

TECNICA QUIRURGICA

# Indicaciones y Técnica de la Mastectomía Subcutánea

Dres. Juan J. Hornblas y José Trostchansky.

La mastectomía subcutánea tiene indicaciones muy precisas, aún en discusión, en el tratamiento de mastopatías de alto riesgo, así como en el tratamiento de la mama contralateral en casos de mastectomía por neoplasma.

En nuestra casuística personal presentamos una revisión de los procedimientos utilizados en los últimos 10 años en que distinguimos 2 aspectos técnicos importantes: una primera serie en que la reconstrucción se realizó colocando prótesis de silastic subcutánea, señalando las complicaciones estéticas y funcionales.

Una segunda serie, en que la prótesis se coloca retrodermopectoral, en que se hace una descripción del procedimiento y los resultados a corto y mediano plazo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:  
Mastectomy.

## SUMMARY: Subcutaneous mastectomy.

The subcutaneous mastectomy has very precise indications still under study, in what concerns the treatment of high risk mastopathia, as well as the treatment of the contralateral mammary gland in cases of mastectomy by neoplasm.

From our personal casuistry we present a review of procedures in use in the last ten years, in which we find two important technical aspects: a first series in which reconstruction is made by fitting of subcutaneous silastic prothesis, pointing out its aesthetic and functional complications.

A second series in which the prothesis is placed in a retrodermopectoral position, and describing procedures and results in the short and medium term.

Cátedra de Cir. Plástica y Quemados (Dr. J.J. Hornblas). H. de Clínicas y Clínica Quirúrgica "1" (Dr. B. Delgado). H. Pasteur, Fac. de Medicina, Montevideo.

## RÉSUMÉ: Mastectomie sous-cutannée.

La mastectomie sous-cutannée a des indications très précises encore en discussion, dans le traitement des mastopathies de haut risque, ainsi que dans le traitement du sein contrelatéral dans les cas de mastectomie par néoplasme.

Dans notre casuistique personnelle nous présentons une révision des procédés utilisés au cours des dix dernières années et parmi lesquels nous distinguons deux aspects techniques importants: une première série dans laquelle s'est effectué la reconstruction avec une prothèse de sylastic sous-cutannée, en signalant les complications esthétiques et fonctionnelles.

Une deuxième série, dans la quelle la prothese fut placée rétrodermopectorale en faisant une description du procédé et des résultats a court et a moyen delai.

A lo largo de los últimos 20 años, la mastectomía subcutánea y la reconstrucción de la mama postmastectomía han sido objeto de polémica científica en todos los ambientes quirúrgicos del mundo.

Es propósito de los autores presentar su experiencia de 10 años, surgido de la inquietud presente en todo cirujano frente a dos situaciones clínicas frecuentes en la práctica diaria:

- I. Paciente portadora de una mastopatía "benigna" de "Alto Riesgo"
- II. Paciente mastectomizada que solicita reconstrucción mamaria. Conducta a asumir frente a la mama contralateral.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de mayo de 1983.

Prof. Director de Cirugía Plástica y Quemados y Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Bulevar España 2579. Montevideo. (Dr. J.J. Hornblas).

I. *Paciente portadora de una mastopatía de "alto riesgo"*

En primer lugar debemos enfatizar, sin dejar lugar a ninguna duda, que este tipo de paciente debe ser estudiado por el cirujano general, quien deberá optar por la conducta terapéutica que estime más conveniente.

El cirujano plástico aporta los procedimientos técnicos inherentes a la especialidad, merced a los cuales es posible una resección lo más completa posible con reconstrucción inmediata, pero cuidando en forma especial no alterar el seguimiento futuro de la paciente.

Evidentemente que, frente a una paciente portadora de una mama de "alto riesgo" existen 4 escuelas principales:

- a) Quienes optan por un seguimiento clínico y paraclínico seriado.
- b) Quienes entienden que toda mama de alto riesgo debe ser operada realizando una mastectomía simple, cuya efectividad no supera el 95% de resección de glándula mamaria.
- c) Quienes entienden que una mama de alto riesgo debe ser tratada mediante una mastectomía radical.
- d) Quienes, entienden, —posición que compartimos— que la mastectomía subcutánea, correctamente realizada, permite eliminar un 95% de la glándula mamaria, con conservación del complejo aréolomamilar y piel, en una operación que no debe ser considerada como profiláctica, dado que no evita el cáncer, pero que estadísticamente, en largas series estudiadas, permite observar una incidencia ulterior de neoplasma de 0.5% sustancialmente menor a la existente en pacientes no operados.

Ello no implica que los autores preconicen la mastectomía subcutánea en toda paciente portadora de una mastopatía benigna. Es responsabilidad absoluta del cirujano general de experiencia, el determinar la conducta a seguir en cada caso.

Es por ello importante quizás realizar una breve reseña sobre algunos aspectos epidemiológicos del cáncer de mama.

De la lectura de información nacional e internacional, es notorio que existen diferencias en la incidencia del cáncer de mama, de acuerdo a la raza, ubicación geográfica, etc. Es así por todos conocida la alta incidencia en los Países Bajos, Gales, Boston, que son consideradas como zonas de alto riesgo. Es llamativa la incidencia en Nueva York en mujeres de raza judía, o la mayor incidencia en mujeres de raza negra en EE.UU. entre los 45 y 50 años.

Como zonas de alto riesgo se mencionan Japón, Taiwán, Salvador, Nicaragua, etc.

En nuestro medio, los Dres. Valls y A. Lereña,<sup>(9)</sup> sobre un estudio prospectivo realizado en el Hospital de Clínicas señalan una altísima incidencia, quizás una de las más altas de América Latina.

Estudiando casuísticas de centros con gran volumen de pacientes, con series de más de 4.000 pacientes en algunos casos, observamos:

Incidencia habitual del cáncer de mama (USA)...	6 a 8% de población femenina.
Incidencia carcinoma in situ en piezas de mastectomía subcutánea .....	6%
Incidencia neoplasma postmastectomía subcutánea .....	0.5%
Incidencia del neoplasma con antecedentes familiares) .....	5 a 14 veces mayor
Incidencia del neoplasma en mastopatías fibroquísticas .....	2.60 a 7 veces mayor

Del estudio de estos datos se desprenden algunos elementos pasibles de discusión:

- La incidencia del 6 al 8% en la población femenina (más alta según otros autores), promedio, variable como dijimos, según edad, edad hormonal, región, etc., se mantiene en las piezas de pacientes sometidas a mastectomía subcutánea, cuya incidencia del 6% es llamativa y que no se repite en nuestra serie, que, aunque pequeña, creemos demostrativa. Ello nos hace pensar que las pacientes que nos fueron enviadas fueron estudiadas exhaustivamente, dado que, como veremos sobre 86 pacientes operadas, sólo en 2 comprobamos neoplasma (1.72%).

Es llamativa la baja incidencia en las pacientes mastectomizadas (mastectomía subcutánea) del 0.5% a largo plazo. Nuestra serie aún requiere la revisión a 10 años.

- Plantea la mayor incidencia de neoplasma en mastopatías fibroquísticas, o con antecedentes familiares de neoplasma de mama, o con neoplasma contralateral.

No ignoramos que nuestros colegas, cirujanos generales oncólogos realizarán un sinnúmero de críticas frente a nuestro planteo terapéutico pero procuraremos imaginarlas y contestarlas.

1. Como dijimos, algunos colegas sólo entienden como efectiva una mastectomía radical como tratamiento curativo de un cáncer potencial.

Sin embargo, todos sabemos que es casi imposible extirpar todo el parénquima mamario, cualquiera sea el procedimiento empleado, dado que existen restos glandulares en axila, subclaviculares, paraesternales, etc. Ya Hicken en 1940 y Haagensen en 1974 demostraron la absoluta imposibilidad de la extirpación radical de todo el parénquima mamario.

La mastectomía subcutánea a "cielo abierto" que preconizamos permite realizar también una amplia resección eliminando un alto porcentaje de la glándula en pacientes bien seleccionados.

2. Las indicaciones de la mastectomía subcutánea como profilaxis en toda mastopatía fibroquística no se justifican, dado que es ampliamente conocido que muchas de estas son hormonodependientes y la mayoría de los quistes pueden desaparecer con la menopausia. La denominación de lesión precancerosa de muchos nódulos mamaros ha sido muy cuestionada.

Es conocido, sin embargo, que tal como se señaló precedentemente la incidencia del neoplasma de mama en pacientes portadoras de mastopatías fibroquísticas es 2.5 a 7 veces mayor que en otras. Pero también es indudable que el cáncer de mama se puede producir en cualquier mama postpuberal, con o sin lesiones previas.

Sin embargo, la investigación constante, por biopsia o paraclínica ha señalado una mayor incidencia en pacientes cuya anatomía patológica señala:

- enfermedad fibroquística florida o agresiva
- adenosis esclerosante
- papilomatosis intracanalicular con fibroadenosis

todo ello asociado a edad hormonal, exámenes clínicos y paraclínicos. Y, es en este tipo de pacientes que se debe adoptar una actitud terapéutica activa.

3. La tercera crítica que con frecuencia se expresa, es que hay una alta incidencia de complicaciones si se realiza la mastectomía con colocación de implantes de silicona, entre ellas la necrosis de piel y aréola.

Es innegable, que la intención de eliminar la mayor cantidad de glándula mamaria, lleva al cirujano a adelgazar los colgajos y el complejo aréolomamilar, lo cual puede llevar a necrosis secundarias, y si la prótesis se coloca subcutánea, la exposición de la misma conlleva a su extracción, para volver a ser colocada varios meses después. Los

procedimientos actuales de la cirugía plástica, permiten conservar una adecuada vascularización del complejo aréolo mamilar, y la colocación de las prótesis retromusculares impiden su exposición con lo cual estos argumentos van perdiendo vigencia.

4. Finalmente, desde el punto vista estético entendemos que los resultados que se obtienen son adecuados, como veremos en la exposición de casos.

Es por ello que, si quisiéramos establecer las indicaciones de la mastectomía subcutánea, deberíamos señalar una larga lista de afecciones que correlacionadas con la edad, estado hormonal, exámenes clínicos y paraclínicos permitirían a un cirujano general de experiencia su planteo como actitud terapéutica:

- Como ya lo señaló Mariño en 1952, la mastopatía benigna de evolución incierta, que ha sido biopsiada reiteradamente.
- Mamografías anormales reiteradas (aceptando que tienen un 12% de error).
- Tumores benignos gigantes.
- Mastopatía fibroquística con antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Neoplasma controlateral.
- Reiterados hallazgos anatomopatológicos en las biopsias como los señalados precedentemente.

En estos pacientes tan relativamente frecuentes en nuestro medio, que, a criterio del cirujano general, serían pasibles de:

- o seguimiento biopsico reiterado.
- o seguimiento radiológico, termográfico, etc., seriado.
- o se plantea la extirpación de las glándulas mamarias, es que nuestra especialidad puede ofrecer la posibilidad de resecar la mayor parte con un criterio oncológico y estético, dada la importancia que la glándula mamaria tiene en el contexto psicosexual de la mujer. Esta intervención sólo puede realizarse si se cumplen una serie de requisitos previos que a nuestro entender son fundamentales.
- pleno entendimiento entre el cirujano general y el cirujano plástico del tipo y características de la intervención planificada y que posteriormente describiremos.
- pleno conocimiento por parte de la paciente de que esta intervención no elimina la posibilidad de un neoplasma, ya sea in situ en la pieza o en la evolución y que por ello deberá continuar en riguroso control por el cirujano general.
- que si en el curso se la intervención, del examen de la pieza surge la sospecha de un neoplasma, la reconstrucción pasará a un segundo plano luego de evaluada la paciente.

- que, para lograr un resultado oncológico y estético simultáneo es necesario que la intervención sea realizada por un cirujano plástico de experiencia.

## II. *Paciente Mastectomizada que solicita Reconstrucción la mama. Conducta con la mama contralateral*

Este tema es quizás más controversial que el anterior. Sin embargo en los últimos años cirujanos generales, oncólogos, pacientes y cirujanos reparadores, han llegado, a una especie de acuerdo basado quizás en el intercambio de ideas y en el conocimiento real de las severas implicancias psicológicas que crea, por un lado el conocimiento de su enfermedad y por otro la noción de amputación de un órgano sumamente importante para la mujer.

La necesidad de encarar la reconstrucción de la mama, no sólo como un problema estético, sino fundamentalmente evitando interferir en el seguimiento oncológico de la paciente, ha estimulado a los cirujanos plásticos en la búsqueda de procedimientos que permitan cada vez más precozmente reconstruir la mama con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la paciente portadora de un neoplasma de mama.

Entendemos nosotros, como hipótesis de discusión que es imprescindible el tratamiento de la mama contralateral, practicando una mastectomía subcutánea y reconstrucción en un tiempo, fundamentado ello en:

- el más importante antecedente que tiene esta paciente, es su neoplasma de mama contralateral y aunque su mama sana no presente alteraciones tiene estadísticamente más chances que otra paciente.
- que la mejor manera de dejar dos senos simétricos, es realizar la operación simultánea, colocando como en este trabajo que presentamos 2 prótesis simultáneas.
- que, si reconstruimos la mama mastectomizada con prótesis y la mama sana es remodelada por las técnicas convencionales de la cirugía estética, nunca serán similares, y aunque la paciente esté plenamente informada en el procedimiento, reclamará sistemáticamente en el postoperatorio y sustuiremos un grave problema por otro de tanta importancia psicológica como el anterior.

En caso de que el cirujano general, se oponga a esta metodología, no aconsejamos reconstruir la mama mastectomizada con prótesis y sí recurrir a colgajos miocutáneos de abdomen o dorso, que acompañados de una remodelación mamaria contralateral pueden dar resultar mejores del punto

de vista estético, aunque ello implica:

- transporte de un colgajo musculocutáneo importante ya sea de abdomen o tronco.
- remodelación simultánea o diferida de la mama contralateral, sin estudio de toda la glándula mamaria contralateral.
- dificultad en el seguimiento de los restos de mama en la zona mastectomizada al estar cubiertas con un colgajo importante.

Destacamos que no estamos oponiéndonos a este último tipo de reconstrucción mamaria que es excelente, desde el punto de vista de un cirujano reparador, dado que en muchos casos permite no utilizar prótesis, aportando gran cantidad de tejidos autólogos merced a la habilidad del cirujano, pero viéndolo del punto de vista de un cirujano general oncólogo, en pacientes cuya supervivencia debe ser cuidadosamente estimada por cirujano general y reparador, conjuntamente con el oncólogo, le proponemos una gran intervención con fines estrictamente estéticos.

En lo personal, si podemos reconstruir una paciente mastectomizada en el menor tiempo posible, con el menor riesgo vital, con el mejor resultado estético, creo que deben ser los elementos que debe valorar el cirujano reparador frente a cada paciente. Evidentemente las prótesis mamarias han simplificado mucho nuestra labor, pero tienen sus complicaciones, que serán mencionadas, pero asimismo debemos destacar su alto costo, a veces inaccesible para nuestras pacientes y entonces sí deberemos recurrir a procedimientos quirúrgicos más complejos como los que mencionamos, puesto que todo paciente independiente de su edad tiene derecho a ser reconstruida mejorando su calidad de vida en el tiempo restante.

## MATERIAL Y METODOS

Nuestra casuística se basa en el tratamiento de 86 pacientes, de las cuales:

- en 38 se realizó mastectomía subcutánea de la mama contralateral conjuntamente con la reconstrucción de mama. Figs. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24.  
Edad: La paciente más joven de 26 años. La mayor de 56 años.  
Promedio: 40 años.
- en 48 se realizó mastectomía subcutánea bilateral.  
Edad promedio: 42 años.

La reconstrucción mamaria, así como la sustitución glandular en las mastectomías subcutáneas se realizó con prótesis de Silastic, en que se utilizaron diversos tipos: Ko-

ken, Dow Corning y fundamentalmente He-  
yer Schulze (la primera de origen japonés,  
las dos últimas norteamericanas).

Esta casuística de 86 pacientes a su vez  
los subdividimos en 2 etapas:

- una primera etapa, en que la prótesis ma-  
maria era colocada subcutánea, en la ma-  
ma sometida a mastectomía subcutánea.
- una segunda etapa y actual en que las  
prótesis fueron colocadas retropectora-  
les.

Detallamos aspectos estadísticos:

**Mastectomía subcutánea unilateral mama  
contralateral en reconstrucción de seno**

- Prótesis subcutánea ..... 6 casos
- Prótesis retrodermopectoral ... 32 "

**Mastectomía subcutánea bilateral**

- con prótesis subcutáneas ..... 22 "
- abordaje en T invertida ..... 8 "
- abordaje en T invertida incom-  
pleta ..... 8 "
- abordaje por surco submama-  
rio ..... 6 "
- con prótesis retrodermopecto-  
ral ..... 26 "

En los primeros 28 casos (6 de reconstruc-  
ción mamaria, y 22 de mastectomía subcutá-  
nea) realizamos como se señala en los datos  
precedentes distintos abordajes clásicos,  
por vía submamaría por abordaje en T inver-  
tida (Fig. 1) y por abordaje en T invertida in-  
completa (Fig. 2) evitando que la línea de in-  
cisión llegue al complejoaréola-pezones, zona  
de dehiscencias frecuentes.



Fig. 1 Incisión de abordaje en T invertida, utilizada en la prime-  
ra serie de pacientes.



Fig. 2 Abordaje en T invertida incompleta, no llegando al borde  
de la areola, para evitar la dehiscencia postoperatoria a  
ese nivel, punto débil de la sutura.



Fig. 3 Mastectomía subcutánea a "cielo abierto" que permite  
la resección de la mayor parte de la glándula mamaria,  
con conservación del complejo areolomamilar.

La evaluación de esta serie de mastecto-  
mías subcutáneas con prótesis de silastic  
subcutánea, muestra las siguientes compli-  
caciones.

Infección Postoperatoria .....	1 ( 3.57%)
Necrosis areola-pezones .....	1 ( 3.57%)
Hematomas .....	4 (14.28%)
Cápsula estéticamente notoria	10 (35.71%)
Exteriorización de la prótesis	3 (10.71%)
Epiteloma in situ .....	2 ( 1.72%
	de toda la serie)

Los resultados estéticos en estos casos  
no nos conformaron en varios aspectos:

- conformación general de la mama

- cápsula notoria con adherencias de la piel (Figs. 5 y 6)
- consistencia dura, poco natural (Fig. 7)
- gran peligro de exteriorización de la prótesis en especial al emplear la incisión en T invertida, muy útil para una resección amplia, pero peligrosa por la posibilidad de necrosis de piel y dehiscencias.
- pero, fundamentalmente este procedimiento impide un correcto control postoperatorio de los elementos residuales de la mama dado que la prótesis, al crear una cápsula en su entorno, esconde al examen del clínico toda posible variación local de los tejidos.



Fig. 4 Realizada la mastectomía subcutánea, colocación de la prótesis de Silastic subcutánea, en la primera serie de pacientes.



Fig. 5 Complicaciones de la colocación de prótesis subcutáneas. Obsérvese la adherencia de la piel, y el encapsulamiento de la mama, con una consistencia aumentada, poco natural, y muy molesta para la paciente.



Fig. 6 Otro ejemplo de encapsulamiento, por prótesis subcutánea.



Fig. 7 Grado severo de encapsulamiento, en una paciente operada en 1978, a quien se retiró la prótesis, colocándola retropectoral con cierta mejoría.

Por dicho motivo, empleando recursos propios de la cirugía estética clásica de mama y fundamentalmente los distintos estudios anatómicos de los últimos 10 años sobre vascularización e inervación del complejo aréolomamilar, es que realizamos la mastectomía subcutánea de los otros casos sobre la base de los siguientes elementos:

- Siguiendo el diseño de una técnica clásica de plastia mamaria, descrita por Pitanguy, realizamos un colgajo superior que contiene en su centro el complejo aréolomamilar rodeado de un sector de piel desepidermizada que mantiene su vascularización. (Figs. 8 y 9)

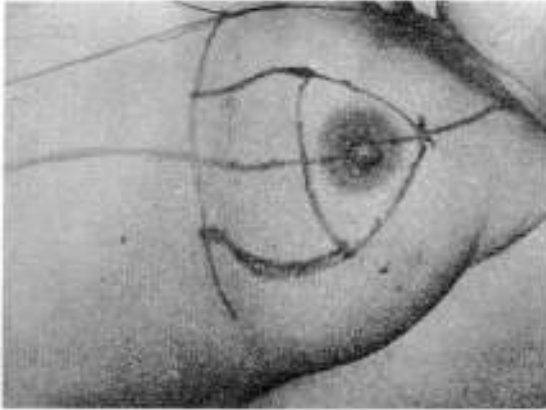


Fig. 8 Metodología actual. Se dibuja el surco submamario. Se dibuja una línea que a nivel medioclavicular pasa por el centro de la areola. Acordes con los lineamientos de la técnica clásica de Pitanguy para plastia mamaria, se dibuja un área de desepidermización (zona triangular a la derecha de la foto) y a la izquierda, hasta el surco submamario, un área de desepidermización del colgajo a ser utilizado para ser suturado al músculo pectoral cubriendo la prótesis mamaria.

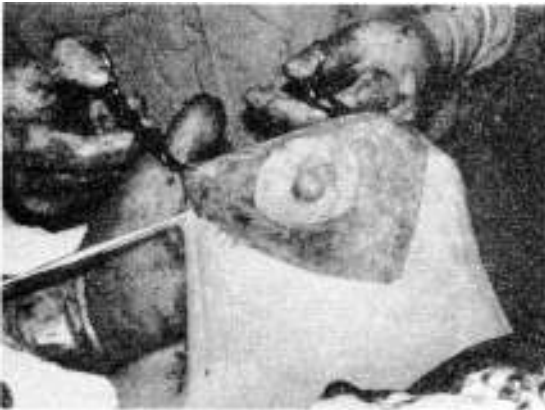


Fig. 9 Se observa el área desepidermizada, con el complejo aréolomamilar de excelente vitalidad, a pesar de la extrema delgadez del colgajo una vez realizada la mastectomía subcutánea.

- Desde esa zona, hasta el surco submamario se crea un colgajo vertical, ancho, que se desepidermiza, y se separa con base en el surco submamario, constituido fundamentalmente por dermis, muy fino en su parte superior y ancho en su base para proveer irrigación y en cuyo labrado se presta especial cuidado en no dejar glándula mamaria adherida. (Fig. 10)



Fig. 10 Se ha labrado el colgajo dérmico inferior que por su cara externa llega al surco submamario, y por su cara interna hasta la aponeurosis pectoral, tomando como cuidado en no dejar glándula mamaria adherida a él. Obsérvese que es muy fino en su parte distal, y grueso en su base.

- Ello permite realizar la mastectomía subcutánea a "cielo abierto" dejando un complejo aréolomamilar sumamente fino, de escasos milímetros, señalizando en la pieza anatómica con un punto para estudio anatomopatológico, pormenorizado, y amplio abordaje a la prolongación axilar y polo superior de la glándula. (Fig. 3)
- Completada la mastectomía y hemostasis, se desinsertan los haces inferiores del pectoral mayor, creando un bolsillo amplio donde se introduce la prótesis, que excepcionalmente es inferior a 200 cc. y se sutura el borde inferior del pectoral al borde superior del colgajo de dermis, creando una cavidad hermética, retrodermopectoral. (Figs. 11 y 12)



Fig. 11 Se ha desinsertado el borde inferior del músculo pectoral mayor creando un bolsillo, donde se colocará la prótesis de Silastic, cerrando el mismo por sutura del músculo al colgajo de dermis. La pinza está colocada en el espacio retropectoral.



Fig. 12 Se ha colocado la prótesis que se observa en la parte inferior de la imagen, y ya se observa la parte superior del bolsillo en que se ha suturado el músculo pectoral al colgajo dérmico.



Fig. 14 Obsérvese el aspecto natural de las mamas y la excelente consistencia.

Los colgajos cutáneos se vigilan en su vascularización, eliminando todo fragmento cuya vitalidad sea sospechosa y se suturan al estilo de una plastia mamaria convencional. Del estudio de 58 casos vemos:

- Infección ..... 3 (5.17%)
- Necrosis aréola pezón (parcial) ..... 2 (3.45%)
- Hematoma ..... 2 (3.45%)
- Cápsula notoria ..... 1 (1.72%)
- Exteriorización de la prótesis ..... 1 (1.72%) (por claro error técnico)

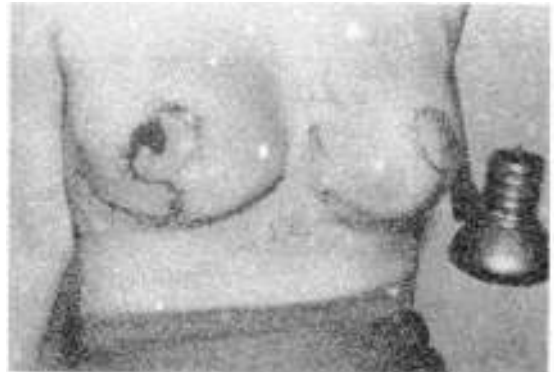


Fig. 15 Postoperatorio mediato de mastectomía subcutánea bilateral. Necrosis parcial de la aréola, con escara que se eliminó espontáneamente, epitelizando por segunda intención, sin exposición de la prótesis, como indudablemente se hubiera producido si la misma se hubiera colocado en situación subcutánea.



Fig. 13 Postoperatorio alejado de paciente a quien se efectuó mastectomía subcutánea bilateral.



Fig. 16 La misma paciente. A pesar de la discreta complicación se destaca la consistencia natural del seno.



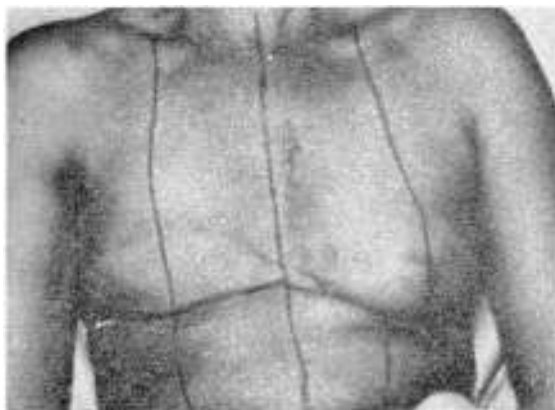


Fig. 17 Paciente mastectomizada 18 meses de la reconstrucción. Se realizó colocación de prótesis de silastic por detrás del músculo pectoral residual del lado mastectomizado. Mastectomía subcutánea de la mama contralateral con reconstrucción inmediata con prótesis retrodermopectoral.



Fig. 18 La misma paciente 5 meses después, en el acto de reconstrucción de aréola y pezón.

## CONCLUSIONES

Entendemos, que, una vez que el cirujano general plantea la posibilidad de una mastectomía subcutánea el objetivo debe ser:

- resección de la mayor parte de la piel, grasa y glándula mamaria.
- con conservación del complejo aréolomamilar.
- dejando mamas de buena conformación estética.
- cuyo control postoperatorio sea sencillo.

Creemos que con el procedimiento que venimos empleando en los últimos 8 años es factible:

- realizar la mastectomía subcutánea a "cielo abierto".
- lograr una remodelación mamaria adecuada.(Figs. 13 y 14)
- con aspecto y consistencia excelentes (Figs. 15 y 16)
- con franca disminución de las complicaciones
- con prótesis de Silastic convencionales.



Fig. 19 La misma paciente 1 año después de la reconstrucción del complejo aréolomamilar. Mamas simétricas, sin evidencias de encapsulamiento.

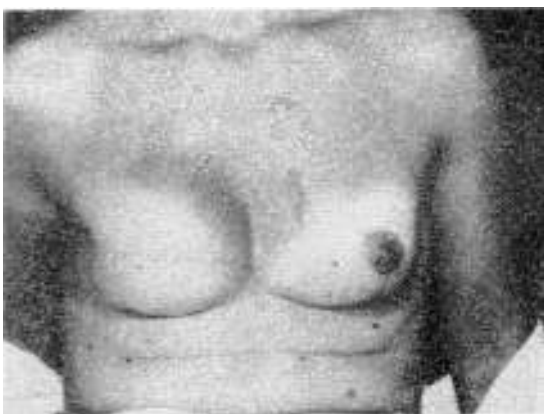


Fig. 20 Reconstrucción mamaria y mastectomía subcutánea simultánea de la mama contralateral. 6 meses de postoperatorio.

En el postoperatorio las pacientes deben usar una malla de licra comprensiva, tendiente a reducir la importancia de la cápsula inevitable.

No entramos en la consideración, salvo en forma somera de otros procedimientos de reconstrucción mamaria, mediante colgajos miocutáneos.

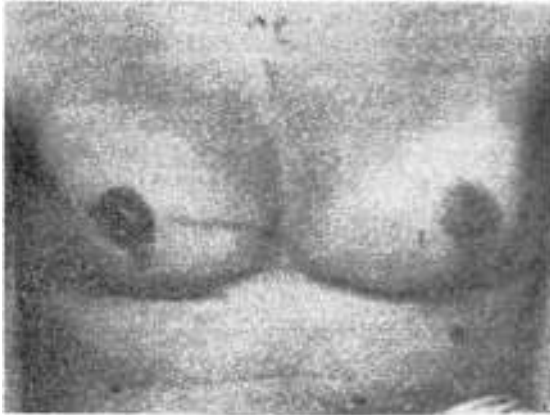


Fig. 21 Se realizó la reconstrucción de aréola-pezón. 1 mes de postoperatorio. Obsérvese la simetría y aspecto natural de las mamas.



Fig. 22 Obsérvese la excelente consistencia de ambos senos. Se observa en esta maniobra la proyección de la prótesis en la parte superior de la mama derecha.

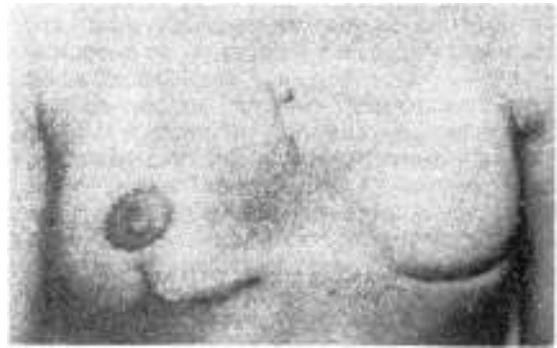


Fig. 23 Reconstrucción mamaria y mastectomla subcutánea en 1 tiempo, con inclusión de prótesis de silastic. Postoperatorio inmediato.



Fig. 24 Postoperatorio de 7 meses, ya realizada la reconstrucción de aréola y pezón. Mamas simétricas, sin elementos visibles de encapsulamiento. Tratándose de una paciente joven (30) años, su rehabilitación ha sido completa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FREDRICKS S. — 10 years experience with Subcutaneous Mastectomy. Clinics in Plastic Surgery. Philadelphia, Saunders, 1975, p. 347.
2. GUTHRIE R. and IMBER G. — Breast Reconstruction after Mastectomy. Ann. Plast. Surg. 2: 273, 1979.
3. HAAGENSEN D. — Diseases of the Breast, 2nd. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1971, p. 706.
4. HICKEN W. — Mastectomy. A clinical Pathologic Study demonstrating why most mastectomies result in incomplete removal of the mammary gland. Arch. Surg. 41: 40, 1940.
5. KINCAID S. — Breast Reconstruction: a Review. Ann. Plast. Surg. 12: 431, 1984.
6. PENNISI V. — Timing of Breast Reconstruction after Mastectomy Clinics in Plastic Surgery. Philadelphia, Saunders, 1979, p. 31.
7. PENNISI V. and CAPOZZI A. — Subcutaneous Mastectomy: An Interim report on 1.244 patients. Ann. Plast. Surg. 12: 340, 1984.
8. RUBIN L. — A preventive Mastectomy with immediate reconstruction for the High-Risk Cancer Patient. Clinics in Plastic Surgery. Philadelphia, Saunders, 1979, p. 107.
9. VALLS A. y LERENA A. — Revisión de la Incidencia del Cáncer de Mama en el Hospital de Clínicas. Estudio Prospectivo de la Clínica Quirúrgica "F". (en prensa).
10. WOODS J. — Subcutaneous Mastectomy: Current state of the Art. Ann. Plast. Surg. 11: 541, 1983.