



Evaluación de resultados estéticos en decúbito dorsal después de reconstrucción mamaria

José Luis Haddad-Tame,* Raúl Servando Caracheo-Rodríguez*

RESUMEN

Aunque han proliferado estudios respecto a la satisfacción de la paciente con reconstrucción mamaria posmastectomía, hay poca información disponible sobre esta satisfacción cuando la paciente cambia de posición. Es obvio hacer mención que es la posición de decúbito dorsal la que adopta la mujer para algunas actividades recreativas, y específicamente para la actividad sexual. La determinación de este aspecto en las diferentes reconstrucciones puede ser utilizada por el cirujano plástico para el consejo y la toma de decisión de la mejor opción reconstructiva. **Objetivo:** Determinar el grado de satisfacción de la paciente con reconstrucción mamaria, haciendo un enfoque sobre su satisfacción con el resultado estético de su cirugía, cuando adopta la posición de decúbito dorsal. **Material y métodos:** 28 pacientes con reconstrucción mamaria fueron evaluadas con las escalas modificadas de Alderman y Lowery. **Resultados:** Las mujeres que fueron reconstruidas con tejidos autólogos fueron las más satisfechas con sus resultados, excepto las reconstruidas con colgajo transverso de recto abdominal (TRAM) bilateral pediculado. Las mujeres que fueron reconstruidas con tejidos autólogos e implantes mamaros también mostraron altos índices de satisfacción, pero no aquellas que fueron reconstruidas con prótesis exclusivamente. **Conclusión:** las pacientes más satisfechas con su imagen corporal, cuando adoptan la posición de decúbito dorsal, son las reconstruidas con TRAM libre, dorsal ancho con prótesis y finalmente con TRAM pediculado. Las mujeres que mejor valoran sus resultados son las mastectomizadas por cáncer de mama. En la evaluación hecha por el cirujano, los mejores resultados encontrados en decúbito dorsal corresponde a aquellas reconstruidas con tejidos autólogos exclusivamente.

Palabras clave: Reconstrucción mamaria, satisfacción estética, decúbito dorsal

ABSTRACT

Although studies concerning satisfaction with breast reconstruction after mastectomy have proliferated, little information is available concerning this satisfaction when the patient adopts changes of position. It turns out obvious to mention that it is the position of dorsal decubitus the one that the woman adopts for several recreative activities and especially for the sexual activity. The determination of this aspect in the different reconstructions might be used by the plastic surgeon for the advice and decision making on the best option for his patient. **Objective:** Determine the degree of patient's satisfaction with breast reconstruction, in this occasion evaluating her satisfaction with the aesthetic result of her reconstruction, when she adopts the position of dorsal decubitus. **Material and methods:** 28 patients that were operated for breast reconstruction, were evaluated by the scales modified of Alderman and Lowery. **Results:** The patients who were reconstructed with autologous tissues were most satisfied by their results, exception made by the patients reconstructed with bilateral pedicled transverse rectus abdominis musculocutaneous (TRAM) flaps. Women who were reconstructed with autologous tissues and breast implants also showed high indexes of satisfaction, but not those patients who were reconstructed by implants alone. **Conclusion:** The patients most satisfied with her corporal image when they are in dorsal decubitus, are those reconstructed with free TRAM flap, latissimu dorsi with prosthesis, and finally the reconstructed with pedicled TRAM flap. The patients who better evaluated their results were the patients with mastectomy for breast cancer. In the evaluation done by the surgeon, the best results found in dorsal decubitus, were those reconstructed with autologous tissue alone.

Key words: Breast reconstruction, aesthetic satisfaction, dorsal decubitus.

* Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital General de México.

INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad ha dado un valor muy alto al papel de las mamas en la sexualidad, lo cual hace de la mastectomía uno de los hechos más devastadores dentro de los tratamientos oncológicos.¹ Las mamas de una mujer son símbolo primario de su feminidad y la pérdida de una puede significar un gran perjuicio para su imagen corporal y atracción. Esta pérdida puede tener secuelas devastadoras y producir un gran impacto en la estabilidad emocional y en la adaptación social de la mujer,² llevándola a depresión severa, disturbios en la imagen corporal, disminución en la autoestima, pérdida de feminidad y disfunción marital y sexual. La ausencia de la mama es un continuo recordatorio del cáncer y aumenta las preocupaciones sobre recurrencia.³ Hasta el 28% de las pacientes mastectomizadas experimentan ansiedad por la ausencia de la mama y 5.8% presenta depresión.⁴ La reconstrucción mamaria durante mucho tiempo fue considerada perjudicial para el tratamiento oncológico. Hoy en día es usada en todo el mundo, y se admite que no aumenta el riesgo de recurrencia de cáncer y que no afecta el diagnóstico de recurrencias locales.⁵ La reconstrucción inmediata o diferida temprana ha ganado gran popularidad en la comunidad quirúrgica, y se ha probado que el riesgo de enmascaramiento de una recurrencia es mínimo.⁶ Además, la reconstrucción mamaria se ha convertido en la opción más frecuente para las pacientes sometidas a mastectomía.⁷

De la totalidad de las mujeres con diagnóstico de cáncer, la mitad desea la reconstrucción mamaria; de ellas, tres cuartas partes la preferirían a corto plazo. Un alto porcentaje de mujeres que desean la reconstrucción (84%) piensan que la apariencia que le dará la reconstrucción es mejor que la que tendrían si sólo se colocan una prótesis externa; y el 43% piensan que con la reconstrucción se podría mejorar el aspecto físico de su relación marital o de pareja.⁸ Los principales motivos para la búsqueda de la reconstrucción son disturbios psicológicos establecidos por la presencia de la prótesis externa, que inciden en su imagen corporal, además del dolor de cuello, hombro y espalda ocasionado por el uso de la prótesis. La prótesis puede ser difícil de colocar en su lugar y es desagradable su uso, especialmente en lugares húmedos y temporada de calor; además, puede limitar las opciones de uso de ropa y actividades físicas.⁹

La elección del procedimiento reconstructivo parece tener un efecto significativo sobre la satisfacción general y estética. La reconstrucción con tejidos autólogos produce niveles mayores de satisfacción estética

y general que los implantes. El colgajo libre y pediculado no parecen tener una diferencia significativa en la satisfacción general. Sin embargo, las pacientes sometidas a reconstrucción con colgajo transverso de músculo recto abdominal (TRAM) pediculado reportan mayor satisfacción estética que las sometidas a TRAM libre.¹¹ Haddad y colaboradores coinciden con la superioridad del TRAM para lograr resultados más estéticos en la reconstrucción, y en su revisión encuentran insatisfacción en el 7.3% de las pacientes reconstruidas con TRAM pediculado. Otro factor a favor de la estética en el TRAM es la dermolipectomía que implica el procedimiento. La principal causa de insatisfacción es la asimetría.¹⁰ Alderman encontró que las pacientes reconstruidas con colgajo TRAM se encuentran más satisfechas que las reconstruidas con expansores y prótesis.¹¹ Las pacientes que fueron reconstruidas con TRAM tendieron a estar más satisfechas con la apariencia y consistencia de su mama reconstruida; sin embargo, parecían experimentar gran dificultad para interactuar con su pareja luego de la cirugía.¹² Andrade y asociados realizaron una investigación para evaluar la satisfacción posreconstrucción aplicando un cuestionario que simplemente dicotomizaba a las pacientes en dos grupos ("¿Está satisfecha con su reconstrucción? Sí o no), y pedía a cada paciente explicar sus motivos. En general, el porcentaje de satisfacción fue del 88.8%. Coincidiendo con otros autores, el mayor grado de satisfacción lo presentaron las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos. Las pacientes insatisfechas indicaron que el motivo fue por la presencia de grandes cicatrices o asimetrías, por complicaciones de la mama reconstruida y de la zona donadora.¹³ Harcourt analizó la satisfacción de la paciente reconstruida cuando está vestida o desnuda, y encontró niveles pobres de imagen corporal que la paciente tiene de sí misma cuando se encuentra desnuda, así como más satisfacción en las reconstruidas de manera diferida.⁴

En nuestra revisión, encontramos que no se ha evaluado el resultado de satisfacción estética y general de la paciente reconstruida cuando adopta cambios de posición. Resulta obvio mencionar que es la posición de decúbito dorsal la que adopta la mujer para varias actividades recreativas y, sobre todo, para la actividad sexual. Aunque Cederna¹² informa en su estudio que las pacientes reconstruidas presentan dificultad para interactuar con su pareja, no existe en la literatura un estudio que defina el grado de satisfacción de la paciente con la forma que adopta su o sus mamas reconstruidas cuando toma la posición de decúbito dorsal. Anderson informa que las mujeres que toman en cuenta la opinión

Cuadro I. Evaluación de Alderman modificada.

Satisfacción general

1. Estoy satisfecha por haber decidido la reconstrucción.
2. De los varios tipos de reconstrucción que existen, estoy satisfecha por el tipo de reconstrucción que tengo.
3. En general, me satisface mi reconstrucción.
4. Recomendaría el tipo de reconstrucción que ahora tengo a una amiga.
5. Siento que recibí la información suficiente sobre mi reconstrucción para realizar una decisión informada entre las opciones de tejidos propios contra implantes.

Satisfacción estética

1. El tamaño y forma de mis mamas son iguales.
2. Mi mama reconstruida se siente suave al tacto si la comparo con la otra.
3. Cuando me acuesto, el tamaño y forma de mis mamas son iguales.
4. Cuando me acuesto, mi mama reconstruida se siente suave al tacto.
5. Cuando me acuesto, el tamaño y forma de mi mama le gusta a mi pareja.
6. Cuando me acuesto, me agrada el resultado de mi reconstrucción.

de su pareja al momento de decidir sobre la reconstrucción, son las más satisfechas con la toma de decisión, aunque no evalúan la satisfacción con los resultados obtenidos.³ Las actividades que se realizan en esa posición, aunque son pocas, tienen importancia para la imagen corporal de la mujer (actividades recreativas y sexuales). La satisfacción que tiene la mujer reconstruida sobre su imagen corporal en posición dorsal es un factor que puede servir al cirujano plástico para el consejo preoperatorio y la toma de decisión sobre la mejor opción para su paciente. El propósito de este estudio es determinar cuáles son los procedimientos quirúrgicos que otorgan esa satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo parcial, transversal, comparativo y observacional, del tipo encuesta comparativa. Se realizó un censo de todas las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México durante el periodo comprendido de enero de 2002 a diciembre de 2004 (83 pacientes). Se invitó a las mujeres a participar en la investigación, y se tomó un muestreo por cuota de 28 pacientes, para un nivel de confianza de 95% e intervalo de confianza de 15. La investigación constó de dos partes. En la primera,

se solicitó a las pacientes contestar un cuestionario de 11 reactivos, modificado del de Alderman (*Cuadro I*), y que incluía tópicos sobre su satisfacción general y estética, en este caso enfocados a los resultados con la posición de decúbito dorsal. En la segunda, se tomaron fotografías de las pacientes en decúbito dorsal, que mostraban las características anatómicas de la mama reconstruida, y fueron evaluadas por cirujanos plásticos del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de México, aplicando la escala modificada de Lowery (*Figura 1*), para categorizar los resulta-

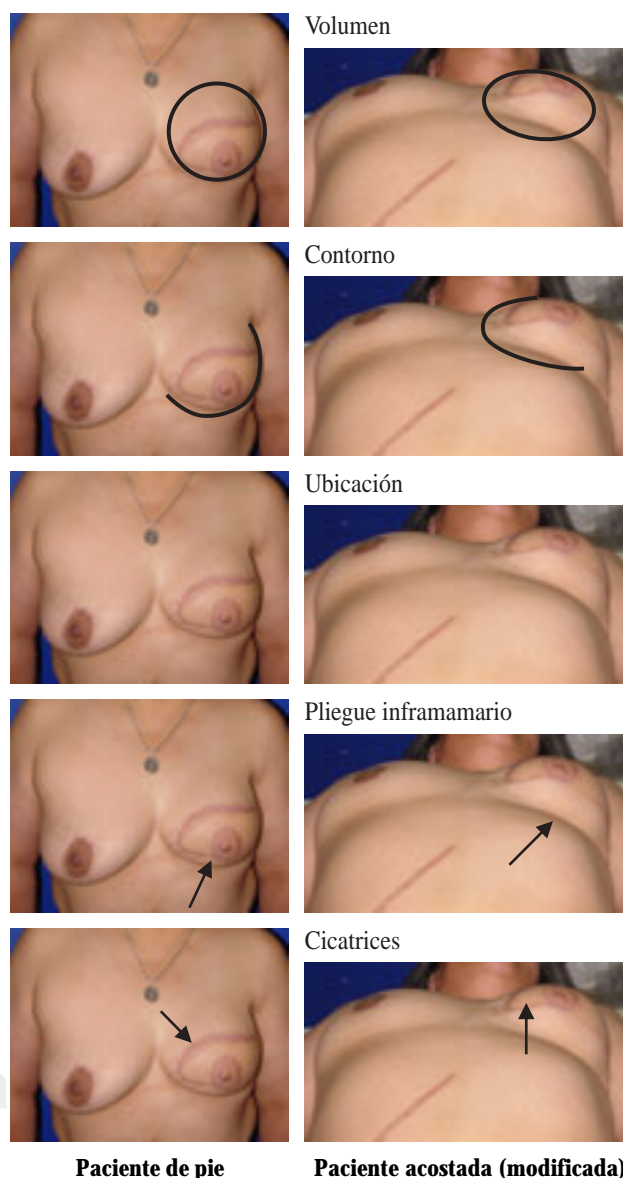


Figura 1. Escala de Lowery de pie y modificada para decúbito dorsal.

dos en las categorías de la misma. Esta escala mide cinco variables de la mama reconstruida. La calificación de estas variables puede colocar a la paciente en tres tipos de categorías (0, 1 ó 2), que de manera progresiva indican un mejor resultado estético. En general, para la categoría 0 los resultados son muy pobres en los cinco aspectos; para la categoría 1 los resultados son moderados, y para la categoría 2 de buenos a excelentes. Los cirujanos evaluadores fueron ciegos al

calificar las fotografías, sólo se les pidió que se aplicara la escala descrita. Se aplicó escala de Likert a los resultados del cuestionario modificado de Alderman, según la respuesta de la paciente, como sigue: A: totalmente de acuerdo; B: de acuerdo; C: no le da importancia; D: en desacuerdo; E: totalmente en desacuerdo. A cada una de las variables se le dio un valor numérico (A: 5, B: 4, C: 3, D: 2, E: 1), de tal manera que la sumatoria de todas las respuestas arrojaría un número total (de 11 a 55), mismo que podría ser incluido en la siguiente escala de puntuación: 45-55 puntos: muy satisfecha; 34-44: satisfecha; < 33: insatisfecha.

Los resultados fueron vaciados en tablas para obtener medidas de tendencia central y de variabilidad. Los resultados de la evaluación mediante la escala de Lowery fueron vaciados en tablas de contingencia para equiparar tejidos autólogos y protésicos.

Aspectos éticos y de bioseguridad. Cada aspecto de la investigación, así como su aprobación por el investigador y el paciente, estuvo basado en el veredicto del Comité de Investigación y de Ética del Hospital General de México, de acuerdo con las declaraciones de Helsinki de 1964, con la adición de Tokio de 1975, sobre la investigación biomédica en seres humanos.¹⁴

Cuadro II. Distribución por padecimiento y tipo de reconstrucción de acuerdo a antigüedad.

	<i>Seis meses</i>	<i>Un año</i>	<i>Dos años</i>	<i>Total</i>
Cáncer de mama	4	8	7	19
Enfermedad por modelantes	2	1	2	5
Tumor Phyllodes	1	0	1	2
Síndrome de Poland	1	1	0	2
TRAM	3	4	5	12
TRAM libre	0	2	1	3
TRAM bilateral	2	1	2	5
Dorsal ancho y expansor	2	1	1	4
Expansor e implante	1	2	1	4

Cuadro III. Resultados de la autoevaluación de Alderman modificada

Satisfacción general (reactivos)	A	Puntos	B	Puntos	C	Puntos	D	Puntos	E	Puntos
1	14	2.500	10	1.429	0	0.000	4	0.286	0	0
2	2	0.357	18	2.571	0	0.000	8	0.571	0	0
3	8	1.429	16	2.286	0	0.000	4	0.286	0	0
4	14	2.500	14	2.000	0	0.000	0	0.000	0	0
5	4	0.714	12	1.714	0	0.000	12	0.857	0	0
<i>Promedio</i>	<i>1.5</i>	<i>7.500</i>	<i>2.5</i>	<i>10.000</i>	<i>0.0</i>	<i>0.000</i>	<i>1.0</i>	<i>2.000</i>	<i>0.0</i>	<i>0</i>
6	2	0.357	12	1.714	4	0.429	10	0.714	0	0
7	5	1.071	18	2.571	2	0.214	2	0.143	0	0
8	2	0.357	12	1.714	0	0.000	14	1.000	0	0
9	4	0.714	18	2.571	0	0.000	6	0.429	0	0
10	2	0.357	16	2.286	4	0.429	2	0.143	0	0
11	6	1.071	16	2.286	4	0.429	0	0.000	0	0
<i>Promedio</i>	<i>0.786</i>	<i>3.929</i>	<i>3.286</i>	<i>13.143</i>	<i>0.5</i>	<i>1.500</i>	<i>1.214</i>	<i>2.429</i>	<i>0.0</i>	<i>0</i>
Total	2.286	11.429	5.786	23.143	0.5	1.500	2.214	4.429	0.0	0

<i>Promedio</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Varianza</i>	<i>Interpretación</i>
Satisfacción general	19.5	4.58	Satisfecha
Satisfacción estética	21.0	5.19	Satisfecha
Satisfacción (total)	40.5	4.55	Satisfecha

Cuadro IV. Resultados de la autoevaluación según el tipo de reconstrucción.

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
TRAM pediculado (n = 12)				
Satisfacción general	19.92	4.63	21.4369	Satisfecha
Satisfacción estética	22.92	7.74	59.9076	Satisfecha
Satisfacción (total)	42.84	5.85	34.2225	Satisfecha
TRAM libre (n = 3)				
Satisfacción general	23.67	7.94	63.0436	Muy satisfecha
Satisfacción estética	25.00	5.34	28.5156	Muy satisfecha
Satisfacción (total)	48.67	6.20	38.4400	Muy satisfecha
TRAM bilateral (n = 5)				
Satisfacción general	14.80	3.36	11.2896	Insatisfecha
Satisfacción estética	19.40	4.90	24.0100	Satisfecha
Satisfacción (total)	34.20	3.93	15.4449	Satisfecha
Dorsal ancho y prótesis (n = 4)				
Satisfacción general	22.00	6.06	36.7236	Muy satisfecha
Satisfacción estética	22.50	6.16	37.9456	Satisfecha
Satisfacción (total)	44.50	5.63	31.6969	Satisfecha
Expansor y prótesis (n = 4)				
Satisfacción general	19.00	7.95	63.2025	Satisfecha
Satisfacción estética	17.00	6.06	36.7236	Insatisfecha
Satisfacción (total)	36.00	6.42	41.2164	Satisfecha

RESULTADOS

El *cuadro II* muestra la distribución de las mujeres ingresadas en este estudio, de acuerdo al padecimiento, procedimiento reconstructivo y antigüedad de la reconstrucción. Todas las pacientes completaron el cuestionario y fueron sometidas a la evaluación fotográfica. El promedio de edad de las pacientes fue de 52.39 ± 11.03 años (rango: 24-66). La mayoría de las pacientes eran casadas ($n = 24$, 85%). El *cuadro III* presenta el resultado de la autoevaluación de las pacientes mediante el cuestionario modificado de Alderman. El resultado del aspecto general y estético fue señalado como satisfactorio, y en total también fue satisfactorio.

Satisfacción de acuerdo al tipo de reconstrucción. Las pacientes reconstruidas con TRAM pediculado se definieron como satisfechas, mientras que las intervenidas con TRAM libre se dijeron muy satisfechas, alcanzando las puntuaciones más altas en la escala. El mayor grado de insatisfacción se encontró en las mujeres a las que se les realizó TRAM bilateral, siendo las que dieron calificaciones más pobres a las respuestas de la encuesta (*Figura 2*). Las mujeres reconstruidas con dorsal ancho y prótesis también se dijeron muy satisfechas con los resultados generales y estéticos, no así las pacientes que

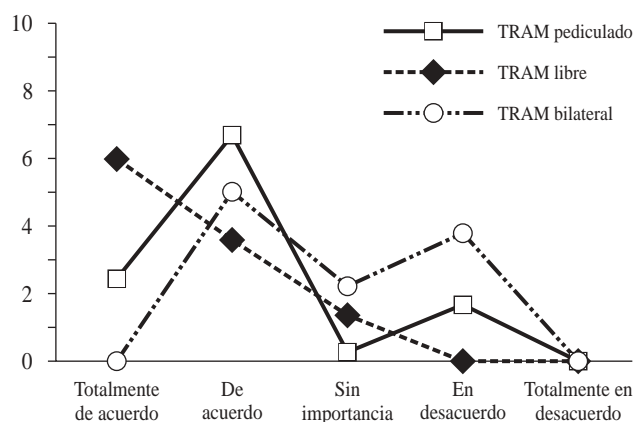


Figura 2. Distribución de respuestas en pacientes reconstruidas con colgajo transversal de músculo recto abdominal (TRAM).

fueron reconstruidas con prótesis exclusivamente que se mostraron insatisfechas con el aspecto estético (*Cuadro IV*).

Satisfacción de acuerdo al tipo de padecimiento. En este aspecto, las pacientes en general se mostraron satisfechas con la resolución de su padecimiento, generando puntuaciones muy similares en todos los tipos de patologías presentadas. Sin embargo, las que fueron sometidas a reconstrucción por padecer enfermedad por modelantes fueron las que

mostraron grados mayores de insatisfacción con sus resultados (*Cuadro V*).

Evaluación por el cirujano. De acuerdo a la antigüedad de la reconstrucción, la valoración fotográfica de las pacientes muestra los siguientes resultados:

Seis meses posreconstrucción. Las mayoría de las pacientes con seis meses de reconstrucción entran en la categoría 0, debido a que en ese momento aún no se han realizado procedimientos de modelamiento de la mama reconstruida o de la contralateral.

La mayoría de las mujeres de este grupo son las manejadas con base en prótesis unilaterales exclusivamente, por la marcada diferencia en contorno entre ambas mamas (*Figura 3*).

Un año posreconstrucción. Las pacientes con un año de reconstrucción muestran mejoría en los aspectos de esta clasificación, de tal manera que se encuentran varias pacientes en la categoría 2, la más alta de esta evaluación, siendo las mujeres reconstruidas con TRAM las de mejor puntaje, seguidas por las pacientes con dorsal ancho y prótesis (*Figura 4*).

Cuadro V. Resultados de autoevaluación según el tipo de padecimiento.

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
<i>Cáncer de mama (n = 19)</i>				
Satisfacción general	20.74	5.120	26.21440	Satisfecha
Satisfacción estética	22.21	5.334	28.45156	Satisfecha
Satisfacción (total)	42.95	4.850	23.52250	Satisfecha
<i>Enfermedad por modelantes (n = 5)</i>				
Satisfacción general	14.80	3.040	9.24160	Insatisfecha
Satisfacción estética	19.20	4.610	21.25210	Satisfecha
Satisfacción (total)	34.00	3.660	13.39560	Satisfecha
<i>Tumor phillodes (n = 2)</i>				
Satisfacción general	18.00	6.980	48.72040	Satisfecha
Satisfacción estética	22.00	8.760	76.73760	Satisfecha
Satisfacción (total)	40.00	7.200	51.84000	Satisfecha
<i>Síndrome de Poland (n = 2)</i>				
Satisfacción general	20.00	8.994	80.89204	Satisfecha
Satisfacción estética	23.00	2.996	8.976016	Satisfecha
Satisfacción (total)	43.00	6.100	37.21000	Satisfecha

Figura 3.

Pacientes con seis meses de antigüedad de reconstrucción.

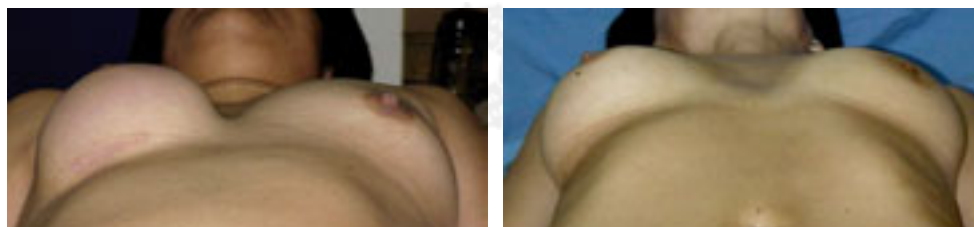
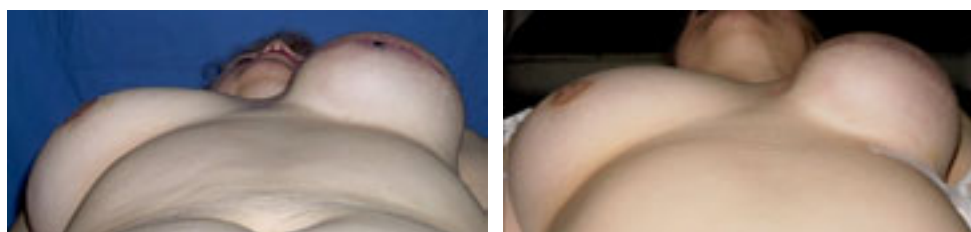


Figura 4.

Pacientes con un año de antigüedad de reconstrucción.

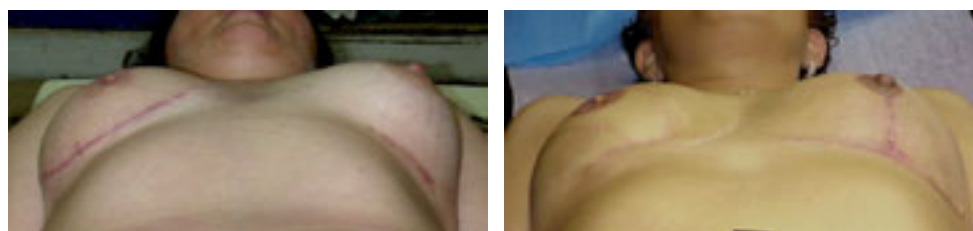


Figura 5.

Pacientes con dos años de antigüedad de reconstrucción.

Dos años posreconstrucción. Posterior a la ejecución de la mayoría de los procedimientos de modelado de la mama reconstruida, prácticamente el 90% de las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos entran en la categoría 2. El 60% de las mujeres reconstruidas con tejidos autólogos combinados con prótesis también entran en esta categoría. La mayor discrepancia se encuentra en las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos y prótesis, que si bien son las que muestran resultados menores en la escala de Lowery, no sucede así con la satisfacción investigada mediante la encuesta, siendo las pacientes con mejor grado de satisfacción (*Figura 5*).

Evaluación de acuerdo a procedimiento realizado. En la evaluación hecha por el cirujano, por tipo de procedimiento, los mejores resultados encontrados en la paciente acostada son aquellas reconstruidas con tejidos autólogos exclusivamente, al encontrarse que el 75% de las pacientes reconstruidas con TRAM entran en la categoría 2 de Lowery (*Figura 6*).

DISCUSIÓN

Del análisis de estos resultados, se concluye que las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos mostraron más satisfacción que las reconstruidas con tejidos protésicos exclusivamente. Las mujeres reconstruidas con tejidos autólogos y prótesis también se encuentran en las más satisfechas de la relación.

Por tipo de padecimiento, las pacientes portadoras de mastectomía por cáncer fueron las que mostraron más satisfacción con sus resultados, tal vez por la experiencia de pérdida de la imagen corporal generada por una enfermedad inesperada, no así las pacientes que perdieron esa imagen cuando buscaban un fin estético, como las mujeres con enfermedad con modelantes, que fueron las más insatisfechas con sus resultados. Cabe señalar que la mayoría de las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos que se mostraron más insatisfechas con su resultado, en este caso las reconstruidas con TRAM bilateral, son precisamente las que padecían enfermedad por modelantes. Las enfermas portadoras de cáncer

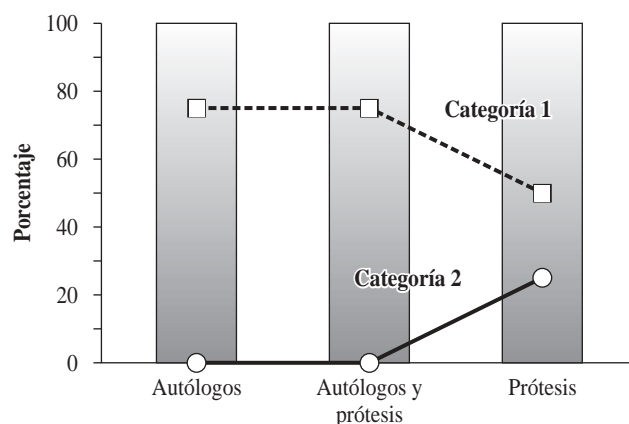


Figura 6. *Resultados de la evaluación mediante la escala de Lowery de acuerdo al tipo de reconstrucción.*

de mama que fueron reconstruidas con tejidos autólogos y prótesis fueron las más satisfechas del grupo de pacientes con esta patología.

De las mujeres reconstruidas con prótesis exclusivamente, el mayor grado de satisfacción se encontró en las que portaban síndrome de Poland, y menos satisfechas las portadoras de cáncer mamario. Aunque las pacientes reconstruidas por enfermedad de Poland mostraron resultados menores en la valoración por el cirujano, en este caso debido al resultado menos estético que da la prótesis de la reconstrucción, fueron de las pacientes con más alto grado de satisfacción en su autoevaluación. Probablemente la ausencia congénita de la mama les permita darle una mayor plusvalía a la mama reconstruida. Al parecer, es la vivencia de la ausencia, ya sea por cáncer o por defecto congénito, el factor que les permite una mayor satisfacción con sus resultados.

La principal causa de insatisfacción general de las pacientes fue la falta de información en el preoperatorio sobre los posibles resultados de su cirugía, ya que la mayoría aceptó haber sido informadas de los caracteres técnicos de los distintos procedimientos, pero no de los aspectos estéticos de los mismos. Las pacientes en general aceptaron que el resultado era más de lo esperado, y que no se habían creado

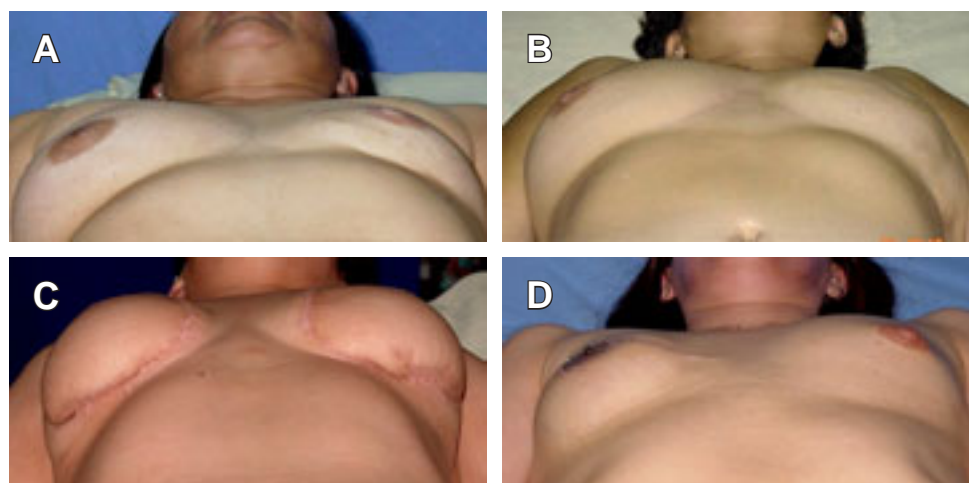


Figura 7.

A: Colgajo transverso de músculo recto abdominal (TRAM) pediculado, categoría 2. Excelente resultado en decúbito dorsal.

B: TRAM libre, categoría 2. TRAM libre.

C: TRAM bilateral, categoría 2. Muy buen resultado en decúbito dorsal. Aún pendiente CAP.

D: Dorsal ancho y prótesis, categoría 2.

falsas ilusiones; pero les “faltaba ese poco” que tal vez no esperarían, si se les hubiera informado previamente de la forma cicatrizal que tendrían. La mayoría aceptó que la respuesta médica de que posteriormente se podrían hacer correcciones en el aspecto estético las hacía abandonar el indagar más sobre el resultado estético final de su reconstrucción. Así pues, la principal causa de insatisfacción en las pacientes entrevistadas se debió a la cicatriz y a cicatrices anchas o queloides, más que a aspectos de morfología o tésitura de sus resultados cuando adoptaban la posición de acostadas.

La mayoría aceptó que la opinión de su pareja era buena, no aplicando esta variante a cuatro pacientes, que no eran casadas. Sólo una mujer (3.5%) de todas las entrevistadas rechazó totalmente la satisfacción de su pareja con su resultado.

La valoración realizada por el cirujano se ajusta a parámetros medibles, sin contemplar el estado anímico de las pacientes. Desde este punto de vista, no se encontraron diferencias con estudios realizados previamente y comentados en los antecedentes. En general, las reconstrucciones hechas con tejidos autólogos presentan mejores resultados que las realizadas con materiales protésicos, ya que recrean de mejor manera la caída natural del tejido, cosa que no ocurre con las prótesis. Otro factor a tomar en cuenta es que la colocación de una prótesis de manera unilateral, como en las pacientes con síndrome de Poland, contrasta aún más la artificialidad de la mama reconstruida. Aunque es notorio el contraste entre la valoración del cirujano y la satisfacción de la paciente, sobre todo para este grupo, donde la satisfacción en general fue buena. De igual manera, aunque las pacientes reconstruidas con TRAM bilateral

muestran buenos resultados desde el análisis del cirujano, la satisfacción referida por las mismas dista mucho de la opinión clínica. La aplicación de la escala de Lowery es un buen tasador del aspecto estético desde el punto de vista quirúrgico (Figura 7). Sin embargo, no es un buen reflejo del resultado más importante, que es la satisfacción de la paciente.

La conclusión final es que las pacientes más satisfechas con su imagen corporal cuando están acostadas son, en orden decreciente, las pacientes reconstruidas con TRAM libre, luego las reconstruidas con dorsal ancho y prótesis, y por último las reconstruidas con TRAM pediculado, de acuerdo a su autoevaluación. Las pacientes menos satisfechas son las reconstruidas con prótesis exclusivamente, así como las reconstruidas con TRAM bilateral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francescato D, Sabino M, Bueno E et al. Evaluation of the aesthetic results and patient satisfaction with the late pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 2002; 48: 515.
2. Bostwick III J. Reconstrucción mamaria. En: Mc Carthy. *Cirugía Plástica*. Tronco y extremidades inferiores. Buenos Aires: Panamericana, 1994; 137-178.
3. Anderson S, Rodin J, Ariyan S. Treatment considerations in postmastectomy reconstruction: their relative importance and relationship to patient satisfaction. *Ann Plast Surg* 1994; 33: 263.
4. Harcourt D, Rumsey N, Ambler N et al. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 1060.
5. Petit J, Le M, Mouriesse H et al. Can breast reconstruction with gel-filled silicone implants increase the risk of death and second primary cancer in patients treated by mastectomy for breast cancer? *Plast Reconstr Surg* 1994; 115: 94.

6. Alderman A, McMahon L, Wilkins E. The national utilization of immediate and early delayed breast reconstruction and the effect of sociodemographic factors. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 695.
7. Franchelli S, Leone M, Berrino P et al. Psychological evaluation of patients undergoing breast reconstruction using two different methods: autologous tissues versus prostheses. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 1213.
8. Keith D, Walter M, Walter L, et al. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears and hopes. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111: 1051.
9. Tykka E, Asko-Seljavaara S, Hietanen H. Patient satisfaction with delayed breast reconstruction: a prospective study. *Ann Plast Surg* 2002; 49: 258.
10. Haddad-Tame JL, Torres-Gómez B, Bello-Santamaría JA, Sánchez-Forgach E et al. Reconstrucción mamaria en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de México, 1995–2000. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2001; 64: 210.
11. Alderman A, Wilkins E, Lowery J. Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 769.
12. Cederna P, Yates W, Chang P et al. Postmastectomy reconstruction: comparative analysis of the psychosocial, functional and cosmetic effects of TRAM versus breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 1995; 35: 458.
13. Andrade W, Baxter N, Seemple J. Clinical determinants of patient satisfaction with breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 46.
14. García MG. Aspectos jurídicos y legales de la investigación en seres humanos. En: Alarcón D, De la Fuente J, Velásquez A. *Fundamentos de la investigación clínica*. México, DF: Siglo XXI Editores, 1988; 55.

Correspondencia:

Dr. José Luis Haddad Tame
Hospital General de México
Unidad de Cirugía Plástica (109-B)
Dr. Balmis 148
Col. Doctores
06726 México, D.F.
Tel: 59996133, ext. 1056 y 1057
Consultorio: 52028660
Fax: 55200604
E-mail: hatame55@prodigy.net.mx

