

COLGAJO TRAM BILATERAL MÁS INJERTO DE COMPLEJO AREOLA PEZÓN

A PROPÓSITO DE UN CASO

ELIANA PINTO, NÉSTOR GUTIÉRREZ, TANIA LEÓN, FELIPE SALDIVIA, ANYELÍN FERNÁNDEZ, SILVIA RAMOS, JOSÉ PRINCE, YOEL HERNÁNDEZ

SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA. INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". BÁRBULA, VALENCIA, ESTADO CARABOBO. VENEZUELA

RESUMEN

Las opciones terapéuticas y reconstructivas disponibles hoy para las mujeres con cáncer mamario son numerosas. De los métodos disponibles para la reconstrucción mamaria autóloga el colgajo de recto abdominal ha sido el más popular, se ha calificado como uno de los más ingeniosos en el campo de la cirugía plástica. Es un colgajo que incluye piel, tejido graso y músculo recto-abdominal, este conjunto es llevado con su irrigación: la arteria epigástrica superior hasta el defecto de la mastectomía, en tórax. El propósito de la reconstrucción de la areola y pezón es hacer a la mama reconstruida lo más parecida a una mama natural. Se presenta el caso de una paciente que se le realiza mastectomía total más linfadenectomía axilar bilateral de niveles I y II colocación de catéter venoso implantable, colgajo Tram bilateral pediculado con arterias epigástricas superiores, injerto de complejo areola pezón, previa biopsia per operatoria del bloque galactóforo.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, bilateral, colgajo, reconstrucción.

SUMMARY

The therapeutic and reconstructive options currently available for women with breast cancer are numerous. Of the existing methods for autologous breast reconstruction the abdominis rectus flap has been the most popular and has been considered one of the most ingenious in the field of plastic surgery. It is a flap that includes skin, subcutaneous fat and the rectus abdominis muscle; these tissues are conducted en-bloc with their irrigation, the superior epigastric artery, to the mastectomy defect in the thorax. The purpose of the areola and nipple reconstruction is to make the reconstructed breast similar to the natural breast. We present the case of a patient that underwent bilateral total mastectomy with bilateral axillaries lymphadenectomy of the levels I and II, placement of a central venous port access catheter, bilateral pedicle TRAM flap with superior epigastric arteries and areola nipple complex graft with previous per operative biopsy of the nipple ground.

KEYWORDS: Cancer, breast, bilateral, flap, reconstruction.

INTRODUCCIÓN

Según las estadísticas actuales entre el 2 % y el 11 % de todos los cánceres de mama son bilaterales, y hasta el 0,7 % de las mujeres que ha sufrido un cáncer de mama unilateral será diagnosticado de un nuevo cáncer en la mama contralateral⁽¹⁻³⁾.

Recibido: 15/01/2009 Revisado: 05/03/2009

Aceptado para publicación: 29/05/2009

Correspondencia: Dra. Eliana Pinto. Urb. La Trigaleña, calle 132 No 86 B 268. Valencia, Estado Carabobo.

Telf: 02418429839.

E-mail: elianapinto@yahoo.com

La importancia de la integridad anatómica en el cuerpo femenino adquiere una connotación especial cuando se plantea el tratamiento de un cáncer mamario. Este supone en muchos de los casos la exéresis parcial o completa de la mama, condicionando en la paciente un sentimiento de gran minusvalía y un deterioro importante de su autoimagen. En algunos casos es necesaria la extirpación bilateral, aumentando las secuelas físicas y psicológicas. La cirugía reconstructiva en estas pacientes adquiere un valor evidente y mejora en ellas la condición anímica para enfrentar el tratamiento posterior.

La posición actual en cirugía reconstructiva en pacientes mastectomizadas por cáncer, es hacerla en forma simultánea con la cirugía de exéresis, siendo el método más utilizado a nivel nacional e internacional la reconstrucción con colgajo miocutáneo de recto abdominal (TRAM)⁽⁴⁻⁶⁾.

El TRAM consiste en la utilización de un colgajo transversal de tejido celular subcutáneo infra-abdominal pediculizado por el músculo recto anterior del abdomen, por el que transcurren los vasos epigástricos que van a nutrir el colgajo. Este colgajo puede ser uni o bipediculizado según se utilice uno o ambos músculos rectos anteriores, e ipsi o contralateral, según se utilice el músculo recto anterior del mismo lado a reconstruir o no.

Luego de los colgajos libres, el TRAM es la más compleja de las técnicas y la que mayor índice de complicaciones presenta. Por ello, la selección de pacientes es uno de los factores más importantes para obtener buenos resultados. En líneas generales, podemos decir que toda mujer en buen estado de salud y con adecuada zona dadora es candidata a esta técnica. Entre los factores que aumentan la morbilidad del TRAM encontramos el tabaquismo, la obesidad mórbida, diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes y otras patologías que afecten la microcirculación, inexperiencia del cirujano y cicatrices abdominales significativas. La única incisión abdominal previa que contraindica esta técnica es la subcostal bilateral, puesto que ambos

vasos epigástricos se encuentran seccionados. Las incisiones subcostales unilaterales implican la necesidad de utilizar el recto anterior contralateral, pero hay que tener en cuenta que estas incisiones afectan la circulación de la piel y del tejido celular subcutáneo del abdomen, aumentando las posibilidades de necrosis⁽⁷⁾.

Las complicaciones asociadas a este procedimiento reconstructivo son la necrosis total o parcial de los colgajos, infección, seromas, necrosis grasa del colgajo, abultamiento abdominal infraumbilical, eventraciones abdominales y tromboembolismo pulmonar.

La complicación más común es la necrosis grasa del colgajo, la cual se presenta en las primeras semanas del posoperatorio como áreas nodulares de mayor firmeza, pudiendo semejar recurrencias locales de la enfermedad. Las necrosis totales del colgajo son muy infrecuentes con el TRAM convencional, no así las necrosis parciales, las cuales suelen ser de distinta magnitud dependiendo del grado de isquemia⁽⁸⁾.

El TRAM, en cualquiera de sus variantes, es la técnica que aporta mejores resultados, y esta es su mayor ventaja, pudiendo reconstruir mamas de gran volumen y caídas sin requerir para ello de implantes protésicos. Otras ventajas adicionales son la abdominoplastia que mejora el contorno abdominal y el requerir de menos procedimientos en la mama contralateral para lograr simetría. Su principal desventaja es la morbilidad abdominal que se produce, no sólo por el riesgo de eventraciones (menor a 5 %) sino por la disminución de la fuerza abdominal por la rotación de uno o ambos músculos rectos anteriores. Requiere mayor tiempo de recuperación y tiene mayores posibilidades de necrosis, a diferencia del colgajo de dorsal ancho.

El propósito de la reconstrucción de la areola y pezón es hacer a la mama reconstruida lo más parecida a una mama natural. Para ello, el nuevo complejo telo-areolar debe ser lo más simétrico posible al contralateral, en cuanto a tamaño, ubicación y coloración. La reconstrucción del

pezón puede ser realizada con colgajos locales de piel, tejido graso, o bien con injertos de tejidos de otras áreas del cuerpo⁽⁹⁾. La areola puede ser pigmentada mediante un tatuaje o bien reconstruida con injertos de tejidos.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 55 años de edad, posmenopáusica, hipertensa, quien detecta en autoexamen mamario la presencia de tumor en ambas mamas. Al examen físico se evidencia nódulo de 3 cm x 3 cm en cuadrante infero-externo de mama derecha y nódulo de 5 cm x 4,5 cm en unión de los cuadrantes superiores de la mama izquierda. Axilas y fosas supraclaviculares sin adenomegalias. La mamografía bilateral evidenció la presencia de imagen nodular de bordes especulados de 25 mm x 20 mm en la unión de los cuadrantes superiores de la mama izquierda y distorsión de arquitectura con calcificaciones pleomórficas en la unión de los cuadrantes externos de la mama derecha. El ultrasonido mamario reporta en mama izquierda un nódulo heterogéneo de bordes especulados con atenuación posterior de 20 mm x 18 mm, y en la mama derecha una imagen hipoecoica de 13 mm x 9 mm. La biopsia por *trucut* de ambas lesiones reportó: adenocarcinoma ductal infiltrante de mama.

Estudios de extensión negativos para enfermedad a distancia.

Se concluye como diagnóstico de ingreso: adenocarcinoma ductal infiltrante de mama izquierda T3 N0 M0 estadio IIB y adenocarcinoma ductal infiltrante de mama derecha T2 N0 M0 estadio IIA.

Inicia tratamiento neoadyuvante con paclitaxel, adriamicina y dextrazoxano. Recibe 3 ciclos de forma irregular. Por incumplimiento del tratamiento es sometida a mastectomía total bilateral con linfadenectomía axilar bilateral de los niveles ganglionares I y II, colocación de catéter venoso central, reconstrucción inmediata con colgajo TRAM bilateral pediculado con arterias

epigástricas superiores e injerto de complejos areola-pezón previo estudio histopatológico preoperatorio para descartar infiltración tumoral. Evoluciona satisfactoriamente en el posoperatorio inmediato. La biopsia definitiva reportó adenocarcinoma ductal infiltrante en ambas lesiones, siendo las dos resecaadas con márgenes adecuados. Reportan 7 ganglios metastáticos de 18 disecados en la axila derecha y 4 ganglios metastáticos de 22 disecados en axila izquierda. La biopsia definitiva de ambos complejos areola-pezón fue negativa para malignidad.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos utilizando la técnica de colgajo de TRAM en forma simultánea a la mastectomía son habitualmente satisfactorios, con un buen resultado estético desde el punto de vista objetivo. La técnica quirúrgica es relativamente simple y con resultados reproducibles por un cirujano entrenado en cirugía reconstructiva⁽³⁻⁶⁾.

La evolución posoperatoria normal de una paciente mastectomizada bilateral no se ve alterada en forma importante por el hecho de realizar la reconstrucción mamaria en forma simultánea. El tiempo de hospitalización posoperatorio es prácticamente el mismo. El tiempo intraoperatorio es también similar⁽⁷⁻⁹⁾.

El colgajo TRAM pediculado se utiliza en la reconstrucción mamaria posterior a mastectomía radical modificada o radical y en mastectomía subcutánea cuando la paciente presenta un exceso de tejido cutáneo en abdomen y sobre todo cuando la mama contra lateral es voluminosa y péndula. También sería indicado en aquellas pacientes que demandan este tipo de reconstrucción, las que rechazan la colocación de un implante o cuando la colocación previa de un implante ha ocasionado la retracción o encapsulamiento y dolor; y en aquellas pacientes que han recibido tratamiento radiante. Este colgajo aporta simetría con respecto a mamas contra laterales voluminosas.

Con este tipo de intervención obtenemos una cicatriz de abdominoplastia baja y suprapúbica.

REFERENCIAS

1. Georgiade Fee-Fulkerson K, Conaway MR, Winer EP, Fulkerson CC, Rimer BK, Georgiade G. Factors contributing to patient satisfaction with breast reconstruction using silicone gel implants. *Plast Reconstr Surg.* 1996;97:1420-1426.
2. Evans GR, Kroll SS. Choice of technique for reconstruction. *Clin Plast Surg.* 1998;25:311-312.
3. Villalón F. Reconstrucción mamaria con colgajo de recto abdominal. *Rev Chil Cir.* 2002;44:162-167.
4. Calderón O. Reconstrucción mamaria inmediata posmastectomía por cáncer. *Rev Chil Cir.* 2004;49:552-557.
5. Hartram FC. The TRAM flap for breast reconstruction. *Clin Plast Surg.* 1988;15:70-86.
6. Mathes SJ, Nahai F. *Clinical atlas of muscle and muscle cutaneous flaps.* San Luis, Missouri: Mosby & Co; 2005.
7. Calderón O. *Cirugía plástica.* Ed Soc Cir Chile. 2001;55:576.
8. Kroll SS. Bilateral breast reconstruction. *Clin Plast Surg.* 1998;25:251-259.
9. Kroll SS, Netscher DT. Complications of TRAM flap breast reconstruction in obese patients. *Plast Reconstr Surg.* 1989;84:886-892.