

Reconstrucción del complejo aréola-pezón con colgajos dérmicos. Técnica personal

J. M. Serra*

RESUMEN

Se presenta la técnica utilizada por nosotros para la reconstrucción del complejo aréola-pezón. En primer lugar se realiza la desepitelización de un círculo de 42 mm y se efectúan cuatro colgajos dérmicos en forma de cruz que se suturarán uno encima de otro para formar un promontorio central que será el pezón. Toda esta área cruenta se cubre con un injerto de piel de la parte alta interna del muslo.

Introducción

Para que la integridad de la imagen corporal sea más fácilmente adquirida después de una reconstrucción mamaria, es preciso reconstruir el complejo aréola-pezón (CAP).

En la reconstrucción de esta unidad morfológica es necesario tener en cuenta varios parámetros: el primer objetivo es conseguir un área pigmentada, con una tonalidad parecida o igual al CAP contralateral, con un diámetro igual y una pequeña zona central prominente. Además la aréola y el pezón deben ser del mismo color.

Muchas han sido las técnicas utilizadas para la reconstrucción del CAP, mediante colgajos de vecindad, abdominales^{1, 2}, axilares³, o con injertos de piel, de la ingle, de la cara interna alta del muslo o de piel retroauricular⁴, de los labios menores⁵ o de la otra aréola y reconstruyendo el pezón con injertos libres de dermis introducidos en la zona central del injerto⁶ o con lóbulo de la oreja⁴ o mediante injerto libre de

un fragmento del pezón contralateral mediante sección longitudinal o transversal, o con injertos compuestos aréola-pezón, del lado contrario, mediante sección en espiral⁷ o haciendo dos mitades una para cada lado⁸. Ultimamente se preconizan las técnicas de reconstrucción con colgajos locales mediante elevación⁹ o realizando una cruz de Malta y sutura en V-Y¹⁰ o realizando un pequeño colgajo en forma de T o reconstruyendo un túbulo¹¹, seguido de la reconstrucción de la aréola con injerto de piel. Se puede elevar la zona periférica mediante una incisión para que la cicatriz protruyente se asemeje al borde de la aréola¹².

Pero ninguna de estas técnicas aporta la solución a los problemas diversos

que esta reconstrucción presenta en cada caso.

Técnica personal

Esta técnica quirúrgica de reconstrucción del CAP se basa en la realización de cuatro colgajos dérmicos de distinta longitud, que se suturan uno encima del otro, correlativamente y forman el promontorio que dará lugar al pezón (Fig. 1a). La zona que formará la aréola se desepiteliza mediante dermoabrasión (Fig. 1b) (normalmente se desepiteliza un círculo de 42 mm de diámetro).

En el centro dibujamos los cuatro colgajos en forma de cruz. La anchura

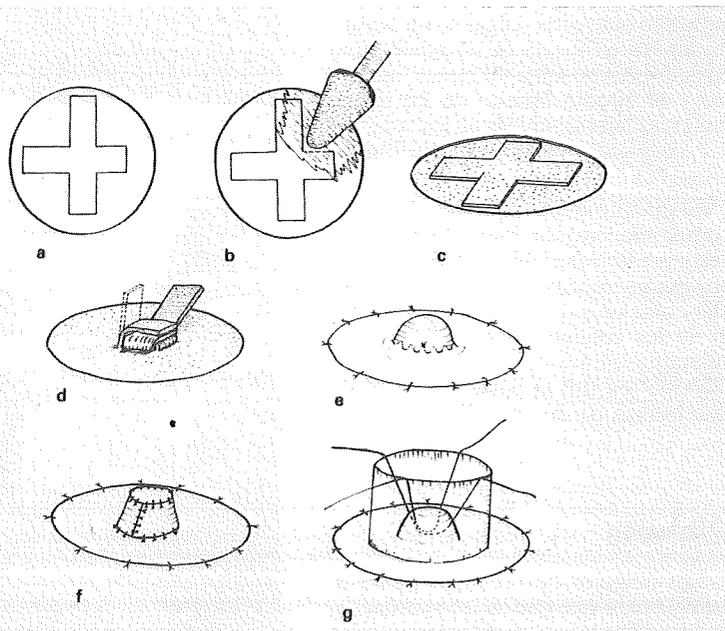


Fig. 1.—a) Diseño de los colgajos y de la aréola. b) Dermoabrasión del área que será la aréola. c) Exéresis de la dermis periférica a los colgajos. d) Sutura de los colgajos uno doblado encima de otro. e) Colocación del injerto en una sola pieza con una sutura fruncida en la base del pezón. f) Colocación del injerto en tres partes. g) Diseño del apósito de tracción.

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

de cada colgajo es de 10 mm. La longitud del primer brazo de la cruz es de 10 mm, el segundo mide 12 mm, el tercero 14 mm y el cuarto colgajo 16 mm. El primero se sutura doblándolo sobre el centro de la cruz, el segundo doblado sobre el primero, el tercero sobre el segundo y el cuarto sobre el tercero. El grosor de estos colgajos es de dos tercios de la dermis. El resto de la areola se iguala mediante la exéresis de los promontorios de dermis sobrantes (Figs. 1c y 1d).

Seguidamente se coloca un injerto de piel que cubra todo el área cruenta.

Para la zona donante del injerto utilizamos el polo inferior de la mama contralateral que se reseca cuando se realiza la remodelación de ésta, si el CAP de este lado es de color claro.

Cuando no es necesario realizar reducción del lado contralateral, si el color del CAP del lado sano es muy claro, utilizamos injerto de piel retroauricular⁴.

Casi siempre utilizamos injerto de la cara alta interna del muslo para que el color de la areola sea ligeramente oscuro¹³.

Para la colocación de este injerto, es necesario realizar alguna maniobra que dificulte la contracción global del mismo que nos aplanará el pezón, para ello se realiza una incisión parcial del injerto, en forma circular con un diámetro de 15-20 mm y se sutura este círculo al lecho, haciendo una bolsa de tabaco peripezón (Fig. 1e) o bien colocamos el injerto en tres partes: un injerto circular pequeño, de 10 mm, suturado sobre los colgajos, un segundo injerto en forma de arandela cuyo círculo externo mida 40 mm de diámetro y el círculo interno de 10 mm y un tercer injerto tapizando los lados de los colgajos, formando un cilindro (Fig. 1f).

El apósito debe mantener, hasta la completa cicatrización de todo el proceso, presión en el injerto de la areola y elevación-tracción en el pezón. Para ello colocamos puntos cruzados debajo de los colgajos, hacia afuera, que sujetamos en elevación a un cilindro de plástico (es útil la parte proximal de una jeringa de 20 cm) (Fig. 1g).

Discusión

Los colgajos de vecindad ya no se utilizan para este tipo de reconstrucción ya que dejan una secuelas cicatriciales importantes. Los injertos de piel para areola y otros injertos o colgajos locales para pezón, tienen el inconveniente de que adquieren tonalidades muy dis-

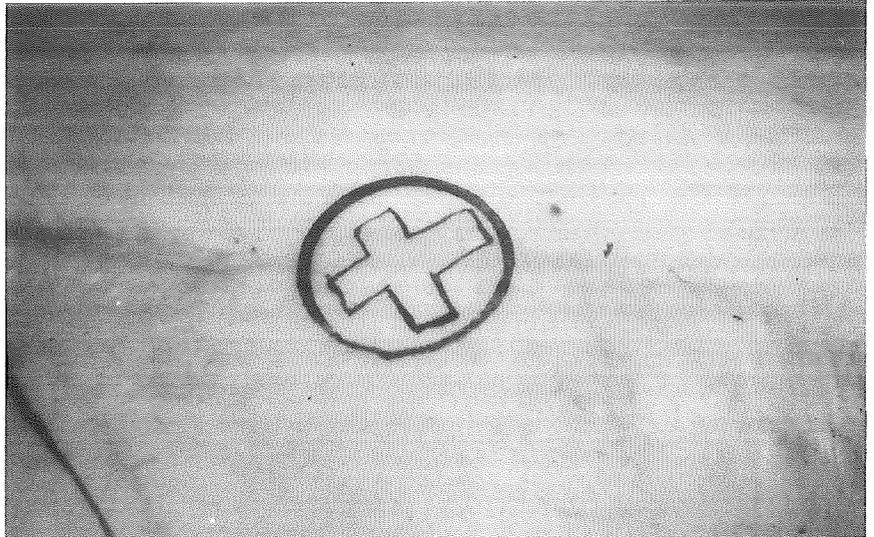


Fig. 2a.—Caso clínico de reconstrucción del complejo areola-pezón.



Fig. 2b.—Diseño de la areola y de los colgajos. Obsérvese el marcado del diseño con bisturí.

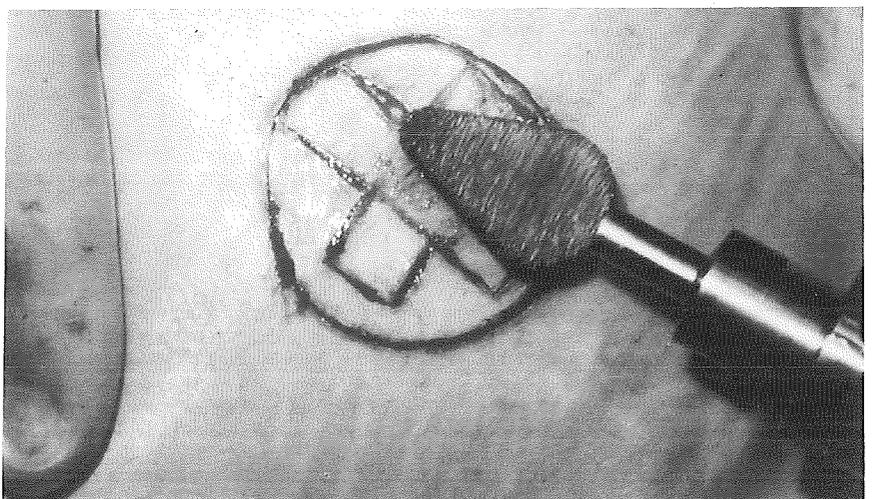


Fig. 2c.—Dermoabrasión.

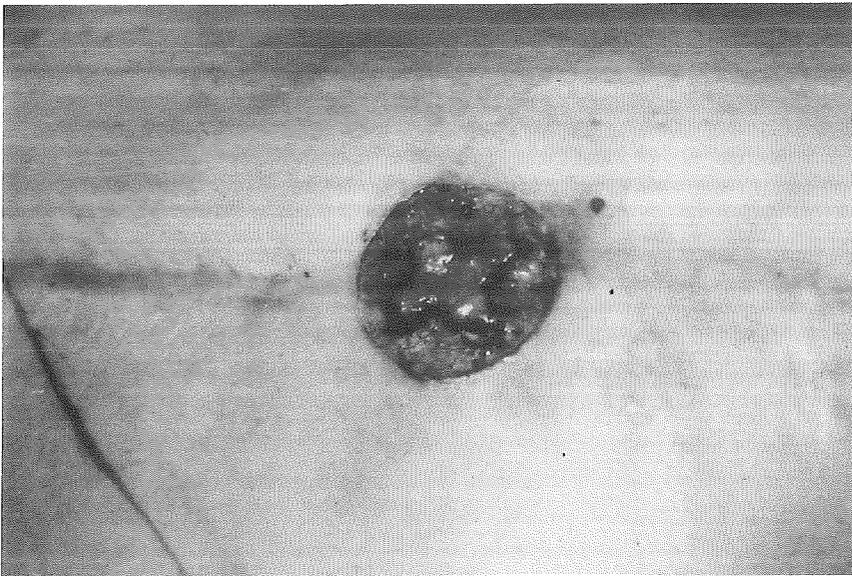


Fig. 2d.—Colgajos ya elevados respetando su inserción central.

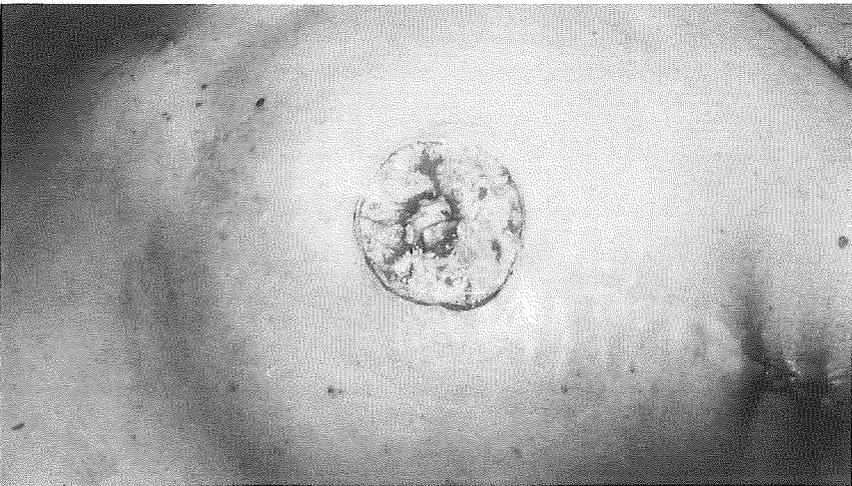


Fig. 2e.—Colgajos suturados sobre sí mismos.

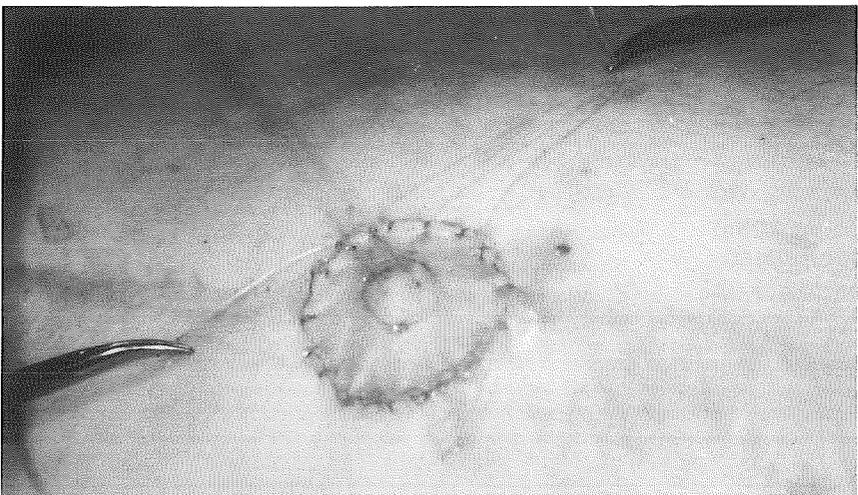


Fig. 2f.—Injerto colocado. Obsérvese los puntos de tracción.

tintas. Con el injerto de labios menores, la areola queda demasiado pigmentada¹⁴. Con injerto del lado contralateral se altera el lado sano y el tamaño obtenido es pequeño. Los injertos libres de dermis para elevar la zona central se reabsorben.

Con esta técnica, el tamaño del CAP es el deseado, igual al lado contralateral ya que el tamaño del círculo que formará la areola y los colgajos para formar el promontorio central pueden ser del tamaño que se necesite, aunque normalmente es de 42 mm, que es el tamaño del CAP contralateral cuando realizamos la reducción. El color de la areola y del pezón es el mismo, ya que se trata de un mismo injerto. Los colgajos dérmicos que se utilizan para formar el promontorio están vascularizados, con lo que no se reabsorben (Figs. 2a-2h).

Bibliografía

1. Gillies H. *Surgical replacement of the breast*. Proc R Soc Med 52: 597, 1959.
2. De Cholnoky T. *Breast reconstruction after radical mastectomy: Formation of missing nipple by everted navel*. Plast Reconstr Surg 38: 577, 1966.
3. Rapin M. *Reconstruction of the nipple*. Br J Plast Surg 7: 372, 1955.
4. Brent B y Bostwick J III. *Nipple-areola reconstruction with auricular tissues*. Plast Reconstr Surg 60: 353, 1977.
5. Adams WM. *Labial transplant for correction of loss of the nipple*. Plast Reconstr Surg 4: 295, 1949.
6. Snyder C, Browne E y Pickens J. *Problemas reconstructivos del pezón y la areola*. En "Cirugía Plástica y de reconstrucción de la mama". Editado por Goldwyn R. Salvat Editores. Barcelona 1981, cap. 23, p. 375.
7. Cronin TD, Upton J y Mc Donough JM. *Reconstruction of the breast after mastectomy*. Plast Reconstr Surg 59: 1, 1977.
8. Wexler MR y O'Neal RM. *Areola sharing to reconstruct the absent nipple*. Plast Reconstr Surg 51: 176, 1973.
9. Serafin D y Georgiade N. *Nipple-areola reconstruction after mastectomy*. Annals of Plastic Surgery 8: 29, 1982.
10. Snyder CC, Pickens JE y Salter TB. *Surgery of the areola-nipple complex*. En "Symposium on Aesthetic Surgery of the Face, Eyelid and Breast". Editado por Master FW y Lewis JR Jr. The C. V. Mosby Company. St Louis 1972, p. 192.
11. Chang W. *Nipple reconstruction with a T. Flap*. Plast Reconstr Surg 73: 140, 1984.
12. Dipirro E. *Reconstruction of the nipple and areola after a burn*. Plast Reconstr Surg 46: 299, 1970.
13. Broadbent TR, Woolf RM y Metz PS. *Restoring the mammary areola by a skin graft from the upper inner thigh*. Br J Plast Surg 30: 220, 1977.
14. Bostwick J III. *Aesthetic and reconstructive breast surgery*. The C. V. Mosby Company. St Louis 1983, p. 675.

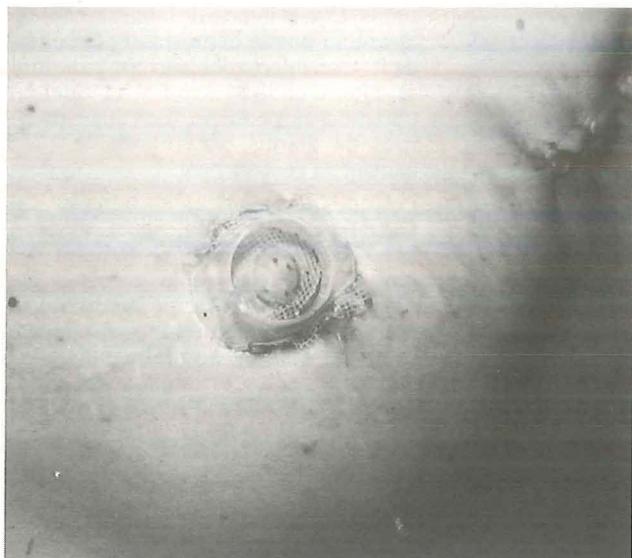


Fig. 2g.—Apósito para mantener tracción en los colgajos.



Fig. 2h.—Aspecto de la reconstrucción obtenida.

NIPPLE-AREOLA RECONSTRUCTION WITH A DERMAL FLAPS. PERSONAL TECHNIQUE

Summary

The technique we use for the reconstruction of the nipple-areola complex is presented. First, deepitelialization in a circle of 42 mm is carried out and four cross-shaped dermal flaps are made. After, that we over-lapp each flap on top of the other to form a central promontory that will be the nipple. Then, a skin graft from the inner upper part of the thigh is placed.

COLECCION CIENCIAS MEDICAS

LIBROS DE MEDICINA

MICROCIRUGIA EN QUIROFANO EXPERIMENTAL

José M.^a Serra Renom y José Cañadell

1983. ISBN 84-313-0817-6. 160 págs. 1.750 ptas.

Aquí se presentan algunos de los protocolos de investigación seguidos en el Quirófano Experimental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, y que tienen como objetivo adquirir además del entrenamiento adecuado en microcirugía, el aprendizaje en las técnicas de investigación y valoración de resultados.

TECNICAS DE MICROCIRUGIA

José M.^a Serra Renom y José Cañadell

1978. ISBN 84-313-0522-7. 100 págs. 775 ptas.

La cirugía reparadora de las lesiones de las extremidades adquiere mayor importancia de día en día, por la frecuencia creciente de las mismas y por su importancia socio-económica. Este libro constituye un cuaderno de prácticas de técnicas experimentales que ayudan al cirujano a alcanzar la reparación de las estructuras lesionadas de la mano o de las extremidades en general.



EUNSA

EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S. A. - Apdo. 396 - Tel. (948) 256850* - 31080 PAMPLONA (ESPAÑA)