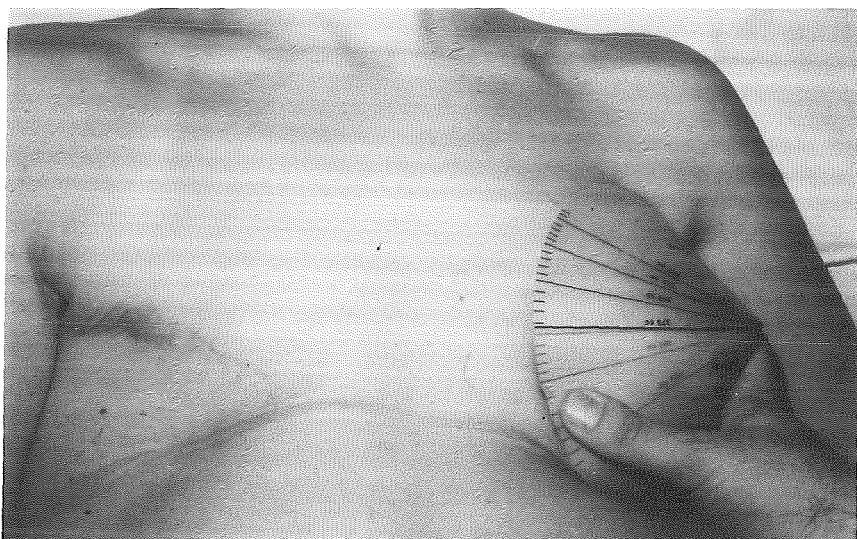


Fig. 2c.—Medición del volumen de la mama contralateral.

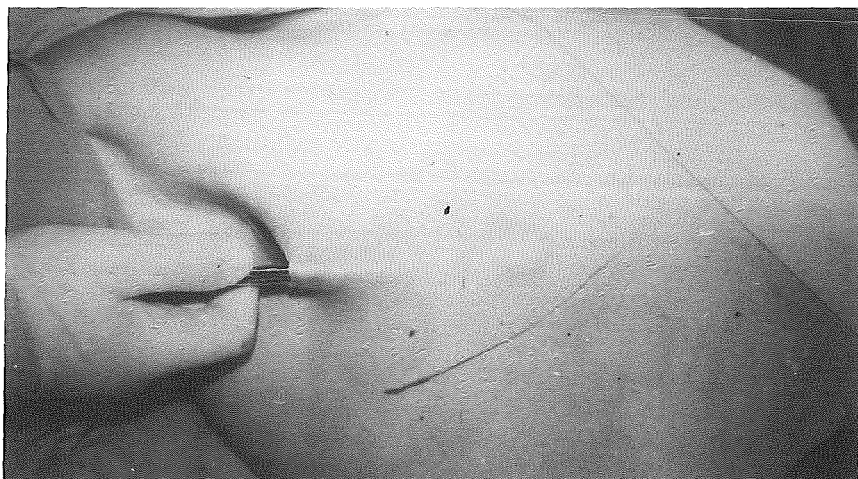


Fig. 2d.—Incisión en el extremo axilar de la antigua cicatriz y disección roma por debajo del músculo pectoral hasta el surco submarino.



Fig. 2e.—Colocación de expansor.

diatamente si la aguja está en el sitio correcto o no. Durante las semanas subsiguientes se hacen inyecciones de suero fisiológico en la válvula, en cantidades que varían entre 50 y 100 cc, observando cuidadosamente la respuesta de la piel. Si se produce algún signo de isquemia o de congestión después de la inyección, se debe retirar una cantidad de suero suficiente para que retorne la coloración normal. La cantidad total de suero inyectado debe sobrepasar en 200 ó 300 cc el tamaño de la prótesis de gel de silicona que se colocará. Así se obtiene la formación de una cápsula grande y un exceso de piel en la zona, que nos servirá para la reparación definitiva.

El segundo acto operatorio se efectúa a las 6 u 8 semanas y consiste en deshinchar el expansor tisular y extraerlo a través de una incisión igual a la del primer acto quirúrgico. Por allí se introduce la prótesis de gel de silicona definitiva (Figs. 2a-2i).

En esta segunda operación puede ser necesario realizar una mamoplastia de reducción o una mastopexia en la mama contralateral para obtener una mejor simetría (Figs. 3a y 3b).

También en este segundo tiempo debe contemplarse la necesidad de reconstrucción del complejo aréola-pepón, para lo cual utilizamos una técnica de colgajos dérmicos.

Discusión

La reconstrucción de una mama plantea la necesidad de crear un exceso de tejido en la región pectoral, que sea capaz de albergar una prótesis de gel de silicona sin tensión y con la proyección de caída de una rama de aspecto natural.

El aporte de tejidos de otras regiones anatómicas añade cicatrices y pone una nueva mutilación donde antes no la había.

La introducción de los expansores tisulares hace innecesarias las movilizaciones de tejidos distantes, al "crear" *in situ* un exceso de piel aprovechable para nuestra reconstrucción. Además, el no añadir cicatrices a las ya existentes hace que la paciente acepte más fácilmente este tipo de intervención.

La colocación del implante en un bolsillo subcutáneo o submusculofascial, depende del tipo de mastectomía

realizada. Obviamente, en las mastectomías radicales, la única alternativa es la colocación subcutánea.

En las mastectomías radicales modificadas preferimos la colocación submúsculo-fascial.

Con la utilización de un expansor, la contractura capsular es más difícil que ocurra pues con éste hemos formado un bolsillo con cápsula bastante más grande que el volumen de la prótesis que se colocará, por lo cual la cápsula definitiva se contraerá sin llegar a aprisionar la prótesis.

En las mastectomías radicales modificadas se obtiene un mejor perfil si se introduce el expansor en el espacio retromuscular, porque se obtiene una transición lineal entre la axila y la mama reconstruida, imitando mejor el polo axilar de la mama normal.

En las mastectomías subcutáneas antiguas, con piel arrugada y adherida, preferimos colocar el expansor subcutáneo para distender la piel.

Si se colocara la prótesis definitiva directamente en el primer acto quirúrgico en el bolsillo de piel o bajo un colgajo pediculado, obtendríamos una mama aplastada, sin proyección, pues hace falta un período de adaptación de varios meses para que los tejidos se adapten al nuevo contorno. No pocas veces, el resultado es una contractura capsular severa. En cambio, al utilizar los expansores tisulares formamos un exceso de piel y cápsula, que acogerá una prótesis de menor tamaño, por lo cual la proyección será inmediata y el riesgo de contractura menor.

La situación de la válvula es otro factor a tener en cuenta. Si se reconstruye en una paciente con mastectomía radical o radical modificada, la ausencia de pezón nos permite utilizar el expansor con válvula central. En paciente con mastectomías subcutáneas es aconsejable utilizar una válvula periférica para evitar pinchar varias veces un pezón con gran sensibilidad. En estos casos se colocará la válvula bajo la piel del hueco axilar para que no le estorbe a la paciente. Es muy fácil localizar esta válvula por palpación cada vez que sea necesario inyectar nuevas cantidades de suero.

La forma del expansor tisular también nos permite prever la forma que tendrá la mama reconstruida. Si la mama contralateral es grande y ancha, se utilizará un expansor redondo. Si lo



Fig. 2f.—Inyección de 50 cc de suero fisiológico con rifocina durante el acto quirúrgico.



Fig. 2g.—Extracción del expansor y colocación de prótesis definitiva en el segundo acto quirúrgico.



Fig. 2h.—Postoperatorio a los 6 meses de realizada la reconstrucción mamaria con la utilización de un expansor.

que interesa es una mama alargada y de tamaño moderado, procuraremos crear un bolsillo de esa forma mediante el expansor ovalado. De esta manera, el tipo de prótesis definitiva que utilicemos adquirirá fácilmente su forma y la paciente se beneficiará de una mejor simetría. Preferimos utilizar prótesis de alto perfil para obtener una mejor proyección.

Conclusión

La utilización de expansores tisulares para la reconstrucción de mama postmastectomía simplifica enormemente este procedimiento reconstructivo al evitar las movilizaciones de tejidos vecinos y permitir al cirujano formar un bolsillo y una cobertura cutánea que tenga el tamaño, forma y grosor adecuado para crear una mama simétrica y satisfactoria para la paciente.

Bibliografía

1. De la Plaza R. *Postmastectomy reconstruction by a contralateral abdominomammary flap*. Ann Plast Surg 6 (2): 97, 191.
2. Bostwick J, Vascónez LO y Jurkiewicz MJ. *Breast reconstruction after a radical mastectomy*. Plast Reconstr Surg 61: 682, 1978.
3. Cronin TD, Upton J, McDonough JM. *Reconstruction of the breast after mastectomy*. Plast Reconstr Surg 59: 1, 1977.
4. Radovan Ch. *Tissue expansion in soft-tissue reconstruction*. Plast Reconstr Surg 74: 482, 1984.
5. Argenta LC, Markx MW y Grabb WC. *Selective use of serial expansion in breast reconstruction*. Ann Plast Surg 11: 188, 1983.
6. Lapin R, Daniel D, Hutchins H y cols. *Primary breast reconstruction following mastec-Primary breast reconstruction following mastectomy using a skin expander prosthesis*. Breast 6 (2): 20, 1980.
7. Bostwick J. *Aesthetic and reconstructive breast surgery*. The C. V. Mosby Company. St. Louis-Toronto-Londres, 1983, p. 359.



Fig. 2i.—Primer plano de la mama reconstruida.

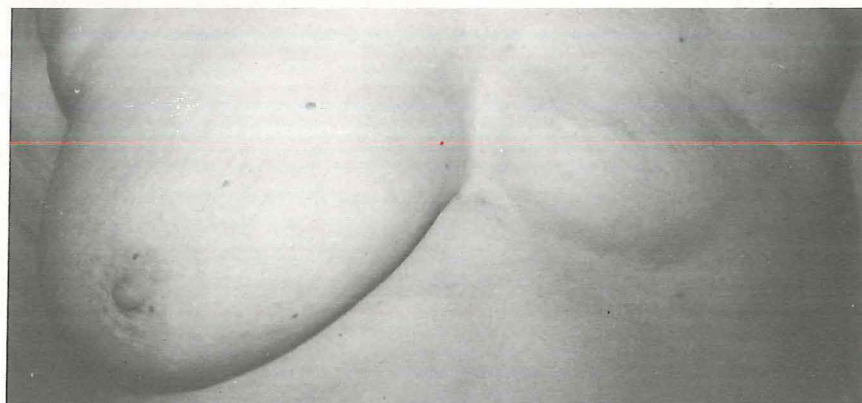


Fig. 3a.—Mastectomía radical modificada de un año de evolución. Obsérvese la ptosis y gran volumen de la mama contralateral.

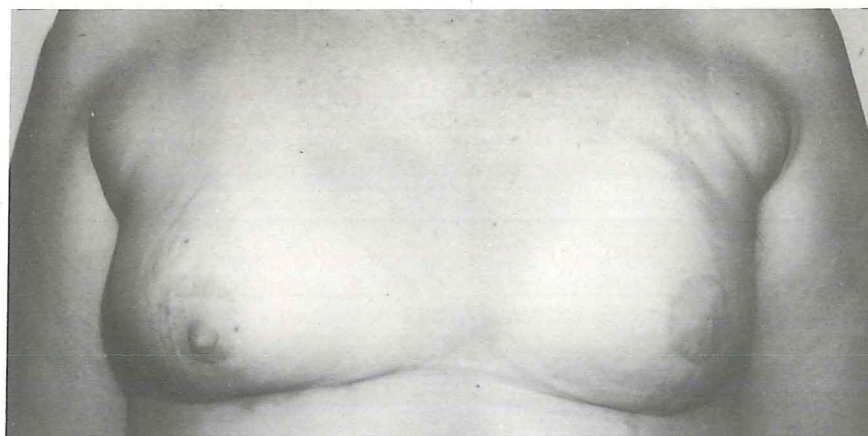


Fig. 3b.—Postoperatorio al año de reconstrucción mediante uso de expansor y reducción contralateral mediante la técnica de Strömbeck.

BREAST RECONSTRUCTION AFTER MASTECTOMY WITH TISSUE EXPANDERS

Summary

The breast reconstruction technique after mastectomy with a temporary skin expander is presented. The main objective of this technique is to create an amount of tissue to place a silicone-filled prosthesis. The expanders are either round or oval shaped. The inflating device can be centrally or peripherally placed. The type of expander chosen depends on the desired shape and size of the reconstructed breast and it can be implanted in a subcutaneous pocket or under the pectoralis muscle.