

CIRUGIA PLASTICA

Volumen 14
Volume

Número 3
Number

Septiembre-Diciembre 2004
September-December

Artículo:

Evaluación estética en reconstrucción mamaria: un análisis objetivo

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Evaluación estética en reconstrucción mamaria: un análisis objetivo

Dra. Mónica Drucker Zertuche M,* Dr. P. Bertrand Silva**

RESUMEN

En cáncer de mama, en la mayoría de los centros oncológicos, la tendencia actual es la reconstrucción inmediata. Ya están establecidas las formas de reconstrucción disponibles, sus ventajas y desventajas y sus principales complicaciones. Sin embargo, en un esfuerzo por establecer los factores que influyen en definitiva en la decisión del tipo de reconstrucción se evaluaron un total de 51 pacientes reconstruidas con tejido autólogo, materiales protésicos o la combinación de ambos. La evaluación consistió en hacer un análisis del resultado estético utilizando una escala global de 10 puntos, uno por parte de la misma paciente, el otro por un cirujano plástico ajeno al procedimiento quirúrgico. Así mismo se analizaron los factores externos más importantes en relación al resultado cosmético final, es decir, tratamiento adyuvante en especial radioterapia y complicaciones. Los resultados demostraron que las mejores evaluaciones estéticas se obtuvieron en las pacientes reconstruidas con tejido autólogo. Consideramos que siempre que sea posible ésta debe ser la alternativa reconstructiva.

Palabras clave: Reconstrucción mamaria, evaluación estética.

INTRODUCCIÓN

Pocas patologías se enfrentan con tantas controversias en su manejo como el cáncer de mama. A lo largo de la historia, estas pacientes han sido tratadas con diversas combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia.¹ En un esfuerzo por disminuir las recurrencias y aumentar la sobrevida se

SUMMARY

In breast cancer, in the majority of oncological centers, the recent trend is immediate reconstruction. The options for reconstruction are already well established, their advantages and disadvantages and the main complications. Nevertheless, in an effort to establish the factors that influence in a definitive way the decision of what reconstruction must be undertaken, we evaluated a total of 51 patients reconstructed with autologous tissue, with prosthesis or with a combination of both. The evaluation consisted of an analysis of the aesthetic outcome using a global scale of 10 points, one done by the patient herself and the other by a plastic surgeon not involved in the surgical procedure. Besides other important external factors such as radiotherapy and complications were analyzed for the aesthetic final outcome. Results demonstrated that the best aesthetic evaluations were obtained in patients that were reconstructed with autologous tissue. We believe that whenever possible this should always be the reconstructive option.

Key words: Breast reconstruction, aesthetic evaluation.

han propuesto múltiples esquemas de tratamiento oncológico y paralelo al desarrollo de estas nuevas tendencias oncológicas, surgieron nuevas ideas en la reconstrucción mamaria inmediata, todas con el propósito de optimizar los resultados estéticos.

A pesar de que existe una gran cantidad de factores externos a la reconstrucción que modifican el resultado cosmético final y que no es posible modificar debido a que lo primordial es el tratamiento oncológico, la tendencia actual en la mayoría de los centros oncológicos es sin la menor duda la reconstrucción mamaria inmediata.^{2,3}

Con base en lo anterior y debido a que la reconstrucción mamaria inmediata se ha convertido en un

* Jefe del Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Instituto Nacional de Cancerología.

** Fellow del Diplomado "Reconstrucción en Oncología". Instituto Nacional de Cancerología.

procedimiento con beneficios médicos y psicológicos bien establecidos, se ha dirigido la atención a encontrar la mejor opción de procedimiento reconstructivo. Hoy por hoy están más que establecidas las formas disponibles para una reconstrucción, sus ventajas y desventajas y sus principales complicaciones;⁴ sin embargo, en un esfuerzo por establecer los factores decisivos en la elección del tipo de reconstrucción, comparamos los resultados cosméticos a largo y mediano plazo de pacientes reconstruidas con tejido autólogo contra pacientes reconstruidas con materiales protésicos.

El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados estéticos a largo plazo de las reconstrucciones mamarias inmediatas con tejido autólogo y con materiales protésicos, analizando las diferentes variables que pueden modificar el resultado, con la finalidad de poder ofrecer a estas pacientes la mejor alternativa reconstructiva.

MATERIAL Y MÉTODO

En un periodo de 4 años, de 2000 a 2003, fueron sometidas a una mastectomía radical con reconstrucción mamaria inmediata con tejido autólogo o con materiales protésicos 320 pacientes consecutivas del Instituto Nacional de Cancerología. Del total de pacientes reconstruidas se incluyó un total de 51 pacientes con 54 reconstrucciones (3 casos bilaterales). Los criterios de inclusión para este estudio fueron reconstrucciones inmediatas y no tardías, pacientes en las que fuese posible un seguimiento adecuado, estadios I, II y III de cáncer, pacientes sin enfermedad sistémica y pacientes que estuvieran de acuerdo con finalizar su reconstrucción. Del total de las 54 reconstrucciones, 24 fueron reconstruidas con un colgajo TRAM pediculado, 4 con un colgajo dorsal ancho y una prótesis y 23 con un expansor biodimensional seguido de la colocación de una prótesis biodimensional definitiva. Todos los materiales protésicos utilizados fueron expansores y prótesis anatómicos de McGhan. Treinta y ocho fueron sometidas a mastectomía radical modificada y 11 a mastectomía conservadora de piel.

Veinticinco pacientes recibieron radioterapia pre o posoperatoria, de ellas, 18 habían sido reconstruidas con tejido autólogo y 7 con expansor y prótesis. Dieciocho recibieron quimioterapia preoperatoria para reducir el tamaño tumoral y 30 recibieron quimioterapia posoperatoria como tratamiento adyuvante.

Todos los procedimientos reconstructivos se llevaron a cabo por el mismo cirujano. Treinta y nueve pacientes requirieron un procedimiento en la mama contralateral para mayor simetría: en seis mamaplastia de reducción, en 30 mastopexia y en tres mamaplastia de aumento. Al

finalizar el segundo tiempo quirúrgico, es decir, la reconstrucción de la aréola y el pezón y procedimientos en la mama contralateral, se dejó pasar por lo menos un periodo de ocho meses antes de hacer una evaluación del resultado estético final de la reconstrucción.

La evaluación se realizó en dos partes: la primera por la misma paciente y la segunda por un cirujano plástico ajeno al procedimiento quirúrgico. Las variables incluidas en las evaluaciones se muestran en los cuadros I y II. En la primera parte de la recolección de datos se realizó una evaluación estética y psicológica por la propia paciente con una puntuación de 1 a 4, donde 1 equivale a un resultado excelente, 2 bueno, 3 regular y 4 pobre. En la segunda parte de la recolección de datos se tomaron en consideración 10 variables y una evaluación global que fueron calificadas por un cirujano plástico ajeno al procedimiento quirúrgico (*Cuadro II*).

El protocolo de seguimiento oncológico del Instituto para pacientes con cáncer de mama es con revisiones periódicas iniciales a intervalos de tres meses los primeros dos años, después cada seis meses por los siguientes tres años y anualmente de por vida. En el tiempo de seguimiento de este trabajo se detectaron cuatro recurrencias locales y/o sistémicas que hasta el momento han sido controladas.

RESULTADOS

Al iniciar el estudio se incluyó a 80 pacientes, sin embargo se excluyó a 29: cinco murieron por recurrencias tumorales en el transcurso del estudio, en 20 no fue posible tener un seguimiento adecuado por distintas razones y cuatro se excluyeron al final del estudio debido a que fracasó la reconstrucción y no fue posible realizar una evaluación estética final.

El tiempo de seguimiento de las 51 pacientes restantes fue de 8 a 46 meses, con un promedio de 27 meses. El rango de edad fue de 23 a 63 años, con un promedio de 41 años. En el 95% de los casos, las pacientes fueron sometidas a 2 procedimientos quirúrgicos y en el 5% hubo necesidad de reintervenciones subsecuentes ya sea por resolver una complicación o por revisiones quirúrgicas del resultado estético final.

Las complicaciones observadas (*Cuadro III*) fueron, en tres pacientes necrosis parcial del colgajo de la mastectomía; en dos, necrosis parcial del colgajo TRAM; en una, exposición del expansor o implante; en dos, hematomas que requirieron drenaje quirúrgico; en siete, necrosis grasa del colgajo y en cuatro, contractura capsular del implante.

En cuanto a los resultados de las evaluaciones estéticas de la misma paciente, 20 consideraron su resultado final como excelente, 21 bueno, 3 regular y 2

Cuadro I. Evaluación del paciente.

Evaluación estética				
(Puntuación: 1. Excelente, 2. Buena, 3. Regular, 4. Pobre)				
	Parámetro		Puntuación	
	Forma con sostén			
	Forma sin sostén			
	Comparación con la mama contralateral			
	Movilidad			
	Pliegue inframamario			
	Consistencia			
	Resultado final			
Evaluación psicosocial				
Parámetro	Calificación			
Satisfacción	1 Muy satisfecha	2 Satisfecha	3 Poco satisfecha	4 Insatisfecha
Comodidad	1 Cómoda sin ajuste	2 Cómoda con ajuste	3 Incómoda	
Efecto en la vida sexual	1 Mejor	2 Sin cambios	3 Deteriorada	
Efecto en la vida social	1 Mejor	2 Sin cambios	3 Deteriorada	

Cuadro II. Evaluación del cirujano.

Parámetro	Calificación			
Contorno con sostén	1 Excelente	2 Bueno	3 Regular	4 Malo
Contorno sin sostén	1 Excelente	2 Bueno	3 Regular	4 Malo
Simetría en volumen	1 Igual	2 Mayor	3 Menor	
Movilidad	1 Móvil	2 Semi-rígida	3 Rígida	
Posición y definición del surco inframamario	1 Simétrico	2 Asimétrico		
Textura y consistencia	1 Blanda	2 Firme	3 Dura	
Proyección	1 Buena	2 Regular	3 Pobre	
Coloración de la piel	1 Idéntica	2 Similar	3 Diferente	
Simetría de aréola y pezón	1 Buena	2 Regular	3 Mala	
Resultado global	1 Excelente	2 Bueno	3 Regular	4 Malo

pobre. En cuanto a la evaluación psicológica, 24 quedaron muy satisfechas con su reconstrucción, 17 satisfechas, 1 poco satisfecha y 1 insatisfecha.

En cuanto a los resultados de la evaluación del cirujano plástico, consideró que 18 pacientes tuvieron un resultado excelente, 17 bueno, 7 regular y 4 pobre.

Al hacer un análisis más detallado, los mejores resultados estéticos con independencia del tiempo de seguimiento, se obtuvieron en las pacientes reconstruidas con tejido autólogo. Esta apreciación se aplicó tanto en la evaluación final de la paciente como la del cirujano.

COMENTARIO

Una de las consideraciones esenciales en la evaluación final de una reconstrucción mamaria es el tiempo. A pe-

sar de que en las pacientes reconstruidas con implantes el resultado estético inicial es muy satisfactorio, al cabo de cierto tiempo en la mayoría de los casos existe un deterioro significativo. El tipo de implante, el volumen del mismo, la edad de la paciente y el tipo de incisión no son los factores que más influyen en el deterioro del resultado estético. Consideramos que la razón principal es que después de cierto tiempo la mama contralateral sufre una ptosis gradual que el implante por más sofisticado que sea es incapaz de igualar⁵ (Figura 1). Esto no ocurre en pacientes reconstruidas con tejido autólogo, que superan la prueba del tiempo y en las cuales el resultado a corto plazo es en la mayoría de los casos el mismo que a largo plazo (Figuras 2a y b). Un colgajo tiene la capacidad de sufrir una ptosis y hasta de fluctuar en volumen si la paciente gana o pierde peso.



Figura 1. Paciente reconstruida con expansor e implante en forma inmediata y mastopexia contralateral en un segundo tiempo quirúrgico. Resultado a dos años del procedimiento. La mama contralateral sufre una ptosis que el implante es incapaz de igualar.

Aunque la escala cosmética utilizada en este trabajo no ha sido validada, está demostrado que los factores más importantes en la evaluación final son la simetría en tamaño, la simetría en la forma y la posición del surco inframamario.⁶⁻⁸

No tenemos un protocolo establecido en la elección de un método particular de reconstrucción, sin embargo tenemos la evidencia de que los mejores resultados son en las pacientes reconstruidas con tejido autólogo y esta evidencia la utilizamos al discutir con la paciente las distintas alternativas de

Cuadro III. Complicaciones.

Complicación	Cantidad	Porcentaje	Total
Necrosis colgajo mastectomía	3	5.5	54
Necrosis parcial del colgajo TRAM	2	8.3	24
Exposición del expansor	1	4.3	23
Hematoma	2	3.7	54
Necrosis grasa	7	29.1	24
Contractura capsular	4	14.8	27

reconstrucción.⁹ Gran parte de las pacientes son candidatas para cualquiera de los procedimientos; sin embargo, se les plantea la posibilidad de revisiones quirúrgicas posteriores por la posibilidad de contractura capsular o por deterioro del resultado, en caso de elegir una reconstrucción con materiales protésicos. Esto hace que a pesar de que el tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria sean menores en el procedimiento inicial, el costo total a largo plazo es mayor en estas pacientes.

Por último, no queda la menor duda de que la radioterapia juega un papel primordial en el resultado estético final de una reconstrucción mamaria. Los cambios celulares y el daño irreversible del tejido radiado son factores que se deben considerar principalmente en las pacientes reconstruidas con expansores y prótesis.¹⁰ Las complicaciones secundarias a la radioterapia son muchas y no están relacionadas ni al intervalo de tiempo entre la colocación del implante y el inicio de la radioterapia, ni a la decisión de radioterapia pre o posoperatoria. El costo de los altos índices



Figura 2a. Paciente reconstruida con un colgajo TRAM en forma inmediata. Preoperatorio: se aprecia el sitio de biopsia en la mama derecha.



Figura 2b. La paciente a dos años del procedimiento: se mantiene la simetría a través del tiempo.

de contractura capsular, de exposición de la prótesis, o de un mal resultado han hecho que en la medida de lo posible no utilicemos materiales protésicos en pacientes que van a recibir tratamiento adyuvante con radioterapia.

En conclusión, consideramos que siempre que sea posible, el tejido autólogo es en la mayoría de los casos, la mejor alternativa reconstructiva. Es posible obtener mejores resultados estéticos y formas más naturales que usualmente tienden a mejorar con el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noone BR, Murphy JB, Apear SL, Little JW. A 6 year experience with immediate reconstruction after mastectomy for cancer. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: 2.
2. Hudson DA, Skoll PJ. Single Stage, Autologous breast restoration. *Plast Reconstr Surg* 2001; 108: 5.
3. Langstein HN, Cheng MH, Singletary E et al. Breast cancer recurrence after immediate reconstruction: Patterns and significance. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 2.
4. Hartrampf CR, Bennett GK. Autogenous tissue reconstruction in the mastectomy patient. *Ann Surg*; 35: 5.
5. Clough KB, O Donoghue JM, Fitoussi AD et al. Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: I. Implant reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 7.
6. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000; 36.
7. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Patient evaluation of cosmetic outcome after conserving surgery for treatment of primary breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 1999; 25.
8. Tzafetta K, Ahmed O, Bahia H et al. Evaluation of the factors related to postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 7.
9. Clough KB, O Donoghue JM, Fitoussi AD et al. Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction : II. TRAM flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 7.
10. Evans GR, Schusterman MA, Kroll SS. Reconstruction and the radiated breast: Is there a role for implants. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96: 5.

Dirección para correspondencia:
Dra. Mónica Drucker Zertuche
Hospital Ángeles de las Lomas
Av. Vialidad de la Barranca S/N Cons PB055
Col. Valle de las Palmas
52763 Huixquilucan Edo. de México
Tel. 5246 9748, Fax: 5246 9625