

Mastectomías profilácticas subcutáneas

Sus indicaciones y técnica de la reconstrucción inmediata por prótesis

Dres. José Trostchansky, Juan J. Hornblas,
Manuel Colombo y Luis A. Falconi

Clinica de Cirugía Plástica. Hospital de Clínicas. Montevideo.

El presente trabajo ha presentado el interés de los autores de la indicación de la mastectomía subcutánea profiláctica y su reconstrucción inmediata con la utilización de prótesis en aquellas situaciones de mamas con gran actividad celular reflejada en la reiteración de la cirugía por nódulos de fibroadenosis, enfermedad fibroquística, situaciones que hoy se aceptan como factores preneoplásicos.

Ello se ve avalado por una amplia literatura mundial. También hemos señalado las indicaciones correspondientes para aquellas pacientes a las cuales ya se le realizó una mastectomía radical de un lado por neoplasma.

La técnica quirúrgica y sus complicaciones han sido señaladas con amplios detalles, lo mismo que el número de casos realizados.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Breast Surgery.

Desde hace muchos años, en nuestra práctica diaria, se nos han presentado pacientes portadores de nódulos mamarios (fibroadenosis), a las cuales se les habían practicado reiteradas intervenciones por las mismas. Estas situaciones las interpretamos como expresión de una gran actividad celular, motivo que nos llevó a realizar una interconsulta con los anatomopatólogos y cirujanos plásticos. De ella ha surgido desde hace años, la indicación de la mastectomía subcutánea y su reconstrucción inmediata por prótesis.

La reiteración del acto quirúrgico en la fibroadenosis con gran actividad celular, estudiados en todas las oportunidades clínicas, radiológicamente y por la punción, nos ha permitido hallar en más de una oportunidad que uno de ellos era un neoplasma.

Estos fundamentos que sostenemos están avalados por los trabajos realizados a nivel mundial, que sostienen la indicación de la mastectomía subcutánea en aquella patología, que hoy ya no se discute como elemento preneoplásico.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 30 de octubre de 1979.

Profesor Adjunto del Dpto. de Emergencia, Profesores Adjuntos de Cirugía Plástica Fac. Med. Montevideo, y Anatómo Patólogo del Hospital Italiano.

Dirección: Gabriel Pereira 2793, Montevideo (Dr. J. Trostchansky).

No contamos todavía con métodos diagnósticos para detectar el cáncer en etapa preinvasora. El énfasis en la detección temprana es simplemente por la recomendación vacua, sin bases científicas o terapéuticas reales, pues todavía no podemos precisar el momento en que aparece atipia de las células canaliculares o el momento en que el carcinoma está a punto de penetrar en su estroma vecino.

Por ello los cirujanos y los plásticos, nos hemos orientado a la prevención del neoplasma de mama, por el tratamiento vigoroso de la displasia o la enfermedad fibroquística de las mamas por medio de la mastectomía subcutánea bilateral.

Durante muchos años cirujanos y patólogos han deducido que la enfermedad fibroquística tiene un gran potencial de cancerización y es precursora del cáncer de mama, de ahí las medidas quirúrgicas profilácticas. Estadísticas señalan que el número de casos de neoplasmas no han aumentado en los últimos años debido a la eficacia de las muchas mastectomías subcutáneas que se hicieron antes de esa fecha. La mujer que tiene una enfermedad fibroquística, tiene una frecuencia de 4 a 8 veces más de carcinoma, que las mujeres sin tal predisposición. Hay antecedentes familiares de igual afección y de neoplasma de mama en la tercera parte de las pacientes intervenidas por dicha afección mamaria.

La paciente con una afección fibroquística acude al médico con mamas que están llenas de muchas combinaciones de nódulos, pequeños, medianos y grandes. Frecuentemente predomina uno que reiteradamente es extraíble quirúrgicamente. Lo que es imposible es detectar el momento en que aparecen los cambios malignos en dichas mamas.

De un estudio nacional en los Estados Unidos donde se realizaron mastectomías subcutáneas, apreciaron 6 % de neoplasmas no manifestos y el 15,4 % tenían hiperplasia lobulillar o carcinoma in situ (máximo potencial de malignidad). Correspondían en su mayor frecuencia a pacientes entre 41-45 años.

Queremos señalar también que consideramos la indicación de la mastectomía subcutánea profiláctica, en aquellas pacientes a las que se les practicó una mastectomía radical contra-

lateral por neoplasma, y que corresponden a un grupo de pacientes de alto riesgo, sobre todo si la mama restante es nodular.

Cada vez es más aceptado que los factores carcinogénicos deben influir en la otra mama y la frecuencia del cáncer en la segunda mama es cada vez mayor, 7 a 12 % según estadísticas y sostienen que la supervivencia es menor en los casos intervenidos por neoplasma bilateral.

Consideramos realizarla a los 6 meses o al año de la primera intervención con o sin la reconstrucción plástica de la otra zona mamaria.

INDICACIONES

- 1) Pacientes en general entre 35 y 55 años.
 - 2) Caracteres clínicos: dureza difusa con nódulos, masas aisladas nodulares a veces dolorosas. Formas anatómicas patológicas: hiperplasia intracanalicular, papilomatosis, adenosis esclerosante, micro y macroquistes.
 - 3) El cirujano debe dar información precisa a la paciente y motivarla para someterse a la intervención ventajas y desventajas de ella, fracasos técnicos, complicaciones y resultados no estéticos que pueden surgir.
 - 4) No es una intervención cosmética, aunque lo intentamos.
 - 5) Es un método quirúrgico para disminuir la frecuencia y mortalidad del cáncer en la mama, de mujeres con gran riesgo de sufrirlo.
 - 6) Psicosis neoplásica. Esta situación es muy particular; hay enfermedad mamaria desconocida pero son pacientes considerados de alto riesgo por lo siguiente: antecedentes familiares de neoplasma de mama, mastodina grave, pacientes de paridad tardía o sin ella. *Esta situación no se practica extensamente.*
 - 7) Cáncer probado en una mama y enfermedad nodular o quística en la mama opuesta.
- Para finalizar, diremos: la preocupación por la pérdida de la glándula mamaria puede afectar en mayor o menor grado el psiquismo de la paciente; varía de una a otra, según edad, estado social y posición económica. Las posibilidades actuales de reconstrucción postmastectomía y mastectomía profiláctica obliga a una vinculación más estrecha, y a una unidad de criterios entre el cirujano general y el cirujano plástico.

Los autores reconocemos en toda su magnitud el hecho de que no es posible extirpar todo el tejido mamario por la mastectomía subcutánea (conservación del pezón y aréola, posibilidad de dejar restos glandulares). Pero es posible eliminar el 95 % de tejido glandular por enfermedad maligna, es decir que aminora en la misma persona un 95 % de posibilidades de neoplasma.

Se reconoce un 0,5 % de neoplasma en pacientes a quienes se les practicó mastectomía profiláctica subcutánea. Por todas estas razones es indispensable que la técnica quirúrgica sea completa y minuciosa, sin ser económica para buscar un efecto estético.

MASTECTOMIA SUBCUTANEA. TECNICA

No entraremos en el difícil y polémico capítulo de las indicaciones de este procedimiento que ya fueran planteadas. Evidentemente hay poco acuerdo sobre las indicaciones apropiadas de la mastectomía subcutánea en el ámbito quirúrgico general.

Muchas dudas se nos plantean diariamente, por ejemplo:

—¿Debe realizarse en una paciente sin enfermedad mamaria conocida pero con gran temor al neoplasma?

—¿Es la mastodinia, sin enfermedad mamaria evidente, suficiente indicación para la intervención?

—¿Disminuye la mastectomía subcutánea el riesgo del neoplasma?, que es quizás el punto más importante.

Quienes critican este procedimiento fundamentalmente se basan en tipificarla como una resección subtotal de la glándula, pudiendo quedar muchos fragmentos de glándula residuales, variando ello evidentemente con la habilidad del cirujano que la realiza. Pero evidentemente, que bien realizada permite eliminar casi el 95 a 98 % de la glándula, que es aproximadamente lo que se reseca en una mastectomía simple con resección de todos los planos. Y es así que observando las estadísticas americanas, observamos una incidencia del 0,5 % del neoplasma en pacientes previamente intervenidas de una mastectomía subcutánea, que es bastante inferior al porcentaje de 6 a 10 % según los autores de incidencia del neoplasma de seno en la población femenina.

Nadie duda que la intervención del cirujano plástico en esta patología es fundamentalmente de colaborador del cirujano general. Es éste quien estudia al paciente, valora su enfermedad y plantea la posible indicación muy a menudo a ruego del paciente, inquieto por la posibilidad del neoplasma.

Es nuestra obligación sí, realizar la intervención por nosotros o en colaboración con el cirujano general, y reconstruir 2 senos aceptables desde el punto de vista de la imagen psicossexual del paciente.

Ello ha motivado un sinnúmero de trabajos, desde el de Bartlett de St. Louis, en 1917, pasando por Maliniac en 1950, Héctor Marino en 1952, hasta la época actual.

Nosotros entendemos que la mastectomía subcutánea no es una intervención estética, sino que su finalidad es la extirpación de la mayor cantidad de glándula mamaria, sabiendo perfectamente que queda glándula a nivel del área subareolar, y en las zonas periféricas de la glándula. Si bien su finalidad es la profilaxis del neoplasma en enfermedades teóricamente preneoplásicas, no es la respuesta al tratamiento del neoplasma del seno.

La parte estética de la operación es el reemplazo del parénquima glandular y de la piel redundante. Sabemos perfectamente que estos "neo" senos no serán nunca tan blandos como los normales, así como que la parte sensitiva estará netamente disminuida. También es importante señalar que estos pacientes deberán

ser cuidadosamente controlados ante la posibilidad de la aparición de un neoplasma.

Desde el punto de vista técnico presentamos 18 pacientes operadas en los últimos 2 años y que hemos seguido controlando hasta la fecha.

En esta serie de pacientes debemos distinguir varias etapas en lo que se refiere al procedimiento técnico empleado, aunque todas fueron reparadas mediante prótesis de silicona.

Serie 1. Abordaje por incisión en T invertida, correspondiendo el trazo vertical a la línea areolo - pliegue submamario, y la rama horizontal a este último. Permite un amplio abordaje de la glándula en la región areolar así como un pedículo superior del complejo areolo - pezón que es adecuado. Dado que la resección de la glándula y de todo el tejido subcutáneo es muy importante, la reconstrucción con Prótesis, hace que esta última esté en contacto directo con la incisión vertical, y cualquier pequeña dehiscencia de ésta expone la prótesis que debe ser retirada de inmediato.

En 5 pacientes tuvimos un caso, motivo por el cual cambiamos el procedimiento.

Serie 2. Se abordó por incisión a nivel del surco submamario, realizando toda la resección por esa vía. Se intervinieron 6 pacientes.

En la evolución posterior de estas 11 pacientes (incluyendo la que debió retirarse la prótesis, y se colocó nuevamente a los 3 meses) observamos en un 50 % tendencia al encapsulamiento de la prótesis, que le da un feo aspecto tipo pelota de ping - pong, rígido y antiestético. Además impide un correcto control de la mama en el postoperatorio.

Serie 3, de la cual ya hemos intervenido 6 pacientes, cambiando conceptualmente los pasos de la intervención.

Realizamos el marcado de la intervención siguiendo los conceptos de Pitanguí para plastia mamaria reductora, pero le agregamos un colgajo cutáneo desepidermizado a pedículo inferior desde la aréola hasta el pliegue submamario.

Realizamos la adenomastectomía. Luego se desinserta el pectoral mayor de sus inserciones inferiores y esternales, lo cual nos permite levantar un buen colgajo muscular, por detrás del cual se coloca la prótesis de silastic, suturando por encima el músculo al colgajo de dermis que hemos fabricado previamente, con lo cual:

- Protegemos totalmente la prótesis del contacto con la piel disecada.

- Permite el control manual de los tejidos blandos residuales colocados por delante del músculo sin interposición de la prótesis.

- No hemos tenido encapsulamientos evidentes.

- La mama queda mucho más blanda y natural.

- No hemos tenido complicaciones, salvo la necrosis de una areola, que nos obligó a extraer la prótesis como medida de precaución y recolocarla 6 meses después.

En suma, sin entrar en la polémica de la indicación de la intervención, creemos que en el momento actual estamos realizando una técnica que nos permite una resección importante

de la glándula mamaria y una reconstrucción en el mismo acto operatorio mediante prótesis de silastic, y colgajos músculo - dérmicos con resultados que consideramos aceptables desde el punto de vista estético y oncológico, en el sentido que permite el control de la paciente.

RESUME

Mastectomies prophylactiques souscutanées. Indications et technique de la reconstruction immédiate avec prothèses

Le présent travail a montré l'intérêt des auteurs vis à vis l'indication de la mastectomie souscutanée prophylactique et sa reconstruction immédiate avec l'utilisation de prothèses dans les situations de mamelles avec une grande activité cellulaire reflétée dans la réitération de la chirurgie à cause des modules de fibroadénose, maladie fibrokystique, situations qu'il faut accepter comme des facteurs préneoplasiques. Une vaste littérature mondiale en donne son aval.

Aussi, nous avons signalé les indications correspondantes pour ces patientes auxquelles on a déjà pratiqué une mastectomie radicale d'un côté, à cause d'un néoplasme. La technique chirurgicale et ses complications on été signalées avec des détails approfondis, ainsi que le numéro de cas réalisés.

SUMMARY

Prophylactic Subcutaneous Mastectomies. Their Indications, Technique and Immediate Reconstruction Using Prothesis

When the breast shows considerable cell activity, reflected in repeatedly operated fibroadenose nodules, the authors favour prophylactic subcutaneous mastectomy and immediate reconstruction of breast by means of a prothesis.

This condition is a fibrocystic disease and is currently accepted as a pre-neoplastic factor, a fact which is supported by significant world literature.

The paper also refers to indications for patients on whom unilateral radical mastectomy has been performed due to the presence of a neoplasm.

Finally, there is a detailed review of surgical techniques employed and its difficulties, with mention of the number of cases so treated.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARTLETT W. An anatomic substitute for the female breast. *Ann Surg*, 66: 208, 1917.
2. FREEMAN BS. Complications of subcutaneous mastectomy with prosthetic replacement, immediate or delayed. *Plastic Reconst Surg*, 49: 654, 1972.
3. FREEMAN BS. Subcutaneous mastectomy for benign breast lesions with immediate or delayed prosthetic replacement. *Plastic Reconst Surg*, 30: 676, 1962.
4. GEORGIADÉ N and HYLAND W. Technique for subcutaneous mastectomy and immediate reconstruction in the ptotic breast. *Plastic Reconst Surg*, 56: 121, 1975.
5. PEACOCK, EE Jr. Biological basis for management of benign disease of the breast. *Plastic Reconst Surg*, 52: 14, 1975.
6. PENNISI VR. Obscure breast carcinoma encountered in subcutaneous mastectomy. *Plast Reconst Surg*, 47: 17, 1971.
7. PENNISI VR. Treatment of chronic cystic disease of the breast by subcutaneous mastectomy. *Plastic Reconst Surg*, 52: 520, 1973.
8. PENNISI VR. Subcutaneous Mastectomy and Fibrocystic disease of the breast. *Clin Plastic Surg*, 3: 131, 1976.