

Técnicas quirúrgicas simplificadas en cirugía mamaria

Dres. Guillermo Fossatti¹, María M. Cerizola²

Resumen

Se señalan las ventajas que las técnicas quirúrgicas más sencillas tienen frente a los procedimientos complejos. Ante similares expectativas de resultado se debería elegir siempre la técnica más sencilla y menos agresiva para los pacientes.

Se analizan técnicas destinadas a corregir la gigantomastia mamaria insistiendo en la conveniencia de dejar como secuelas el menor número de cicatrices. En el capítulo de la reconstrucción mamaria se presentan técnicas sencillas que permiten resultados satisfactorios sin necesidad de recurrir a colgajos a distancia. Los recursos empleados son, de acuerdo a las necesidades de cada caso, el expansor subcutáneo, el injerto libre de grasa por inyección y la colocación de prótesis.

Summary

The authors point out the advantages that simpler surgical techniques offer as compared to complex procedures. When similar results are to be expected, the most simple and less aggressive technique should always be chosen. The authors analyze techniques for treating breast gigantomastia and insist on the convenience of leaving the lowest number of scars as possible. As regards breast reconstruction, they present simple techniques that make satisfactory results possible without having to resort to distant flaps. The resources employed are, according to each case, the subcutaneous expander, the fat-free injection graft, and implant collocation.

Introducción

La simplificación de las técnicas es una meta deseable en cualquier especialidad quirúrgica, siempre que

el resultado logrado sea equivalente al obtenido con técnicas más antiguas o más complicadas (1).

Una técnica quirúrgica más simple suele significar una agresión menor para el paciente, operaciones más breves, menor sangrado, menor morbilidad postoperatoria y menos secuelas.

Estamos convencidos que una operación con anestesia local es menos agresiva que con anestesia general (a igual confort para el paciente). Una operación que no requiere reposición de sangre es menos riesgosa (intolerancia, alergia, hepatitis, SIDA) que una operación con transfusión sanguínea (excepto la autotransfusión que practicamos siempre que es posible).

Operaciones más cortas, menos drenajes, menos cicatrices son siempre deseables.

En nuestra especialidad, Cirugía Plástica Reparadora y Estética, este concepto nos parece especialmente importante y trabajamos siempre para simplificar nuestras técnicas. Tenemos como regla invariable la elección, ante similar posibilidad de resultado, de la técnica más sencilla y menos agresiva para nuestros planes operatorios.

Vamos ahora a intentar aplicar estos principios a los capítulos de la Cirugía Mamaria que corresponden a nuestra especialidad. Nos referiremos a dos operaciones, que son posiblemente las más frecuentes y que son también las que más nos relacionan con los Cirujanos Generales: *Plastia mamaria reductora*, y *Reconstrucción mamaria*.

Plastia mamaria reductora

La *hipertrofia mamaria*, que por su magnitud recibe en ocasiones el nombre de «gigantismo mamario» se presenta generalmente en jovencitas (la llamada hipertrofia mamaria virginal) y no raramente en personas de físicos pequeños y delgados.

La hipertrofia mamaria produce trastornos físicos, especialmente malestar de columna y vicios de posición. Sin embargo los trastornos más importantes son en nuestro criterio los estéticos y sico-emocionales. Una jovencita de cuerpo pequeño y senos grandes (exageradamente) difícilmente podrá llevar una vida

Palabras clave: Tumores de mama - terapia. Técnicas quirúrgicas. Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur (Director Dr. G. Fossati), Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay.

¹ Jefe del Servicio de Cirugía Plástica MSP. ² Cirujano Plástico del MSP.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 19 de agosto de 1987.

Correspondencia: Guillermo Fossatti. J. Scoseria 2594, Montevideo.

normal. Será «castigada» por las personas que la rodean (incluso su familia) y progresivamente irá adoptando una posición que disimule el defecto (hombros hacia adelante), rehuirá playas y gimnasios, y temerá la reacción de su pareja en bailes y relaciones sentimentales (2).

En otros casos (no raros) tomará conciencia de su defecto al recibir una agresión brutal a su pudor y sensibilidad por parte de alguna persona de instintos sexuales groseros y descontrolados (3).

Lo dicho alcanza para explicar la incesante búsqueda de técnicas para reducir el tamaño de los senos, sin sacrificar su belleza.

Muchos cirujanos han procurado dar más seguridad y obtener resultados uniformemente mejores. Entre ellos citaremos a: Villandré (1911), Lexer (1913), Passot (1925), Joseph (1927), Dufourmentel (1927), Bisemberger (1928), Gillies (1939), Arié (1960), Mc Indoe, Conway (1952), Pitanguy (1960), Strombeck, etc. (4).

Todas las técnicas propuestas tienen un común denominador: las cicatrices operatorias que hay que aceptar. En el momento de solicitar la corrección de un defecto tan importante es natural la aceptación de cicatrices, aun notorias. Pero, el problema se presenta después, cuando las mamas son de tamaño normal, y entonces el problema de las cicatrices pasa a primer plano, creando una deformación estética (generalmente notoria, a veces muy antiestética y raramente poco perceptible). Estas cicatrices son un handicap ya que no sólo deforman la imagen corporal sino que dificultan el uso de la vestimenta de verano y muy especialmente las relaciones de pareja.

Todos los cirujanos que investigaron en estas técnicas se esforzaron por lograr resultados mejores y cicatrices menos extensas y más disimulables. Sin embargo lo logrado en este sentido estaba lejos de lo deseable.

Es entonces que la Dra. Yhelda Felicio, de Fortaleza, Brasil (5), presenta una técnica de reducción mamaria empleando la vía periareolar (enero 1984). El proponer la vía periareolar no es una novedad ya que algunos autores propusieron dicho abordaje, pero sin elaborar técnicas útiles en la práctica (Kaush en 1916, Souza en 1970, Radovan en 1975).

Lo verdaderamente importante del aporte de la Dra. Felicio es haber actualizado el procedimiento y demostrado su valor en determinados tipos de plastia mamaria. Nosotros presenciamos la presentación de la técnica en el 22º Congreso Brasileiro de Cirugía Plástica (noviembre 1985—Gramado) y vivimos el desinterés por muchos y la crítica dura por parte de otros.

A nosotros nos pareció un trabajo importante y uno de nosotros (M.M.C.) se trasladó a Fortaleza (set. 86) para ver trabajar a la Dra. Felicio. Su impresión fue buena y al regreso realizó una reducción mamaria

con dicha técnica en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Pasteur (el 21—11—86). Fue ésta seguramente la primera plastia mamaria reductora por vía periareolar realizada en nuestro país.

Otro de nosotros (G.H.F.) realizó modificaciones importantes al procedimiento combinando aportes de fuentes diferentes:

- 1) Incisión periareolar a la manera de Y. Felicio.
- 2) Decolamientos amplios de la piel de la mitad inferior de la mama y parte de la piel de la mitad superior a la manera de Biesemberger.
- 3) Resecciones glandulares a la manera de Pitanguy.
- 4) Fijación de la sutura piel—aréola a un aro de plástico que previene la tracción y consiguiente ensanchamiento. En esta forma hemos elaborado una técnica que presenta ventajas e inconvenientes en relación a las técnicas clásicas de reducción y remodelado mamario.

Ventajas:

- Reduce la mama y la remodela dejando como secuela únicamente una cicatriz periareolar.
- Es una técnica relativamente poco agresiva y puede (si se desea) realizarse con anestesia local.

Inconvenientes:

- Requiere habitualmente dos tiempos quirúrgicos separados por un lapso no menor de los tres meses.
- El aspecto de las mamas después del primer tiempo operatorio es generalmente poco agradable, con mama ensanchada en sentido transversal y una sutura de la piel a la areola con pliegues más o menos marcados según el tamaño inicial de las mamas. El aspecto estético mejora progresivamente en las semanas siguientes a la operación.
- Areolas ensanchadas. Este defecto es ahora menor con el empleo de unos aros de plástico que hemos ideado para anclar la sutura de la piel y la areola.
- El segundo tiempo logra una mama de mucho mejor forma pero debe aceptarse siempre un cierto tiempo de espera hasta lograr la forma definitiva.

Resumiendo:

En el tema de plastia mamaria reductora las técnicas por vía periareolar se muestran auspiciosas. Debemos sin embargo señalar que recién se comienza a trabajar en este camino y que la última palabra sólo se podrá dar cuando más cirujanos se sientan atraídos por la «filosofía del procedimiento» (cicatrices mínimas) y con su ingenio y experiencia perfeccionen la técnica. Determinadas deformaciones mamarias son especialmente aptas para esta técnica y es fun-

damental que la paciente desee una operación con cicatrices mínimas ya que la conificación y remodelado del seno, si no importan las cicatrices, se logra mejor y más rápidamente con las técnicas clásicas.

Reconstrucción del seno

Hemos vivido 30 años de preocupación por el problema de la reconstrucción mamaria (6).

Afortunadamente en el momento actual cirujanos, oncólogos, y sicólogos (aparte naturalmente de los pacientes) están de acuerdo en la conveniencia (o necesidad) de realizar dicha reconstrucción después de una mastectomía por tumor (7).

Para reconstruir una mama se necesita aportar piel, tejido celular graso y volumen equivalente al seno (8).

Las técnicas más diversas han sido presentadas, trasladando tejido desde el abdomen y el dorso (8).

Para lograr el volumen mamario se ha recurrido a la grasa subcutánea abdominal (cuando la hay), al epiplón o a prótesis subcutáneas.

Dentro de los procedimientos clásicos podemos citar la técnica que traslada piel y tejido grasoso del abdomen (Gillies, Fossati 1962) y Julián Fernández, mediante colgajos pediculados convencionales, en varios tiempos quirúrgicos.

Entre los procedimientos más modernos podemos destacar los colgajos libres con suturas vasculares microquirúrgicas.

En nuestro país se publicó un caso (Reconstrucción mamaria empleando un colgajo libre con microcirugía vascular (9)).

El descubrimiento de los colgajos músculo-cutáneos, hecho en el que tuvo participación fundamental el Dr. Miguel Orticochea (cirujano uruguayo residente en Colombia), abrió paso a variados procedimientos que trasladan piel, y si es posible tejido grasoso desde el abdomen mediante un colgajo de músculo recto anterior o desde el dorso mediante una transposición del músculo dorsal ancho.

Estas técnicas se popularizaron y generalizaron en los últimos años.

Sin embargo, también en estos últimos años, apareció un procedimiento quirúrgico revolucionario que cambiaría, en nuestra opinión, la orientación de las técnicas de reconstrucción mamaria, nos referimos al expansor subcutáneo (10).

En 1965 se inicia con Radovan, el estudio de la expansibilidad de la piel mediante artefactos colocados en el plano subcutáneo que luego son distendidos progresivamente desde una válvula también subcutánea, que permite el llenado progresivo por inyección transcutánea.

Se reproduce así el mismo fenómeno que se ven en el embarazo, en la distensión de la piel por tumo-

res, o en la producida por ciertos hábitos (distensión del labio por un disco, alargamiento del lóbulo de la oreja, etc.).

Se vio así que si se introduce un expansor debajo de la piel torácica se puede «producir» toda la piel que necesitamos para reconstruir el seno sin recurrir a colgajos. Esta piel es de características normales, de buena irrigación, y sensibilidad. La técnica de los expansores va a invadir todos los capítulos de la cirugía reparadora.

La piel de la región torácica puede ser fina, especialmente en la región cicatrizal. Aquí otro procedimiento muy nuevo en la cirugía, permite reconstruir el panículo adiposo subcutáneo.

Nos referimos al injerto de tejido adiposo tomado de la zona dadora mediante técnica de lipoaspiración e introducidos por inyección en el intersticio del espacio subcutáneo de la región receptora (11).

Esta técnica nos permite reconstruir una capa de grasa más o menos espesa debajo de la piel.

Finalmente para reproducir el volumen deseado se coloca una prótesis subcutánea de silicona del tamaño y forma adecuados.

Esta combinación de: expansor subcutáneo, injerto intersticial de tejido grasoso, y colocación de prótesis, constituye el procedimiento simplificado que nosotros deseamos presentar.

Sus ventajas con respecto a otra técnica son:

- Procedimientos quirúrgicos sencillos y poco agresivos que nosotros realizamos habitualmente con anestesia local.
- Piel sensible, de buena calidad, «producida» en la propia región del seno.
- No son necesarios colgajos (tradicionales, libres o musculocutáneos) que siempre representan operaciones complejas con secuelas estéticas y funcionales en otras partes del cuerpo.
- Permite reconstruir una o ambas mamas si fuera necesario.

Los inconvenientes pueden ser:

- Se requieren varios tiempos operatorios, aunque ellos son de postoperatorios muy sencillos.
- Prácticamente siempre (por lo menos en el momento actual) requieren prótesis subcutáneas de silicona. Estamos trabajando para tratar de reemplazar las prótesis de silicona por tejido adiposo pero esta posibilidad está, por el momento, en el campo experimental.

En cualquier procedimiento de reconstrucción mamaria existe un tiempo complementario, no siempre deseado o solicitado por la paciente, para reconstruir la areola y el pezón.

Bibliografía

1. **Fossati GH.** Cirugía reparadora de la secuela de la mastectomía. *Rev Cir Plast Uruguay.* 1966; V (3-4).
2. **Pitanguy I.** Consideraciones a propósito de una técnica personal para el tratamiento de las hipertrofias mamarias. *Cir Plast Uruguay,* 1968; 9 (1-2): 23-8.
3. **Fossati GH.** Cirugía reparadora de la mama. *Jornadas Rioplatenses de Cir Plast.* Punta del Este, Uruguay, 1969.
4. **Malbec E.** Plastias mamarias. *El Día Médico* 1957; 30: 95.
5. **Felicio Y.** Mamoplastia reductora con una só cicatriz areolar. *Congreso Brasileiro de Cir Plast,* Gramado, Brasil. Nov. 1985.
6. **Fossati GH.** Recordando a Mc Indoe. *Cir Plast Urug* 22º, 1960; 1 (1): 3-9.
7. **Fossati GH.** Recursos plásticos en el cierre de la mastectomía ensanchada. *Soc de Cir Plast del Uruguay,* 1958.
8. **Fossati GH.** Breast Reconstruction Proceedings. *International Congress of Plastic Surgery,* 4º Rome, Italia, 1967.
9. **Irigaray A, Fossati GH, Roncagliolo A.** Reconstrucción mamaria empleando un colgajo libre con microcirugía vascular. *Rev Cir Plast Iberolatinoam* 1980; 4: 433.
10. **Fossati GH.** Reconstrucción mamaria con el empleo de expansores. *Soc Cir Plast del Levante Español,* Alicante. Mayo 1987.
11. **Inyección de grasa con fines estéticos.** *Congreso Uruguayo de Cirugía Plástica 1º Punta del Este,* Uruguay: 15-18 de abril de 1987.