

Presentación de casos

Hospital Universitario «Celia Sánchez Manduley» (Granma)

Técnica de doble pedículo lateral en reconstrucción mamaria después de tumorectomía

Ms. C., Dr. Orlando Rafael Expósito Reyes,¹ Dr. Francisco Vargas LaO,² Dr. Daniel Sosa García³ y Zoila Yesenia Bello Fonseca⁴

RESUMEN

Los tumores mamarios aparecen cada vez con mayor frecuencia, e igualmente las secuelas poco estéticas de la cirugía de estos. Se presenta la técnica quirúrgica de doble pedículo externo (superior e inferior) en la reconstrucción mamaria después de una tumorectomía por fibroadenoma gigante de la mama izquierda. Se planificó la intervención tomando como referencia la técnica de Skoog (pedículo lateral externo), por la localización, el área ocupada por la masa mamaria (3/4 partes de la mama) y para conservar la irrigación del complejo areola-pezones. Para llenar el vacío dejado por el tumor, se utilizó un segundo pedículo inferolateral que se liberó, rotó y fijó a la fascia muscular, con sutura no absorbible, en el área del cuadrante superior interno, lo cual sirvió de relleno o apoyo al complejo areola-pezones y a su pedículo. Se obtuvo un resultado estético bueno, que satisfizo las expectativas de la paciente y de los médicos, al conservarse la mama y su forma.

Palabras clave: Técnica de doble pedículo, fibroadenoma gigante, tumorectomía, técnica de Skoog.

El estudio de las enfermedades mamarias y su tratamiento ha llevado a perfeccionar cada vez más los procedimientos quirúrgicos y por tanto brindar a las pacientes cirugías menos agresivas siempre que sea posible. El desarrollo que ha alcanzado la cirugía reconstructiva, al servicio de la plástica después de una tumorectomía, ha proporcionado mejor calidad

de vida, menor sentimiento de mutilación y elevado grado de satisfacción personal y profesional, y han cambiado el modo de ver y actuar ante los tumores mamarios. Surge, entonces, la cirugía oncoplástica.¹

Las enfermedades tumorales de las mamas, presentes con elevada frecuencia en nuestros días y en nuestro medio,² no están exentas de prejuicios, los cuales en muchas ocasiones tienen consecuencias muy negativas. En algunas pacientes se convierten en una verdadera obsesión y otras sienten pavor por las posibles consecuencias aún sin un diagnóstico confirmado o sin acudir a consulta. En el segundo caso se observan los mayores peligros.

El interés por la conservación de la mama y su forma como parte del contorno corporal y de la estética femenina y el uso de colgajos miocutáneos del recto anterior y dorsal, y de prótesis de silicona para la reconstrucción de estas, condujo a plantear la técnica de doble pedículo, aprovechando el propio tejido mamario, para la plastia mamaria después de una tumorectomía.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se tuvo como referencia la técnica de *Skoog*³ para mastoplastia reductora, en la cual se utiliza un pedículo lateral externo dérmico.

Planificación

Se tomaron las medidas según los puntos de referencia habituales para una mastoplastia reductora: horquilla esternal (HE), línea media (LM), distancia entre la horquilla esternal y la apófisis acromial de la escápula, línea medio clavicular (LMC), distancia de la horquilla esternal al complejo areola-pezones (CAP), línea axilar anterior (LAA) (figura 1):

1. Marcada la línea medio clavicular.
2. Desde HE a la ubicación del nuevo CAP 18 cm (punto donde se entrecruzan la LMC y una línea trazada desde la HE y en dirección a la LMC formando un ángulo aproximadamente 45°). Punto **a**.
3. Desde este punto y hacia abajo, siguiendo la LMC, se trazó una recta marcando un punto a 5 cm: **a'**. Desde este y perpendicular a la LMC se extendió una pequeña recta de 10 cm y se marcó en sus extremos los puntos **b – b'**
4. Hasta aquí los puntos de referencias para trazar la media luna futuro asiento del CAP.
5. Desde los extremos de la media luna se trazaron dos diagonales de 4,5 cm: **b – c** y **b' – c'**.
6. Desde los extremos de las diagonales lateralmente y en dirección al esternón, quedando 5 cm alejado de él se realizó un trazo entre **c** y **d** y dirigido a la LAA pero sin llegar a ella, se realizó otro entre **c' – d'**.
7. **d – d'** se unieron por un trazo paralelo y a 0,5 cm del surco submamario.
8. Luego se trazó el pedículo lateral externo que contenía el CAP, según la técnica clásica de *Skoog* para mastoplastia reductora.

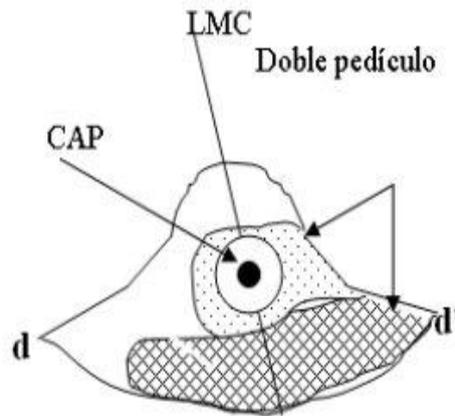


Figura 1. *Planificación preoperatoria: esquema de la técnica quirúrgica.*

Técnica quirúrgica

Siguiendo los trazos planificados se expuso y se extirpó una masa mamaria de consistencia fibrosa, elástica, lobulada, con las dimensiones siguientes: largo 22 cm; diámetro 26 cm, peso 1,2 kg. Ocupaba aproximadamente 3/4 partes de la mama y rechazaba el tejido mamario de los cuadrantes superior e inferior externo. Su extracción dejó un espacio de aproximadamente 1000 cm³ (figuras 2 y 3).



Figura 2. *Espacio dejado por el tumor.*



Figura 3. La paciente A) antes de la cirugía; B) después de esta.

Se conserva CAP formando un colgajo de tejido según la técnica clásica de Skoog¹ para mastoplastia reductora. El área correspondiente a los cuadrantes inferiores se desepitelizó y se conformó un segundo pedículo dermoglandular seccionando con dos incisiones paralelas y separando su extremo distal (interno) con conservación de la irrigación de las perforantes intercostales. Se rotó y fijó al espacio dejado por el tumor, correspondiente a los cuadrantes superior e inferior interno, lo que rellenó el cuerpo de la mama y le sirvió de base o apoyo al pedículo del CAP (fig. 1).

DISCUSIÓN

El tumor adquirió tal tamaño a causa del temor de la paciente a enfrentar las consecuencias de una afección mamaria y prefirió ocultarla. Solo por la presión familiar acudió a recibir atención médica. Cuando llegó a la consulta el tumor tenía 5 años de evolución y aún después de la biopsia (CAAF) se sospechó la posible malignidad del tumor.

Los nuevos conceptos sobre la cirugía oncológica han contribuido a la obtención de mejores resultados cosméticos en cirugías conservadoras para el cáncer de mama, la reparación exitosa de lesiones ulceradas de la pared torácica, la extirpación de tumores mamaros de gran tamaño y la reconstrucción mamaria en los casos en que se requiere una mastectomía.^{3,4}

La calidad de vida de las pacientes y su apariencia estética han hecho reconsiderar las cirugías radicales siempre que sea posible y plantear la cirugía conservadora e incluso la reconstrucción mamaria inmediata a la mastectomía.^{5,6} Con estas técnicas mejora notablemente la autoestima y, por supuesto, disminuyen los sentimientos de mutilación.^{7,8}

Varios autores coinciden en la elevada frecuencia de los tumores de mama, específicamente del fibroadenoma, y en la importancia del diagnóstico y la cirugía precoz para la evolución satisfactoria de estas pacientes.⁹⁻¹⁶

Nos enfrentamos a un caso poco frecuente para la edad (35 años; es más frecuente en menores de 20 años) e ideamos la técnica de doble pedículo, que permitió rellenar el gran vacío dejado en la mama y mantuvo una mama cónica, armónica con el cuerpo de la paciente. Al momento de este informe queda por hacer la reducción de la mama derecha para lograr completa armonía.

Durante el período posoperatorio no se presentaron complicaciones.

SUMMARY

Breast tumors are more and more frequent, as well as the little aesthetic sequelae of their surgery. The external double pedicle surgical technique (upper and lower) in breast reconstruction after a tumorectomy due to giant fibroadenoma of the left breast was presented. The operation was planned taking Skoog's technique as a reference (external lateral pedicle) by the localization, the area occupied by the breast mass (3/4 parts of the breast) and to preserve the irrigation of the areola-nipple complex. To fill the gap left by the tumor, it was used a second inferolateral pedicle that was released, rotated and fixed to the muscle fascia with non-absorbable suture in the area of the upper internal quadrant that served as a filling or support to the areola-nipple complex and to its pedicle. A good aesthetic result that satisfied the patients and specialists' expectations was obtained on conserving the breast and its form.

Key words: Double pedicle technique, giant fibroadenoma, tumorectomy, Skoog's technique.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paredtes FH. Cirugía oncoplástica de la mama, una subespecialidad del presente. Rev Méd Clín Condes. 2006;17(2):84-8.
2. Ocampo D, Rubinstein A, Barbera L, Díaz R, Pollono D, Urrutia A. Fibroadenoma juvenil gigante Ludovica Pediatr. 2005;5(3):110-2.
3. Roa Tulio T. Cirugía de la mama. Ginecomastias. En: Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica (Edición Revolucionaria) 1986. Pp.955-77.
4. Medina S, Peña Colmenares J, Gómez Rodríguez A, Pezetti L, Tejada A, Barrios G. Cirugía preservadora en el cáncer de mama localmente avanzado: informe preliminar. Rev Venez Oncol. 2005;17(4):196-205.

5. Iglesias R, Eulufí A, Cabello R, Schwartz R, Israel G, Zamboni G. Radioterapia en la neomama reconstruida con tejido autólogo: efecto en la estética, complicaciones y control local. *Rev Chil Cir.* 2005;57(4):297-300.
6. Barriga C, Saa E, Camacho J, Adaury A, Ilabaca J, Muñoz M. Reconstrucción mamaria postmastectomía: revisión de 28 casos. *Rev Chil Cir.* 2005;57(1):40-44.
7. Pérez Morell A, Contreras A, Navarrete V, Gutiérrez A, Acuña J, Peña L, y otros. Reconstrucción mamaria con colgajo libre de *rectus abdominis*. *Rev Venez Oncol* 2004; 16(2): 120-127.
8. Louveira MH; Kemp C; Vilar VS; Martinelli SE; Spadoni Cristiane GB; Gracino A; *el al.* Contribuicao da mamografia e da ultra-sonografia na avaliacao da mama reconstruída com retalho miocutâneo. *Radiol Bras.* 2006;39(1):63-7.
9. Gallego G. Nódulo palpable de mama. *Rev Colomb Obstet. Ginecol.* 2005;56(1):82-91.
10. Giordano EB; Rocha AC; Correia AH; Pritsivelis C; Oliveira A; *el al.* Adenoma de lactação gigante em gestante adolescente. *Rev Bras Mastologia.* 2004;14(3):115-8.
11. Rahal R; Moreira M; Daher R; Jacinto T; Freitas Júnior R. Carcinoma ductal in situ surgindo dentro de um fibroadenoma. *Rev Bras Mastologia.* 2004;14(3):112-4.
12. Calado S; Lima M. Estudo morfológico dos fibroadenomas da mama: uma análise comparativa entre grupos etários. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* 2004;40(6):411-9.
13. Loretti A.P; Ilha MRS; Breitsameter I; Faraco CS. Clinical and pathological study of feline mammary fibroadenomatous change associated with depot medroxyprogesterone acetate therapy. *Arq. Bras. Med. Vet. Zootec.* 2004;56(2):270-4.
14. Aguirre Castro V; Ruiz Cáceres G. Protocolo para el manejo de nódulo mamario. *Medicina (Guayaquil).* 3003;9(1):81-5.
15. Cerdera Noguera A; Piuzzi M; Soto de Ferrini S; Cerdera Noguera V; Viudes L; Thompson C. Patologías mamarias más frecuentes y su relación con la edad. *Rev. Fac. Med. Univ. Nac. Nordeste.* 2003;21(1):12-4.
16. Puentes Padrón N; Clark Cairo G; Solares Carreño JC; Cepero Jiménez M. Tumores de mama, una preocupante para la salud. *Rev Cubana Enferm.* 2002;18(3):170-4.

Recibido: 23 de marzo de 2003. Aprobado: 16 de julio de 2007.

Dr. Orlando Expósito Reyes. Calle León Núm. 216, entre Loma y Purísima. Manzanillo, Granma. Cuba.

CP 87510.

Correo electrónico: exposito@golfo.grm.sld.cu

1 Especialista en Cirugía Plástica y Caumatología. Profesor Auxiliar.

2 Especialista en Cirugía general. Asistente.

3 Especialista en Anestesiología y Reanimación.

4 Estudiante de 4to. año de Licenciatura en Enfermería.