

Cirugía reparadora en las secuelas de mastectomía *

Dr. GUILLERMO H. FOSSATI

Es cada vez más frecuente la colaboración del cirujano reparador en el equipo que practica una exéresis de mama.

Cuatro son las situaciones que pueden presentarse:

- 1) Colaboración en el momento del cierre de la brecha operatoria.
- 2) Tratamiento de áreas cruentas residuales.
- 3) Corrección de bridas.
- 4) Reconstrucción de las estructuras mutiladas.

Haremos breves consideraciones de cada uno de los puntos, estableciendo cuál es la posición y posibilidades del cirujano plástico en cada caso.

1) COLABORACION EN EL MOMENTO DEL CIERRE DE LA BRECHA OPERATORIA

En la mastectomía radical por cáncer es necesario realizar siempre una amplia resección de piel. En muchos pacientes es posible, a pesar de ello, realizar el cierre de la brecha operatoria, sin tensión de las suturas. En muchos casos es necesario recurrir a maniobras de decolamiento y labrados de colgajos para poder cerrar sin tensión, y sin tener que recurrir a maniobras inconvenientes como la aducción del brazo. El cierre forzado lleva inexorablemente a la necrosis de los colgajos y secuelas postoperatorias consiguientes.

En ciertos casos el cierre es muy dificultoso y las condiciones de la paciente no permiten maniobras operatorias: labrado de colgajos, amplios decolamientos, etc., que prolongan el acto quirúrgico y aumen-

tan el sangrado. En estos casos es fundamental realizar un injerto de piel libre para completar el cierre.

Todas estas maniobras de cirugía reparadora pueden ser realizadas por el mismo equipo que realiza la exéresis del tumor, si las conoce y está familiarizado con su empleo. Sin embargo, muchos cirujanos consideran, lógicamente, que luego de una laboriosa operación de resección, realizada con criterio oncológico, no están física ni anímicamente en las mejores condiciones para realizar correctamente las maniobras reparadoras. En estos casos se plantea la incorporación de un equipo nuevo, reparador, con instrumental nuevo no contaminado y con espíritu diferente al equipo mutilador.

El equipo reparador juzgará en cada caso, de acuerdo a las características del paciente, la opinión del anestésico y el tipo de exéresis practicada, el tratamiento más apropiado para el caso, ya sea el cierre mediante colgajos o la aplicación de injertos. En pacientes cuyo estado no permita prolongar el acto operatorio puede recurrirse al injerto diferido, es decir: a la aplicación de un apósito en el área cruenta residual que se retirará a las 48-72 horas en sala de operaciones, aplicándose entonces un injerto. Esta operación puede hacerse bajo anestesia local.

En algunos casos se combinarán colgajos apropiadas para cubrir la zona de los vasos en la axila con injertos en la parte correspondiente a la parrilla costal.

2) TRATAMIENTO DE LAS AREAS CRUENTAS RESIDUALES

Las áreas cruentas residuales pueden resultar de una intencionada maniobra del

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 26 de mayo de 1965.

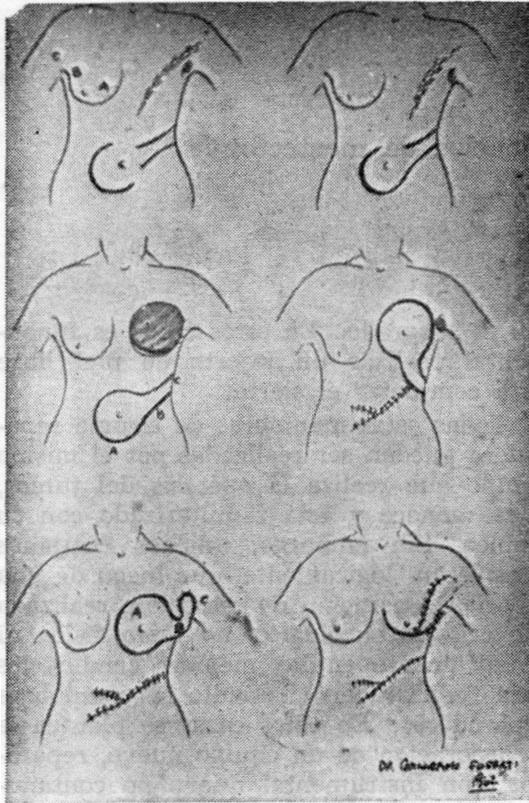


FIG. 1.—Esquema de los diferentes tiempos de la técnica.

cirujano, en el sentido de dejar para un segundo tiempo la aplicación de un injerto.

En muchos casos se debe a la dehiscencia de las suturas o a la necrosis de los colgajos. En este último caso no somos partidarios de esperar la eliminación espontánea de las escaras, sino que preferimos la resección quirúrgica de las mismas y la aplicación de injertos. La cobertura por injertos permite perfectamente la aplicación de radioterapia postoperatoria.

Raramente empleamos rotación de colgajos en el cierre de áreas cruentas residuales.

3) CORRECCION DE BRIDAS

La brida de axila es una secuela frecuente de ciertas incisiones. Son más frecuentes cuando ha existido infección de la herida o necrosis de los bordes de la misma.

La solución habitual de las bridas de la axila es mediante la doble transposición de colgajos (en zeta) o el colgajo rotado del hueco axilar.

4) RECONSTRUCCION DE LAS ESTRUCTURAS MUTILADAS

Un problema interesante, desde el doble punto de vista humano y técnico, lo presenta la posibilidad de reconstruir las estructuras mutiladas en la mastectomía radical.

En otros territorios del organismo, como la nariz, párpado, labio, etc., es ya un concepto universal que a la resección quirúrgica o pérdida traumática debe seguirse la reconstrucción. Sin embargo, en el seno este concepto no ha encontrado aceptación por la mayoría de los cirujanos.

La gravedad de la enfermedad, la importancia de la operación realizada para intentar su curación, el pronóstico incierto, etc., han contribuido a ello.

Por otra parte, el mejor conocimiento de los problemas psicológicos que desencadena en muchas mujeres la pérdida del seno, un diagnóstico más precoz de la enfermedad, con el consiguiente mejor pronóstico, unido a una mayor confianza en los procedimientos quirúrgicos y anestesiológicos, han modificado sustancialmente la posición de los cirujanos reparadores frente al problema.

Hoy día creemos perfectamente indicada la reconstrucción de seno en un alto número de pacientes a las que se les prac-

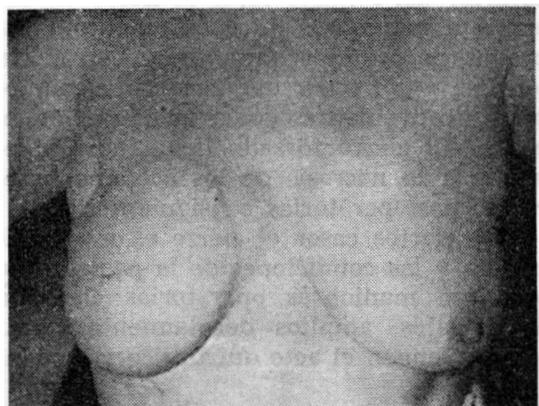


FIG. 2.—Resultado final; mama reconstruida.

ticó una mastectomía radical. Existen, sin embargo, personas que por diversas razones no son especialmente afectadas por la mutilación, así como otras que temen en tal forma los actos operatorios o les son contraindicados por razones médicas, en las cuales ni se plantea el procedimiento.

Un discreto e inteligente interrogatorio llevará al médico a resolver en cada caso si se debe o no plantear la reconstrucción. Resuelto que se trata de un caso favorable para plantear la reconstrucción no debe plantearse ningún compás de espera por razones cancerológicas. Es absurdo esperar cinco años de desilusión y frustración para iniciar un tratamiento (entonces posiblemente tardío) que pudo dar tranquilidad y felicidad a la paciente desde el tiempo de la operación.

Planteadas la reparación debe analizarse en cada caso cuáles son las estructuras mutiladas. De acuerdo a las técnicas más empleadas en nuestro medio las estructuras a reparar son:

- a) La mama propiamente dicha,
- b) su prolongamiento axilar,
- c) la pared anterior de axila.

La técnica que presentamos hoy y que hemos empleado sólo dos veces en los últimos tres años, permite la reconstrucción de las tres estructuras.

Consiste en el empleo de un tubo colgajo-abdominal, pediculado en el flanco. El colgajo, labrado en la región umbilical (a la manera de Gillies), reconstruye la mama. El tubo lo empleamos para reconstruir el prolongamiento axilar y la pared anterior de la axila.

La técnica completa lleva unos dos meses y consiste en cinco tiempos operatorios. En la mastectomía simple los tiempos operatorios se reducen a cuatro. Un esquema adjunto documenta los tiempos operatorios, que no detallaremos por tratarse de un trabajo que pretende indicar una filosofía y una orientación quirúrgica, más que una técnica.

CONCLUSIONES

El tratamiento de las lesiones cancerosas fue siempre considerado un problema de tal entidad que el médico se conside-

raba satisfecho si se lograba la curación del paciente o al menos su sobrevida. Mejores y más seguros procedimientos quirúrgicos, unidos a una mejor comprensión de aquella frase: "importa más la forma en que se vive que la duración de la vida misma", han llevado al convencimiento de la necesidad de reparar ciertas estructuras que, por su importancia estética o funcional, son indispensables para una vida feliz. En la cirugía de la mama se está incorporando este concepto y en muchas pacientes se considera indicado reconstruir las estructuras mutiladas, especialmente en la mastectomía por cáncer.

RESUMEN

Se analizan las diferentes situaciones en que se requieren procedimientos reparadores en la cirugía de los tumores del seno.

Se insiste particularmente en una técnica destinada a la reconstrucción de la mama luego de la mastectomía radical.

RÉSUMÉ

On analyse les différentes situations dans lesquelles, en réquiert des procédés réparateurs dans la chirurgie des tumeurs du sein.

On insiste particulièrement sur une technique destinée à la reconstruction du sein après la mastectomie radicale.

SUMMARY

The different situations requiring repair procedures in the surgery of breast tumors, are discussed.

Particular stress is laid on a technique designed to repair the mamma following radical mastectomy.

BIBLIOGRAFIA

1. FOSSATI, G. H. Recursos plásticos en el cierre de la mastectomía ensanchada. Soc. Cirugía Plástica, 1958.
2. FOSSATI, G. H. Mastectomía glandular, reconstrucción plástica de seno, 1960.
3. GILLIES, H. Principles and art of plastic surgery. Boston, 1957.

4. HOLDSWORTH, W. A method of reconstructing the breast. *Brit. J. of Plastic Surgery*, 1956.
5. MALBEC, E. Nuestra experiencia con las resinas sintéticas. *Rev. Lat. Americana de Cir. Plástica*, 1: 16, 1956.
6. MARINO y CAEIRO, J. A. Posible cáncer mamario. Reconstrucción mamaria. Soc. Argentina de Cirugía, 1952.
7. MARINO, H. T.: Glandular mastectomy immediate reconstruction, 1952.
8. MARINO, H. Reconstrucción mamaria en las hipomastias, 1956.
9. O'CONNOR, C. M. Mastitis fibroquística, extirpación de mama. Reconstrucción plástica, 17: 244, 1956.

DISCUSION

Dr. Guillermo H. Fossati: Se me han hecho dos preguntas.

Una sobre el momento más oportuno para iniciar la reconstrucción del seno. En los casos en que se ha llegado a la conclusión de que la reconstrucción está indicada, se puede iniciar la reparación en el momento de la exéresis, labrando el tubo abdominal. Mientras el tubo cicatriza y su circulación se orienta convenientemente, se puede hacer radioterapia de la región operada. Luego se conti-

núan los diferentes tiempos de la plastia. Esta conducta ya la aconsejaba Gillies, hace muchos años.

Otra pregunta sobre la posibilidad de que los injertos de piel libre, aplicados sobre la parrilla costa, se ulceren. Eso es verdad y puede suceder. Los injertos aplicados sobre hueso denudado tienen una vascularización precaria, pero en nuestra experiencia no son tan fáciles de ulcerar.

Mucho más peligroso es el futuro de injertos aplicados sobre áreas de electrocoagulación masiva (con fines de hemostasis).

Teóricamente es mejor rotar un colgajo sobre las áreas cruentas de la mastectomía, pero eso es a menudo imposible porque el estado del paciente, al final de la mastectomía, no es siempre el más apropiado para realizar un segundo tiempo quirúrgico, de por sí "shockante".

Un recurso útil, cuando el lecho operatorio no es enteramente satisfactorio en su vitalidad o en la hemostasis (se ve a menudo en la resección de las úlceras crónicas de pierna) es tomar el injerto en el momento de la exéresis, guardarlo en el refrigerador, en medio salino, a 4° C. Luego, a las 48-72 horas se aplica (sin anestesia) en el lecho cruento, que aparece cubierto con una fina capa de tejido de granulación. Es un procedimiento seguro, que no agrava el acto operatorio y requiere una sola anestesia general.