

Mastectomía Subcutánea

Dr. Juan Blanco Tuñón, Dr. I. Blanco Sáez, Pilar García Merino ■

Resumen

DEFINICIÓN

La mastectomía subcutánea es la técnica quirúrgica que extirpa la glándula mamaria preservando la piel y el complejo areola pezón.

Los avances tecnológicos, el valor pronóstico del ganglio centinela y el conocimiento de los genes BRCA-1 BRCA-2 vuelven a actualizar esta técnica como método profiláctico.

INDICACIONES DE LA TÉCNICA

Enfermedad fibroquística.

Mastitis inflamatoria.

Biopsias repetidas.

Alteraciones BRCA.

Cancerofobia.

CONTRAINDICACIONES

Cáncer.

MÉTODO

Presentamos una casuística de 130 mastectomías analizando diversos parámetros.

TÉCNICA

Incisión areolar o inframamaria. Extirpación glándula y fascia.

Mamografía intraoperatoria.

Inclusión del implante subpectoral de gel de silicona o salina.

COMPLICACIONES

Hematoma, dehiscencia sutura, necrosis de la piel, flebitis, rotura implante.

INTRODUCCIÓN

La mastectomía subcutánea se define como la extirpación de la glándula mamaria, preservando la piel y el complejo areola pezón. Debe entenderse como una intervención preventiva en mujeres con riesgo de contraer cáncer de mama que, al eliminar el tejido glandular disminuirá la posibilidad de neoplasia maligna.

THOMAS (1) (1882) la describió. BARLETT (2) (1917) la practicó reconstruyendo las mamas mediante grasa abdominal. FREEMAN (3) (1978) publicó la resección incluyendo pezón y el empleo de prótesis de silicona. Algunos la indicaron como cirugía conservadora del cáncer de mama completándola con vaciamiento axilar y radioterapia.

Esta técnica quirúrgica popularizó su aplicación entre los años 1965 y 1980, pero todos los autores reconocían la imposibilidad de resección total de la mama.

La mejoría de la técnica diagnóstica, el conocimiento del valor pronóstico del ganglio centinela y la identificación de los genes supresores BRCA-1 y BRCA-2 que, cuando mutan, conducen a un aumento de la susceptibilidad para desarrollar un cáncer mamario (fueron identificados en los cromosomas 17 y 13 respectivamente). Estos factores, han hecho que la mastectomía subcutánea vuelva a considerarse como una técnica profiláctica.

INDICACIONES

- Grave enfermedad fibroquística.
- Mastitis inflamatoria crónica.
- Mastodinia.
- Tumores benignos (fibroadenoma, filoides...).
- Alteración BRCA-1, BRCA-2.
- Pérdidas de parénquima.
- Biopsias repetidas.
- Cancerofobia.
- Predisposición genética.
- Síndrome Cowden.

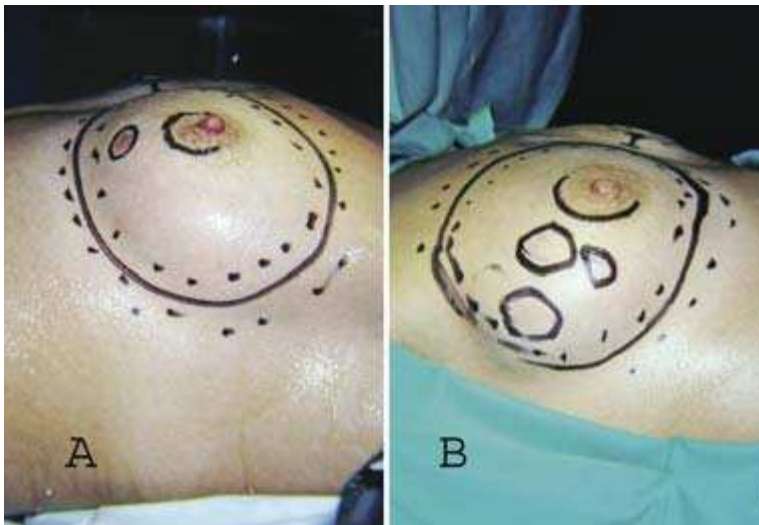


Fig. 1.
Marcaje preoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan 65 pacientes (1980-2003) con indicación de mastectomía subcutánea bilateral.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Incisión por vía submamaria externa o areola.

Extirpación subcutánea de la glándula y fascia pectoral, respetando el anillo de Haller. Mamografía intraoperatoria para asegurar la totalidad de la extirpación.

Colocación de prótesis de gel o suero (mejor conducción) preferentemente en ubicación subpectoral.



Fig. 2.
Mamografía intraoperatoria: Se comprueba la total extirpación del tejido glandular.

RESULTADOS

130 mastectomías, con las siguientes patologías:

Quiste, ectasias, etc.....	14
Mastopatía fibroquística.....	17
Mastodinia.....	4
Philodes.....	3
Biopsias repetidas.....	7
Siliconomas.....	2
Peligrosidad genética.....	6
Calcificaciones.....	8
Cancerofobia.....	4
TOTAL.....	65 pacientes

Edad: 33-63 años: X: 41,2 años.

Múltiparas 21,33%

Nulíparas 44: 67,3%

Prótesis: gel 84; salinas 25



Fig. 3.
Pieza quirúrgica.



Fig. 4.
Philodes.

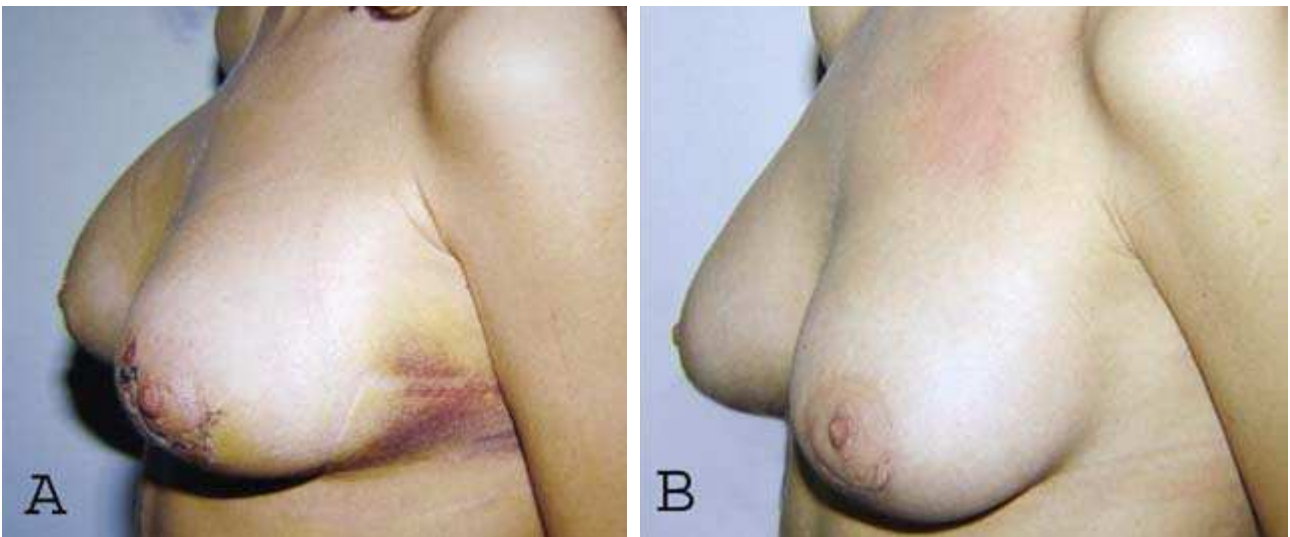


Fig. 5.
A. Resultado inmediato. B. Resultado tardío a largo plazo.



Fig. 6.
Calcificación Displásica.

COMPLICACIONES

PRECOCES:

Hematoma: 5
Dehiscencia, 2
Infección, 3

TARDIAS:

Flebitis (Mondor): 2
Mama congelada: 8
Dolor: 5
Deflación o rotura: 3
Calcificación displásica: 2
Inestéticos: 5

TOTAL 35, que significa una tasa del 23,3% de complicaciones.

CONCLUSIONES

La mastectomía subcutánea no elimina el 100% del tejido mamario.

La evaluación y selección de la paciente ha de ser rigurosa.

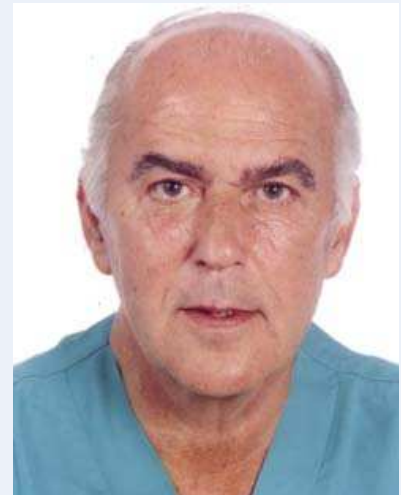
La tasa de complicaciones es alta.

La satisfacción del paciente es de 70% en pacientes de alta estima.

El control radiológico será anual.

No esta indicada en ningún tipo de cáncer.

Es más importante la investigación etiológica que la técnica ■



Dr. Juan Blanco Tuñón
Cirugía Plástica Estética y Reparadora
República Argentina, 13
24004 LEÓN (ESPAÑA)
juanblanco@ibermutua.es

Dr. I. Blanco Sáez
H. Gregorio Marañón. Madrid

Dr. Pilar García Merino
ATS León

BIBLIOGRAFIA

1. Thomas, T.G.: On the mamma, without mutilation of the organ. N.Y.Med.J.Obstet.rev. 35: 337-342.1882.
2. Bartlett, W: Anatomic Substitute for the female breast. Ann.Surg. 66: 208-215. 1917.
3. Freeman, B.S., and Wiemer D.R.: Total glandular mastectomy. Plastic Reconstr.Surg. 62: 167-172.1978.