

Reconstrucción mamaria inmediata con expansor-implante, descripción de caso clínico.



Dr. Dario Suárez Oyhamburú
Cirujano Plástico Clínica Niño Jesús Dos.
Miembro de la Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
Santa Cruz de la Sierra - Bolivia.

“Immediate breast reconstruction with expander-implant, clinical case description.”

Palabra Clave: Reconstrucción mamaria inmediata, expansor-implante, matriz dérmica autóloga, injerto de grasa.

Key Word: immediate breast reconstruction, expander-implant, autologous dermal matrix, fat grafting.

RESUMEN

Introducción y objetivo

La reconstrucción mamaria inmediata con expansor-implante es una técnica que permite alcanzar resultados significativos sobre todo en mujeres jóvenes con patología cancerosa de la mama, que no serán sometidas a radioterapia. La utilización de la matriz dérmica autóloga obtenida de cicatrices previas suple la necesidad de emplear otros materiales no disponibles en nuestro medio por factores económicos. La transferencia de grasa autóloga otorga resultados interesantes en la volumetría final de la mama reconstruida con baja morbilidad. El objetivo es demostrar la versatilidad de la técnica operatoria y la sencillez del resultado obtenido utilizando expansor implante en la reconstrucción inmediata asociando a tejidos autologos para la reconstrucción del complejo areola pezón y mejorando la volumetría mamaria con injerto de grasa autóloga.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente joven de 37 años con patología mamaria cancerosa de mama izquierda, que fue sometida a mastectomía radical modificada con ganglio centinela de lado izquierdo y mastectomía sub-

ABSTRACT

Background and Objective

The immediate breast reconstruction with expander-implant is a technique that helps achieve significant results in young women with breast cancer, who will not be subjected to radiotherapy. The use of autologous dermal matrix obtained from previous scars supplements the needs of other materials not available in our environment due to economic factors. Autologous fat transfer provides important results in the final volume of the reconstructed breast with a low morbidity. The objective is to demonstrate the versatility of this technique and the simplicity of the result obtained by using implant expander in the immediate breast reconstruction in association with autologous tissues for the reconstruction of the nipple-areola complex and for the improvement of the mammary volume with autologous fat grafting.

METHODS

A 37-year-old young patient with breast cancer on the left side, who underwent a modified radical mastectomy with a sentinel lymph node on this breast and a preservative subcutaneous mastectomy of the nipple and areola of the right side due to a fibroadenoma,

cutánea preservadora de areola y pezón del lado derecho por un fibroadenoma, seguida de reconstrucción inmediata con expansor de puerto a distancia en ambos lados de 360 mls. substituido al tercer mes por prótesis siliconadas redondas de 380 mls y transferencia de grasa autóloga, la primera sesión de 150 mls distribuida en ambas mamas y la segunda durante la reconstrucción del complejo areola pezón de 250 mls distribuida entre ambas mamas.

RESULTADOS

No se presentó infección en ambas mamas reconstruidas, ni necrosis grasa, ni alguna otra complicación que pudiera poner en riesgo la técnica diseñada para esta paciente joven. Al 6to. mes de post operatorio se percibe simetría de ambos surcos sub mamaros, simetría entre el complejo areola pezón del lado derecho y su homólogo reconstruido del lado izquierdo aunque se observa una diferencia en la pigmentación tanto del pezón como de la areola, hecho que no incomoda a la paciente ni refiere ningún malestar al respecto. El grado de satisfacción de la paciente es aceptable.

CONCLUSIONES

La reconstrucción mamaria inmediata con expansor implante es una técnica que permite alcanzar resultados significativos y favorables sobre todo en mujeres jóvenes con patología cancerosa de la mama, con mamas pequeñas o de mediano tamaño, logrando una considerable simetrización. La utilización de la matriz dérmica autóloga obtenida de cicatrices previas para marcar o definir el surco submamario de la mama reconstruida suple la necesidad de emplear otros materiales no disponibles en nuestro medio por factores económicos. La transferencia de grasa autóloga otorga resultados interesantes en la volumetría final de la mama reconstruida con morbilidad baja. Y la reconstrucción del complejo areola pezón con tejidos propios permite una alternativa con resultados favorables a pesar de la variación del color de la areola en relación a la mama sana.

followed by an immediate reconstruction with a 360 mls distance port expander on both sides; replaced at the third month with a 380 mls round silicone prostheses and autologous fat transfer, the first session with 150 mls of fat distributed in both breasts and the second during the nipple-areola complex reconstruction with 250 mls distributed within both breasts.

RESULTS

There was no infection at the reconstructed breasts, no fat necrosis, or any other complication that could put at risk this technique designed for this young patient. On the 6th post-operative month, symmetry of both sub mammary grooves is perceived; symmetry between the nipple-areola complex on the right side and its left reconstructed homologue, although a pigmentation difference of both the nipple and areola is observed, a fact that does not bother the patient nor reports any discomfort. The patient's degree of satisfaction is acceptable.

CONCLUSIONS

Immediate breast reconstruction with expander implant is a technique that helps to achieve favorable, significant and considerable symmetric results in young women with a cancerous breast pathology and small or medium size breast. The use of the autologous dermal matrix obtained from previous scars to define or mark the sub-mammary groove of the reconstructed breast supplies the need to look for other materials not available in our medium due to economic factors. Autologous fat transfer provides interesting results in the final volume of the reconstructed breast and low morbidity. The reconstruction of the nipple-areola complex with its own tissues is an alternative with favorable results despite the color variation of the areola in relation to the healthy breast.

Conflicto de interés: El autor declara no poseer ningún interés financiero en relación al contenido de este artículo.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, 37 años de edad, G2-Po-C2-Ao, referida por un centro privado de referencia en mastología y ginecología en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, en noviembre del 2017. La conclusión de la resonancia magnética pre operatoria de diagnóstico fue: presencia de lesión lobulada en cuadrante supero-externo y otra lesión satélite hacia la cola de la mama tipo Birads V en mama izquierda y una lesión nodular en cuadrantes superiores tipo fibroadenoma en mama derecha.

El diagnóstico pre operatorio: carcinoma intraductal de mama izquierda y fibroadenoma de mama derecha siendo la propuesta quirúrgica por el equipo oncológico mamario: mastectomía radical modificada más ganglio centinela para mama izquierda y mastectomía subcutánea preservadora de areola pezón para la mama derecha, la cual fue ejecutada en una clínica

privada bajo anestesia general. La patología final reporto: carcinoma ductal cribiforme de grado intermedio con áreas de necrosis e hiperplasia de células columnares y el ganglio centinela de la axila izquierda fue negativo.

La conducta del equipo reconstructor fue colocar en ambas mamas implantes expansores, redondos, lisos y con puerto expansor a distancia, de 360 mls a cada lado, en plano sub-músculo pectoral mayor, siendo rellenados y expandidos como rutina del equipo con 100 mls de solución fisiológica a cada lado al término de la cirugía, mas la colocación de la matriz dérmica autóloga (MDA), obtenida de la cicatriz cesárea en región supra púbrica para reforzar el segmento inferior del músculo pectoral y de marcar mejor el surco submamario en ambos lados. No usamos en este caso expansores de tipo anatómico debido a la carencia en el mercado de este tipo de implantes, teniendo que disponer muchas veces no solo de la forma sino

también tamaño disponible en la única casa importadora de estos materiales.

Colocamos un drenaje aspirativo tipo Jackson Prat en la axila izquierda y drenajes tipo sonda K 30 para aspiración mecánica a través de una jeringa de 20 mls, en un plano sub protésico de cada lado. Retirando el drenaje axilar al 5to día de post operatorio y las sondas k 30 al 7mo día, tiempo en el que mantuvimos a la paciente con Cefalexina de 1 gr vía oral cada 12 horas por 7 días y analgésicos anti inflamatorios según la necesidad. El tiempo de estadía en la clínica fue de 3 días. Los puntos fueron retirados en el día 12 de post operación no presentándose ningún problema durante el post operatorio y la expansión total de los implantes se realizo en la consulta privada, a los 20 días de post operatorio de manera ambulatoria y se concluyo en un lapso de 60 días sin presentarse sucesos o eventos desfavorables siendo bien toleradas por la paciente y logrando la expansión total de 360 mls.

En febrero del 2018 se procedió a la retirada de los expansores y a la substitución por prótesis definitivas siliconadas micro-texturizadas, de perfil alto, redondas de 385 mls en ambos lados,



Figura 1: a, b, c, d y e): Fotos Pre operatorios. Mama izquierda con patología mamaria. (Carcinoma ductal cribiforme) y en mama derecha (Fibroadenoma).

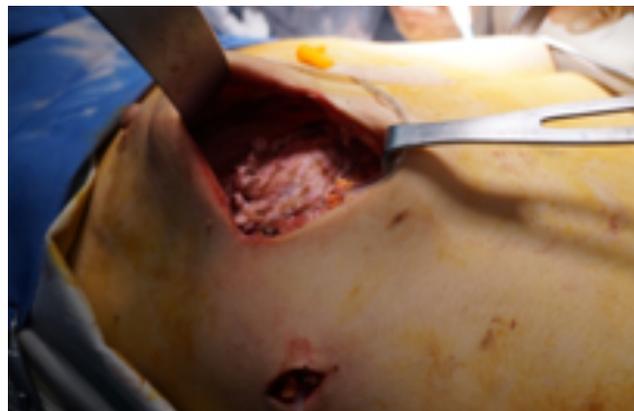
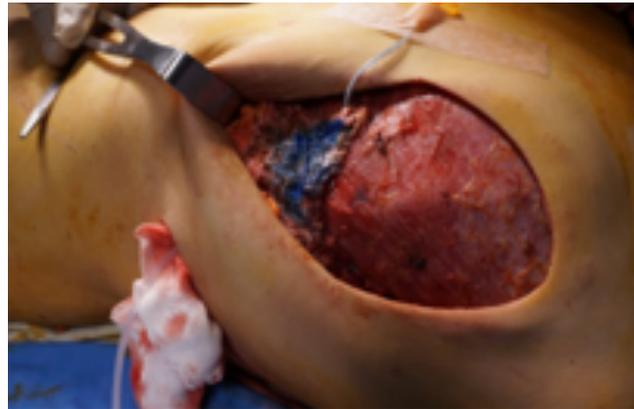


Figura 2: a) mama izquierda, vista superior, mastectomía total, con expansor implantado y matriz dérmica autóloga en color azul. (azul de metileno). b) mama derecha mastectomía subcutánea preservadora de areola y pezón, vista inferior, con matriz dérmica autóloga obtenida de región supra púbrica de cicatriz cesárea.

con la consiguiente simetrización del surco sub mamario del lado izquierdo, también se asocio a lipo transferencia de grasa autóloga de región abdominal, injertando 80 mls en mama derecha y 70 mls en mama izquierda y se procedió nuevamente a colocación de matriz dérmica autóloga obtenida por segunda vez de la cicatriz de cesárea para reforzar la incisión muscular de abordaje a la cavidad. Se dejaron drenajes tipo sondas k 30 que fueron retiradas al 4to día de post operación.



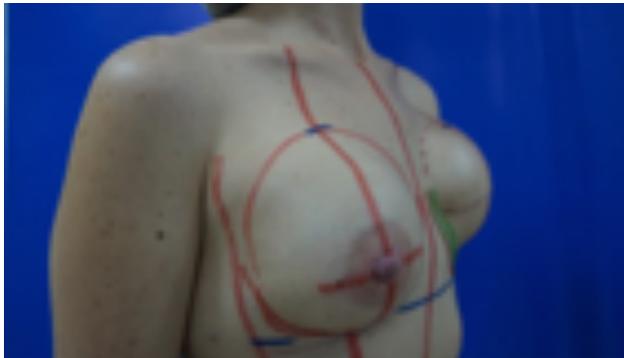


Figura 3: a, b y c) Pre operatorio 2do tiempo, cambio de expansor a implante definitivo de 385 mls, simetrización de surco sub mamario, transferencia de grasa autóloga. En color verde área de descenso del surco sub mamario para simetrización en la mama izquierda.



Figura 4: a) Zona de obtención de matriz dérmica autóloga. b) trans operatorio, en azul áreas para transferencia de grasa. c) Fin de cirugía: foto de lado observando la simetrización y volumetría con la grasa injertada.

En fecha 02 de abril del 2018, se procedió a realizar el 3er. tiempo quirúrgico destinado a reconstrucción del CAP (complejo areola-pezones), utilizando 3 colgajos locales "en ala" de base inferior ya que la cicatriz de la mastectomía total del lado izquierdo se encontraba en la región superior en el área marcada o destinada para la reconstrucción del CAP de la mama izquierda, esto para efectos de no comprometer la vascularización de los mismos. Como se observa en la figura 5. Para darle sustento y volumetría que perdure a lo largo del tiempo, injertamos cartílago conchal del lado contra lateral, es decir de la oreja derecha, esto para facilitar la ergonomía quirúrgica del equipo operatorio. Es decir en cuanto uno obtiene el injerto de piel total de la región inguinal del lado derecho, el otro cirujano trabaja levantando los tres colgajos en ala y posteriormente se procede a la obtención del injerto de concha auricular, el cual es cortado en forma de ladrillitos y los 4 segmentos conformados, apilados uno encima de otro y fijados o anclados con un hilo de nylon 4 -o al tejido celular subcutáneo luego rodeado y cubierto por los 3 colgajos en ala. Como se trata de tejidos de la vecindad normalmente mantienen el mismo color de la piel de la mama reconstruida a diferencia de la piel total obtenida de la región inguinal que difiere en cuanto a color en relación tanto al pezón reconstruido como al complejo areola pezón del lado sano.





Figura 5: a, b, y c) Reconstrucción del CAP con tejidos autólogos, 3 colgajos locales, injerto de cartilago conchal a manera de 4 ladrillitos apilados e injerto de piel total de región inguinal.

En el 3er. tiempo operatorio también realizamos la segunda sesión de transferencia de grasa autóloga obteniéndola de la región lateral del abdomen, es decir de la cintura. Recordando que la primera sesión fue obtenida de la pared abdominal anterior. No tenemos por conducta enriquecer la grasa ni con factores de crecimiento o plasma rico en plaquetas, ni con fracción vascular estromal de médula ósea, ni con soluciones de preservación de tejidos ni con albumina. Simplemente la decantamos y a la transferimos a jeringas de 10 mls para ser injertada. En la mama derecha colocamos 110 mls y en la mama del lado izquierdo 140 mls.

Figura 6: a) diseño pre operatorio de posicionamiento de nuevo CAP. b y c) transferencia de grasa autóloga obtenida de la cintura abdominal.





Figura 7: a, b y c) Resultado final, fotos de frente perfil y lateral izquierdo de 6 meses de post operatorio del CAP reconstruido. Aunque existe una diferencia lógica en la pigmentación de ambos CAP, se percibe armonía y simetría entre ambas mamas y una buena proyección del pezón reconstruido.

DISCUSIÓN

La reconstrucción mamaria inmediata es la conducta médica operatoria más común en centros médicos especializados de Estados Unidos y el 80 % de las reconstrucciones se las efectúa con expansor implante, logrando en las pacientes además de los resultados estéticos alcanzados, mejorar el impacto psicológico que implica una cirugía tan agresiva como la mastectomía y la mutilación física que ella implica. (1) La reinserción social, emocional, laboral y de pareja es uno de los logros de la reconstrucción mamaria alcanzados cuando los resultados son los esperados, devolviendo la armonía y el equilibrio a la mujer. La mujer con mamas pequeñas o medianas sin presentar una ptosis severa sin lugar a duda tienen una gran probabilidad de alcanzar un resultado estético armonioso más aceptable, en relación a mamas grandes o con ptosis grado III de Regnault. La colocación de expansor-implante está muy bien indicado en pacientes que no serán sometidas a radioterapia ya que para aquellas, la mejor indicación probablemente sea la rotación de un colgajo grande dorsal, que puede ser acompañado de un expansor de doble lumen o de una prótesis definitiva. (2) En países avanzados tecnológicamente y donde las obras sociales o el estado cubren la reconstrucción mamaria, colgajos microquirúrgicos como el DIEP o el TRAM libre son las primeras opciones.

Al percibir la falta de apoyo gubernamental debido tal vez a que las necesidades en salud en un país en vías de desarrollo como el nuestro son prioritarias en otras dolencias y al convivir con limitaciones técnicas como por ejemplo la libre disponibilidad de expansores en volúmenes requeridos o en formas diversas, donde muchas veces tenemos que tomar mano inclusive del volumen protésico existente en la casa comercial que importa para Bolivia material protésico siliconado y frente a la dificultad económica de disponer de matrices acelulares u otros materiales, es que utilizamos los tejidos autólogos como por ejemplo la transferencia de grasa autóloga, aplicada en 2 o 3 sesiones durante la reconstrucción. (4, 5, 6 y 7)

La inclusión de esta técnica (transferencia de grasa) ha traído para nosotros beneficios con baja morbilidad y con grandes resultados en cuanto a volumetría y simetrización mamaria. (4, 5, 6, 7 y 8) abriendo un abanico amplio en cuanto a disponibilidad de este recurso y el correspondiente resultado se refiere. Es decir trabajamos muchas veces con lo que tenemos sin opción a elegir el volumen del implante ideal que necesita la paciente.

Frente a la imposibilidad debido al alto costo que implica la utilización de matrices acelulares (9) aunque existentes en nuestro país, la aplicación se hace dificultosa. Es por eso que también utilizamos la matriz dérmica autóloga (MDA) para poder reforzar mejor el polo inferior y marcar el surco submamario, obteniéndola de la región supra púbica de cicatrices de cesáreas o abdominoplastias previas. (9, 10 y 11) No tenemos experiencia en tatuajes del complejo areola papilar (CAP), entonces realizamos la reconstrucción también con tejidos propios obteniendo resultados favorables y reconfortantes tanto para pacientes como para nuestro equipo.

CONCLUSIONES

No podemos negar que los beneficios alcanzados por las distintas técnicas de reconstrucción mamaria, repercuten en el día a día durante el desarrollo psicosocial de la mujer. La técnica descrita para reconstrucción en patología mamaria cancerosa de una mujer joven con expansor-implante, trae resultados óptimos en cuanto a simetría, armonía y equilibrio entre ambas mamas.

Es la primera opción terapéutica evaluada por nuestro equipo sobre todo si la mama no presenta un grado de ptosis severa y beneficia a mujeres jóvenes donde además el simetrizar la mama sana trae resultados estéticos favorables, siempre y cuando la mujer no sea sometida a radioterapia post operatoria.

Si acaso la indicación clínica fuera además de la quimioterapia aplicar radioterapia en la paciente, la opción sin duda sería la rotación de colgajos autólogos pero de manera diferida, siendo de preferencia el dorsal ancho como conducta terapéutica.

Frente a la carencia de matrices acelulares y otros materiales debido al coste alto, utilizamos matrices dérmicas autólogas con resultados interesantes y en nuestra casuística no hemos tenido extrusiones protésicas, ni asimetrías del surco submamario cuando estas fueron empleadas para reforzar esta zona durante la colocación de expansor implante, así como tampoco registramos infección en la región donde fueron injertadas.

Con el uso de la transferencia de grasa autóloga, la volumetría mamaria alcanza resultados interesantes con baja morbilidad pudiendo ser aplicada en varias sesiones durante los distintos tiempos operatorios de la reconstrucción mamaria. La utilización de tejidos autólogos en la reconstrucción del CAP le otorga

a la mama reconstruida ese toque final con resultados palpables y objetivos, devolviendo a la mujer una sonrisa y un retorno a la feminidad luego de una operación tan agresiva como la mastectomía.

AGRADECIMIENTO

Gracias al apoyo constante, leal y fraterno de los colegas miembros de este equipo, Dr. Raúl Escobar, Cirujano Plástico. Dra. Ariadna García, Médico-Cirujano adscrito al equipo de cirugía plástica. Dr. Roger Banegas Cuellar y Dr. Jorge Meschwitz López, Anestesiólogos. Dr. Sergio Ballivian, Cirujano General, Inst. Dra. Maribel Coca, Instrumentista y Bioquímica, Lic. Inst. Pahola Paz y A la Dra. Jessika Schaymann, Bioquímica, MD. Por la corrección del trabajo y del idioma Inglés.

DIRECCIÓN DEL AUTOR

Dr. Darío Lautaro Suárez Oyhamburú. Cirujano Plástico, Titular SBPCPER, FILACP, ICOPLAST. Internacional Member of ASPS. Titular Soc. Boliviana de Mastología Regional Santa Cruz. Clínica Niño Jesús Dos. Consultorio asistencial en calle Manuel Ignacio Salvatierra # 466, entre Potosí y Tarija, Edificio E y E. Depto # 2. Planta baja. Móvil-WS: 591 709-48888. dariocirujano@yahoo.com.ar , Web site. www.drdariosuarez.com; Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Sudamérica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sepulveda, S. Reconstrucción mamaria.: Rev. Med.Clin. Condes.2016, 27(1): 65-75.
2. Gutiérrez Gómez, C., Rivas León, B. and Cárdenas Mejía, A.: Reconstrucción mamaria con expansor tisular e implante: Indicaciones y experiencia en 24 casos. Cir. plást. iberolatinoam., Dic 2012, vol.38, no.4, p.323-328.
3. Escriba JM, Pareja L, Galvez J, Melia A, Roca L, et al. Trends in the surgical procedures of women with incident breast cancer in Catalonia, Spain, over a 7-year period (2005-2011).: BMC Res Notes.2014; 7: 587.
4. Chirappapha, P. et al.: Evaluation of lipofilling in elderly patients with breast cancer. Plast Reconstr Surg. Global Open. 2015, vol. 3: p.20-26.
5. Coleman, S.R., Saboeiro, A.P.: Fat grafting to the breast revisited: Safety and efficacy. Plast Reconstr Surg. 2007, 119: p. 775 -785; Discussion 786.
6. Del Vecchio, D., Bucky, L. P.: Breast augmentation using pre expansion and autologous fat transplantation: a clinical radiographic study. Plast Reconstr Surg. 2011, vol. 127: p.2441-2450.
7. Petit,J.I. et al.: Fat grafting after invasive breast cancer: a matched case-control study. Plast Reconstr Surg. 2017, vol. 139 (6): p. 1292-1296.
8. Petit JY, Lohsiriwat V, Clough KB, sarfati I, Ihrai T, Rietjens M, et al. The oncologic outcome and immediate surgical complications of lipofilling in breast cancer patients: a multicenter study- Milan- Paris- Lyon experience of 646 lipofilling procedures. Plast. Reconstr Surg. 2011; 128 (2): 341-346.
9. Haddad-tame, J.L., Rincon-Lozano,R., Hesiquio-Silva, R.: Reconstrucción mamaria inmediata mediante la utilización de matriz dérmica acelular o dermis autóloga. An Med (mex). 2014, 59(1):48-53.
10. Darden, N.W. et al. Dermal autograft using donor breast as alternative to acellular dermal matrices in tissue expander breast reconstruction. A comparative review. : Ann Plast Surg.2017: 1-4.
11. Suárez Oyhamburú, D., Escobar Ugarte, R.: Uso de matriz dérmica autóloga en reconstrucción mamaria, un recurso accesible. Cir. Plást Iberolatinoam.2018, vol 44, no2, p. 169-176.