



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES “ESPÍRITU SANTO”
PROGRAMAS DE POSTGRADOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

TÍTULO:

**“MAMOPLASTIA DE SIMETRIZACIÓN: TÉCNICAS PARA
CORRECCIÓN DE ASIMETRÍA CONTRALATERAL EN
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN MUJERES ATENDIDAS EN
HOSPITAL “TEODORO MALDONADO CARBO”, GUAYAQUIL, 2014”**

Trabajo de Investigación presentado como requisito para optar por el Título de
Especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.

POSTGRADISTA:

DRA. ELOISA VANESSA SUÁREZ RUÍZ

TUTOR:

DR. DIEGO CRISTÓBAL GUEVARA VIVERO

AÑO 2015

SAMBORONDÓN - ECUADOR

ÍNDICE GENERAL

<i>Dedicatoria</i>	<i>IV</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>V</i>
<i>Certificación del tutor</i>	<i>VI</i>
<i>Declaración de responsabilidad</i>	<i>VII</i>
<i>Glosario</i>	<i>VIII</i>
<i>Índice de Ilustraciones</i>	<i>IX</i>
<i>Índice de Tablas y Gráficos</i>	<i>XII</i>
<i>Resumen</i>	<i>XIII</i>
<i>Abstract</i>	<i>XIV</i>

CAPÍTULO I

<i>1.1. Introducción del Tema</i>	<i>1</i>
---	----------

CAPÍTULO II

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

<i>2.1. Objetivo General</i>	<i>4</i>
<i>2.2. Objetivos Específicos</i>	<i>4</i>

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

<i>3.1. Reconstrucción mamaria post-mastectomía</i>	<i>5</i>
3.1.1. <i>Historia</i>	<i>5</i>
3.1.2. <i>Indicaciones y contraindicaciones</i>	<i>9</i>
3.1.3. <i>Ventajas y desventajas</i>	<i>10</i>

3.1.4.	Fases de la Reconstrucción Mamaria	10
3.1.4.1.	Fundamentos anatómicos de la mama	11
3.1.4.1.1.	Anatomía mamaria.....	11
3.1.4.1.2.	Irrigación sanguínea.....	13
3.1.4.1.3.	Inervación de la Mama.....	15
3.1.4.1.4.	Drenaje Linfático Mamario.....	17
3.1.4.1.5.	Estructura Muscular Adyacente.....	18
3.1.4.2.	Restauración del volumen mamario	20
3.1.4.2.1.	Según tiempo reconstructivo.....	20
3.1.4.2.2.	Según técnica quirúrgica.....	21
3.1.4.3.	Reconstrucción del complejo areola y pezón	26
3.2.	<i>Cirugías complementarias en la Reconstrucción Mamaria</i>	28
3.2.1.	Mamoplastia de Simetrización o Corrección de la Asimetría Mamaria Contralateral	29
3.2.1.1.	Mamoplastia de aumento	30
3.2.1.2.	Mamoplastia de reducción.....	33
3.2.1.3.	Mastopexia.....	42
3.2.2.	Remodelamiento de Defectos del Contorno Mamario Reconstruido, Pared Torácica Lateral y Hueco Axilar Post- Linfadenectomía	48

CAPÍTULO IV

ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1.	<i>Diseño de la Investigación</i>	53
4.2.	<i>Población y Muestra</i>	53

4.2.1. Criterios de inclusión.....	53
4.2.2. Criterios de exclusión.....	54
4.3. <i>Operacionalización de variables</i>	55
4.4. <i>Instrumentos</i>	58
4.5. <i>Procedimiento para la Ejecución de la Investigación</i>	58

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. <i>Análisis e Interpretación de los Resultados</i>	60
5.2. <i>Discusión</i>	66

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. <i>Conclusiones</i>	71
6.2. <i>Recomendaciones</i>	73

7. <i>BIBLIOGRAFÍA</i>	75
------------------------------	----

8. <i>ANEXOS</i>	83
------------------------	----

8.1. <i>Anexo 1</i>	83
---------------------------	----

8.2. <i>Anexo 2</i>	84
---------------------------	----

8.3. <i>Anexo 3</i>	85
---------------------------	----

8.4. <i>Anexo 4</i>	86
---------------------------	----

8.3. <i>Anexo 5</i>	87
---------------------------	----

8.4. <i>Anexo 6</i>	88
---------------------------	----

DEDICATORIA

Una vez culminado este Trabajo de Investigación, teniendo como logro la gran satisfacción que me produce tratar este tema; y gracias a cada una de las personas que intervinieron en la elaboración de este proyecto y a la colaboración en cada paso de su proceso, dedico esta obra en primer lugar a todas aquellas mujeres luchadoras que combaten día a día, el cáncer mamario y que no se rinden sino que batallan hasta el final de su tratamiento integral.

A mi señora madre, que ha sido mi ejemplo a seguir, quien junto a mi padre, han sido el impulso a continuar con esta noble Especialidad y a alcanzar cada uno de mis sueños, cuando las fuerzas se agotaban.

Además, dedico con especial cariño a la Universidad de Especialidades “Espíritu Santo”, sede de aprendizaje junto a la institución hospitalaria que me abrió las puertas para llevar a cabo el estudio, Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil, los mismos que pueden dar uso de los resultados obtenidos para crear futuros estudios de mucha utilidad para las mujeres que no se dejan abatir por una enfermedad como el cáncer mamario.

Eloisa Vanessa Suárez Ruiz

AGRADECIMIENTOS

**“La gratitud es el más noble de los sentimientos.”
Dolores Nevárez Z.**

Doy gracias a Dios por permitirme cumplir paso a paso con mis objetivos personales y profesionales, y enseñarme el camino correcto hacia ellos.

Quiero expresar un gran sentimiento de gratitud a mis padres quienes me han apoyado en el transcurso de mi carrera, han sido mis guías y me han dado valor para continuar con mis sueños.

Deseo extender un especial reconocimiento al Dr. Francisco Borja Zavala, Director de la Especialidad y al Dr. Ernesto Torres, que sin sus sugerencias de cómo hacer este trabajo de Investigación, no lo hubiese podido lograr.

Al Dr. Diego Guevara Vivero, tutor y amigo quien me ha guiado en el aprendizaje de la Cirugía Mamaria Reconstructiva y me ha direccionado con sus conocimientos sobre el tema para culminar esta tesis.

Agradezco la colaboración del Hospital Regional “Teodoro Maldonado Carbo” del IESS, donde se me abrieron las puertas para obtener lo necesario para efectuar este proyecto.

Mi eterno agradecimiento a la Universidad de Especialidades “Espíritu Santo” y a todas las personas que conforman la Facultad de Postgrados Médicos por haberme dado la oportunidad de ampliar mis conocimientos quirúrgicos en esta noble Especialidad.

No tengo más palabras para describir el gran regocijo que me da poder culminar esta especialidad, en donde profesores y compañeros dejan parte de su vida, para dar vida a mis ilusiones que se hacen realidad.

Por eso, doy gracias a todos los que me acompañaron en este arduo camino, el cual apenas es el comienzo de una gran historia llena de virtudes, logros y satisfacciones.

EVSR



**UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES “ESPÍRITU SANTO”
FACULTAD DE POSTGRADOS
COMISIÓN DE TITULACIÓN**

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor(a) del Trabajo de Investigación de Tesis para optar por el título de Especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética de la Facultad de Postgrados de la Universidad de Especialidades “Espíritu Santo”.

Certifico que:

He dirigido la tesis de grado presentada por la Doctora ELOISA VANESSA SUÁREZ RUIZ, con CI # 0916545940, cuyo tema es **“MAMOPLASTIA DE SIMETRIZACIÓN: TÉCNICAS PARA CORRECCIÓN DE ASIMETRÍA CONTRALATERAL EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITAL “TEODORO MALDONADO CARBO”, GUAYAQUIL, 2014”**.

Revisada y corregida por el adscrito; motivo por el cual se aprobó en su totalidad, lo certifico:

DR. DIEGO CRISTÓBAL GUEVARA VIVERO

Tutor de Trabajo de Investigación

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

DECLARO QUE:

El Trabajo de Investigación **“MAMOPLASTIA DE SIMETRIZACIÓN: TÉCNICAS PARA CORRECCIÓN DE ASIMETRÍA CONTRALATERAL EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN MUJERES ATENDIDAS EN HOSPITAL “TEODORO MALDONADO CARBO”, GUAYAQUIL, 2014”**, previa a la obtención del título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una exhaustiva investigación, respetando confidencialidad de las participantes, conforme a las citas que constan en el marco del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Por lo consiguiente, este tema es de mi total autoría.

Bajo esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Investigación suscrito.

DRA. ELOISA VANESSA SUÁREZ RUIZ

GLOSARIO

ALT = Anterolateral Thigh (por sus siglas en inglés).

CAP = Complejo de areola y pezón.

cc = Centímetro cúbico (unidad de volumen).

cm = Centímetro (unidad de longitud).

DIEP = Deep Inferior Epigastric Perforator (por sus siglas en inglés).

g = Gramo (unidad de masa).

IGAP = Inferior Gluteus Artery Perforator (por sus siglas en inglés).

RM = Reconstrucción Mamaria.

SGAP = Superior Gluteus Artery Perforator (por sus siglas en inglés).

SIEA = Superficial Inferior Epigastric Artery (por sus siglas en inglés).

SIM = Surco inframario.

SOLCA = Sociedad de Lucha Contra el Cáncer.

TCS = Tejido Celular Subcutáneo.

TRAM = Transverse Rectus Abdominis Muscle (por sus siglas en inglés).

TUG = Transverse Upper Gracilis (por sus siglas en inglés).

VRAM = Vertical Rectus Abdominis Muscle (por sus siglas en inglés).

LISTA DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1- Límites normales de la mama.	11
Ilustración 2- Medidas antropométricas de la mama.....	26
Ilustración 3- Ilustración de complejo areola-pezones.	12
Ilustración 4- Estructuras de la glándula mamaria.	27
Ilustración 5 - Irrigación arterial de la mama.	28
Ilustración 6 - Drenaje venoso de la mama.	15
Ilustración 7: Inervación de la mama por zonas.....	16
Ilustración 8 - Inervación de la mama.	16
Ilustración 9 - Inervación según dermatomas de la mama.	17
Ilustración 10 - Drenaje linfático de la mama.	32
Ilustración 11 - Musculatura Adyacente de la Mama.....	19
Ilustración 12 - Ventajas y desventajas de la R.M. según el tiempo quirúrgico. ...	21
Ilustración 13 - Ventajas y desventajas de la RM.	22
Ilustración 14 - Colgajo TRAM bilateral.	22
Ilustración 15 - Ventajas y desventajas de la RM con tejido autólogo microquirúrgico.....	23
Ilustración 16- Colgajo DIEP.....	23
Ilustración 17 - RM con colgajo microquirúrgico DIEP.....	23
Ilustración 18- Colgajo SIEA.....	24
Ilustración 19 - Reconstrucción mamaria mediante colocación retropectoral de expansor tisular y posterior cambio a prótesis definitiva.....	25
Ilustración 20 - RM con colgajo fasciocutáneo toracodorsal lateral de Holmström	26

Ilustración 21 - Reconstrucción mamaria con colgajo perforante anterolateral de muslo.	26
Ilustración 22 - Tatuaje para reconstruir la areola.	27
Ilustración 23 - Reconstrucción de areola mediante injerto de piel total de cara interna de muslo.	27
Ilustración 25 - Aumento mamario con implante a través de incisión en surco submamario.	31
Ilustración 26 - Vía axilar para aumento mamario.	31
Ilustración 24 - Tipos de incisiones en mamoplastia de aumento.	45
Ilustración 27 - Clasificación de contractura periprotésica según Baker.	32
Ilustración 28 - RM con colgajo Latissimus dorsi y prótesis definitiva + Simetrización con mastopexia aumentativa con implante.	32
Ilustración 29 - RM con expansor tisular de 350 cc redondo y liso, válvula remota. 2º tiempo: Cambio de expansor a prótesis definitiva redonda, de perfil alto de 315 cc + Simetrización contralateral con mastoplastia de aumento (prótesis de perfil alto, microtexturizada de 220 cc).	33
Ilustración 30 – Indicaciones de mamoplastia de reducción de acuerdo al patrón de resección cutánea y sus indicaciones.	34
Ilustración 31 – Diseño de Mamoplastia Reductiva con patrón periareolar.	49
Ilustración 32 - Marcación de punto B-C en el patrón vertical.	50
Ilustración 33 – RM con colgajo Latissimus dorsi e implante retropectoral + Simetrización contralateral con mastoplastia de reducción.	38
Ilustración 34 – RM con expansor tisular de 500 cc redondo y liso, de válvula remota + Simetrización contralateral con mastoplastia de reducción (patrón vertical).	38
Ilustración 35 – Clasificación de colgajos en reducción mamaria según su pedículo de vascularización.	39

Ilustración 36 – Diseño de Mamoplastia Reductiva con patrón en T invertida. ...	40
Ilustración 37 – Diagrama de pseudoptosis mamaria por cicatriz vertical mayor a 8 cm.	40
Ilustración 38 – Mamoplastia reductiva con patrón en T invertida.	41
Ilustración 39 – Mamoplastia de reducción con patrón en “L”.	42
Ilustración 40 - Clasificación de Regnault para ptosis mamaria.	43
Ilustración 41 – Patrones de resección cutánea empleadas en mastopexia.	44
Ilustración 42 - Reconstrucción mamaria + mastopexia con implante retropectoral.	45
Ilustración 43 - Exposición de colgajo dermogladular superior e inferior tras bipartición mamaria	46
Ilustración 44 - Reconstrucción de mama + Mastopexia con patrón vertical.	46
Ilustración 45 - Exposición de colgajo dermogladular superior tunelizado donde se ubica el colgajo inferior para mejorar polo superior y contorno mamario.	48
Ilustración 46 - Reconstrucción mamaria + mastopexia en T invertida.	48
Ilustración 47 - Zonas donante de tejido graso.	49
Ilustración 48 - Separación de componentes posterior a decantación.	50
Ilustración 49 – Trasvasado de tejido graso.	51
Ilustración 50 - Esquema de lipoinyección en tiras.	51
Ilustración 51 - Remodelación de contorno mamario reconstruido con lipoinjerto autólogo.	52

LISTA DE TABLAS.

Tabla 1: Distribución de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria por grupo de edad.....	60
Tabla 2: Distribución de mamoplastia de simetrización según la localización de la mama.....	61
Tabla 3: Distribución de las pacientes de acuerdo al tiempo quirúrgico de la simetrización mamaria en relación a la técnica de reconstrucción mamaria.	61
Tabla 4: Distribución de técnicas de mamoplastia de simetrización en relación a la clasificación morfológica de la mama contralateral.....	62
Tabla 5: Distribución de técnicas de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria según técnicas de reconstrucción mamaria.....	62
Tabla 6: Distribución de las complicaciones presentadas.....	63
Tabla 7: Distribución de grado de satisfacción general de mamoplastia de simetrización según la técnica de reconstrucción mamaria realizada.....	63
Tabla 8: Distribución de grado de satisfacción general de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria por rango de edad.....	64
Tabla 9: Distribución de grado de satisfacción de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria de acuerdo a características resultantes.....	65

LISTA DE GRÁFICOS.

Gráfico 1: Distribución del grado de satisfacción general de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria, de acuerdo a sus características resultantes.....	65
--	----

RESUMEN

La mamoplastia de simetrización postreconstrucción tras mastectomía por cáncer es aproximadamente del 1% en nuestro medio; sin embargo el Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” no tiene una estadística exacta de la misma. El desconocimiento de las técnicas de simetrización mamaria merman a las pacientes, la posibilidad de recuperar la armonía del contorno torácico femenino, autoestima y femineidad perdida, influyendo en su calidad de vida.

OBJETIVO: Describir las técnicas de mamoplastia de simetrización empleadas para corrección de la asimetría contralateral en mujeres con reconstrucción mamaria unilateral previa.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, retrospectivo en 26 mujeres con antecedente de reconstrucción mamaria unilateral intervenidas por mamoplastia de simetrización en el Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” de Guayaquil, desde 01 de enero al 31 de diciembre del 2014.

RESULTADOS: La edad promedio de las mujeres incluidas fue 50 años. El 76,9% de las reconstrucciones ameritaron simetrización simultánea sin complicaciones. La mastopexia fue la técnica de simetrización más usada (61,6%). El grado de satisfacción postmamoplastia de simetrización fue del 63,9% de acuerdo a la forma, tamaño, simetría, posición del CAP y calidad de cicatrices resultantes.

CONCLUSIÓN: La mamoplastia aumentativa, reductiva y/o mastopexia como técnicas de simetrización mamaria son seguras y satisfactorias para corregir la asimetría evidente ocasionada tras la neomama reconstruida.

RECOMEDACIÓN: Informar a toda mujer mastectomizada, la necesidad de corregir la asimetría mamaria como fase reconstructiva y, además, realizar estudios futuros entre los diferentes tipos de reconstrucción y su influencia en los resultados de la mamoplastia de simetrización.

PALABRAS CLAVES: Mamoplastia de simetrización, asimetría mamaria, corrección mamaria contralateral, reconstrucción mamaria.

ABSTRACT

Post-mastectomy breast reconstruction due to cancer, in Ecuador, has increased. However, there isn't exact statistics of symmetrization mammoplasty in the "Teodoro Maldonado Carbo" Hospital. The lack of knowledge about breast symmetrization's techniques, reduces the possibility to get back harmony to the female thoracic contour, lost self-esteem and femininity which will improve the quality of life.

OBJECTIVE: To describe breast symmetrization techniques for contralateral breast asymmetry, in women with previous unilateral breast reconstruction.

METHODS: A descriptive, retrospective study in 26 women with history of unilateral breast reconstruction to whom were performed a correction of the contralateral asymmetry at the "Teodoro Maldonado Carbo" Hospital, in Guayaquil, from January 1st to December 31st 2014.

RESULTS: Average age of the group was 50 years. 76,9% of reconstructions merited simultaneous symmetrization with no complications. Mastopexy was the most used symmetrization technique (61,6%). The degree of post-symmetrization's satisfaction was 63,9% according to the shape, size, symmetry, NAC position and scars.

CONCLUSION: Breast augmentation, reduction mammoplasty and/or mastopexy are safe and successful symmetrization techniques to correct an evident asymmetry caused by the reconstructed one.

RECOMMEDATION: To inform to every mastectomized women, the need to correct the contralateral assymetry and also, to investigate the influence of other breast reconstruction techniques on the symmetrization mammoplasty's results.

KEY WORDS: Breast symmetrization, contralateral breast asymmetry, contralateral breast correction, breast reconstruction.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCION DEL TEMA.

La estadística de mamoplastia de simetrización como parte de la reconstrucción mamaria, en nuestro medio es incierta. Hasta el presente, no se ha realizado un estudio determinante sobre los porcentajes reales de las mujeres que se someten a reconstrucción y/o simetrización mamaria tras cáncer, en el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil.

Actualmente, la incidencia de neoplasias mamarias ha aumentado en Ecuador, presentándose en 35,8 por cada 100.000 individuos, siendo la segunda causa de muerte en mujeres según la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA) en el cual establece que hasta el 2007 en la ciudad de Guayaquil, el cáncer de mama representa el 19% y menos del 1% corresponde a hombres (Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo", 2008).

Existen otros datos de SOLCA., donde se registra anualmente que hasta el 2006, aproximadamente solo el 2% de las pacientes fueron sometidas a reconstrucción mamaria por mastectomía (SOLCA, 2012), la cual es ínfima comparada con la estadística internacional como la de EEUU donde reporta que este porcentaje alcanza alrededor del 17% (Chalen, 2012).

De éstas pacientes reconstruidas, menos del 1% conocen la fase de simetrización de la mama contralateral (SOLCA, 2012) (Chalen, 2012), la cual es tan importante para mejorar morfología mamaria en su totalidad, añadiendo aún más, una mejoría en la calidad de vida con su pareja y en su entorno social.

Este porcentaje es bajo, a pesar de que fue tomado de un hospital oncológico de importancia en la ciudad de Guayaquil. En el hospital sede de estudio, no existe un dato fidedigno de este procedimiento quirúrgico por lo que surge el interés de ejecutar una tesis con el fin de identificar las técnicas de

simetrización mamaria usadas en mujeres con antecedente de reconstrucción mamaria unilateral postmastectomía por cáncer.

Este trabajo se basó en la descripción de las técnicas de mamoplastia de simetrización para corregir la asimetría contralateral como una de las partes de las fases que integran la reconstrucción mamaria posterior a mastectomía por cáncer.

Para cumplir con el objetivo planteado, se realizó una recopilación de toda la información pertinente generada en los expedientes clínicos de las pacientes con las características descritas anteriormente obtenida de la base de datos del Hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, de la ciudad de Guayaquil, bajo criterios de inclusión y exclusión que definieron la muestra final a estudiar.

Asimismo, como parte de la investigación, se realizó una encuesta verbal a cada paciente incluida para valorar el grado de satisfacción de acuerdo a su percepción de los resultados finales tras la simetrización mamaria. Todos los datos recolectados fueron tabulados y agrupados con el programa Excel, el mismo que nos facilitó a realizar las tablas y gráficos necesarios para representar luego los resultados del trabajo.

La falta de orientación sobre la posibilidad de simetrizar la mama contralateral a las mujeres reconstruidas posterior al cáncer, genera cierto grado de inconformidad en todo el contexto de la reconstrucción ya que la armonía natural del contorno torácico se ve distorsionada.

A menudo, la mama reconstruida, sea con tejidos autólogos como los colgajos, o con materiales sintéticos como los implantes mamarios, resulta visualmente más armonioso en cuanto a forma, volumen y posición, comparado con la mama contralateral, originando así una marcada asimetría. Esto trae como consecuencia una desigualdad notoria entre ambas mamas, afectando la autoestima y la satisfacción corporal femenina. En pacientes con una mama sana ptósica, hipertrófica o hipoplásica, no hay otra alternativa que recurrir a un procedimiento quirúrgico para que ésta alcance la simetría necesaria.

Actualmente, no existe una real concientización de las mujeres con reconstrucción mamaria unilateral por cáncer, sobre la fase de simetrización de la

mama contralateral, por tal motivo es necesario identificar las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas para corregir la asimetría e informar a las pacientes candidatas para la misma, los beneficios que éstas ofrecen.

La complejidad de los procedimientos implicados dentro de la simetrización mamaria como parte de la reconstrucción postmastectomía, exige una constante preparación y conocimiento por parte del cirujano encargado. Esta situación se hace difícil al existir diversos criterios de evaluación y ejecución de las técnicas. Este trabajo acerca de las opciones que se usaron, ofrece una visión general de ciertos factores que pueden influir en la elección de la técnica, la misma que debe ser individualizada con la finalidad de brindarle un motivo para elevar la autoestima y devolverle la feminidad perdida, a toda mujer que requiera la corrección de la asimetría contralateral en la reconstrucción mamaria por cáncer.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1. Objetivo General.

Describir las técnicas quirúrgicas de mamoplastia de simetrización empleadas para corrección de la asimetría de la mama contralateral en mujeres con reconstrucción mamaria unilateral previa atendidas en el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil durante el período 01 de Enero al 31 de diciembre del 2014.

2.2. Objetivos Específicos.

1. Identificar las técnicas quirúrgicas utilizadas para corregir la asimetría de la mama contralateral post-reconstrucción.
2. Establecer los tiempos quirúrgicos de la simetrización mamaria en relación a la técnica de reconstrucción mamaria.
3. Evaluar el grado de satisfacción de cada paciente tras la mamoplastia de simetrización.

CAPÍTULO III

MARCO TEÓRICO

3.1 RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POST-MASTECTOMÍA

La mama es uno de los órganos más importantes en la anatomía femenina, ya que es considerada como el símbolo de la femineidad. En la actualidad, este precepto ha cobrado importancia, sobre todo porque cualquier afectación de la misma sea benigna o maligna altera además el componente psicosocial de la mujer y su entorno.

La reconstrucción mamaria (RM) se la considera como parte del manejo integral del cáncer mamario, por lo que los protocolos vigentes en hospitales oncológicos la promueven como última etapa del tratamiento, una vez que la mujer se encuentre libre de enfermedad.

Se ha conceptualizado que el tratamiento de este tipo de cáncer no culmina hasta que sus mamas luzcan similares como antes de la enfermedad dependiendo de las exigencias de cada paciente y del cirujano encargado. Por este motivo, es que además de reconstruir la mama mutilada, se debe siempre complementar con la valoración de la contralateral y definir la necesidad de practicar una cirugía para simetrizarlas.

3.1.1. Historia.

En la antigüedad, el término de “*reconstrucción mamaria*” se lo censuraba al pensar que este procedimiento ocultaba un posible diagnóstico posterior de recidivas de la neoplasia (Pelay, Oroz, & Colás, 2005). Este pensamiento lo preconizaba Halsted, quien practicaba grandes cirugías mamarias mutilantes con el fin de erradicar la neoplasia (Shaw Bland, 1981).

La historia ha cambiado para siempre. El objetivo del tratamiento del cáncer mamario ya no se basa solo en su erradicación; sino trata de manera

integral a las pacientes y es aquí donde la Cirugía Plástica ha jugado un rol importante ofreciendo métodos reconstructivos que han evolucionado de manera rápida, pasando de procedimientos diferidos a cirugías de reconstrucción inmediata, de grandes resecciones cutáneas a cirugías conservadoras de piel y con incisiones mínimas.

El primer intento de RM fue por Vincent Czerny, cirujano alemán que en 1895 transplantó un lipoma resecado de la espalda al pecho mastectomizado de una mujer, considerándolo como el “padre de la cirugía estética mamaria”. Otros cirujanos innovaron métodos de RM como colgajos a distancia usando el músculo pectoral mayor, el Lattisimus dorsi y el recto anterior abdominal; y no es hasta 1963, que Cronin y Gerow introducen los implantes mamarios para reconstruir (Rozen, Rajkomar, Namrata, & Ashton, 2009).

En 1970, Mathes y Jhon Bostwick plantean el uso del colgajo miocutáneo del recto abdominal (TRAM) sobre lecho mastectomizado, popularizado por Hartrampf en 1982 (Rozen, Rajkomar, Namrata, & Ashton, 2009). A los 8 años posteriores de este evento, Holmström rota un colgajo fasciocutáneo del área toracodorsal lateral aledaña a la mastectomía para darle cobertura a un implante colocado debajo del músculo pectoral mayor, evidenciando además una mejor formación del surco submamario (Chevray, 2004). En 1978, el colgajo de Lattisimus dorsi también es usado por Schneider y Hill, para cubrir un implante (Losken & Jurkiewicz, 2002).

Radovan, en 1982, hizo un gran aporte al introducir el uso de un expansor tisular retropectoral con el fin de obtener espacio para poder alojar un implante en el bolsillo formado, en un segundo tiempo quirúrgico. En 1986, mediante técnicas de tatuaje se logra reproducir la areola al pigmentar con un color similar a la contralateral sobre la cúspide de la mama reconstruida (Hu & Alderman, 2007).

La búsqueda de nuevas técnicas reconstructivas mamarias ha ocasionado que los procedimientos microquirúrgicos sean introducidos en esta práctica, disminuyendo ciertos riesgos y complicaciones, sin mermar los óptimos resultados que manos entrenadas pueden brindar.

A mediados de los años 80, se detalló el uso de colgajo *TRAM* libre, con lo cual minimiza el uso de todo el recto anterior del abdomen. En Japón, Koshima describió un colgajo dermograso a expensas de las perforantes provenientes del músculo recto anterior, el cual a través de microcirugía, no es necesario sacrificar dicho músculo (Keller, 2013). En 1993, Dr. Robert Allen transfirió tejido dermograso de la parte inferior del abdomen a manera del colgajo de abdominoplastia sin tener que movilizar el músculo abdominal (Keller, 2013).

Grotting describió en 1994, el colgajo *SIEA* en el cual no es necesario usar el músculo recto anterior del abdomen, ni incidir la fascia para identificar la arteria, aunque tiene la desventaja de que es de un calibre menor comparado con los demás colgajos (Chevray, 2004) (Rozen, Rajkomar, Namrata, & Ashton, 2009).

En estos días, se menciona con frecuencia el término “*cirugía oncoplástica mamaria*” definido como todo procedimiento reconstructivo inmediato de defectos tras una mastectomía parcial (Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades, 2012). En 1994, Werner Audretsch fue el primero en usar este término cuyo objetivo va destinado a lograr la resección tumoral con márgenes satisfactorios en el tratamiento conservador del cáncer de mama, intentando así minimizar las deformidades potenciales y obtener los mejores resultados estéticos posibles (Perez Cerdeira, 2013), es decir preservar la “*estética mamaria*” manteniendo siempre el control oncológico de la enfermedad.

Con este concepto dado, es necesario recalcar que la reconstrucción mamaria no es un procedimiento de cirugía estética, aunque en determinados casos como en la fase de mamoplastia de simetrización se usen ciertos principios y técnicas de ella, su objetivo principal es de restituir una mama lo más parecida a la contralateral.

Respecto a las técnicas para simetrizar la mama contralateral, se resume en tres objetivos: aumentar, reducir y/o levantar la mama según las características presentes en la evaluación. En la historia de la cirugía mamaria, se data el primer intento de mamoplastia de aumento desde el año 1899, cuando Gersuny inyectó parafina para dar mayor volumen. A partir de esta época, han existido diversos

materiales para cumplir con el objetivo hasta que en 1962, se emplearon los implantes mamarios, los mismos que a través del tiempo han sufrido modificaciones para evitar las complicaciones propias de este dispositivo (Chiriboga, 2011) (Escamilla, 2014).

Lexer, en 1919, reporta la transferencia de tejido graso para aumento mamario (Negrete, Barba, & Audelo, 2014). En 1972, Troques empleó por primera vez la vía axilar para introducir un implante mamario mediante visión directa pero no es hasta la década de los 80 que en Atlanta, se relata el uso del endoscopio (Mendoça, Montag, & Gemperli, 2014). A partir de 1950, diferentes autores relatan el uso de colgajos grasos, dermoglandulares locales y/o del músculo pectoral para el aumento mamario (Hinderer, 2003). En el año 2000, Munhoz describe el plano subfascial (Mendoça, Montag, & Gemperli, 2014)

La mamoplastia de reducción y/o mastopexia también han evolucionado. En 1840, Cooper describe la importancia de la conservación de la vascularización de los pedículos dermoglandulares para la seguridad y viabilidad de los mismos. Se han realizado múltiples estudios donde recalcan este concepto fundamental en las técnicas de reducción y de pexia mamaria (Hinderer, 2003). Otro punto importante a considerar es la preservación de la inervación del CAP, por lo cual se crearon técnicas basadas en estos dos principios, tales como la de Beisenberger (1928), Schwarzmán (1930) y Strombeck (1960) (Coiffman, 2014) .

A partir de estos dos objetivos, se idearon otras técnicas. En 1963, Skoog, emplea un pedículo dermoglandular superolateral para permitir la rotación del CAP a su neolocalización que fue modificado en 1982 por D'Assumpção al otorgarle mayor grosor y anchura del colgajo (Coiffman, 2014).

Se han publicado un sinnúmero de trabajos respecto a este tema, como el de Arie-Pitanguy en 1962, detallando del uso del pedículo dérmico superior (Espinosa, 2004). En 1961, Dufourmentel empleó un pedículo oblicuo inferior y McKissock en 1972, refiere la seguridad del colgajo dermoglandular vertical bipediculado (Coiffman, 2014). En la década de los noventa, Santana presentó una modificación de la técnica descrita por Pitanguy y se publicó el uso de mamoplastia vertical junto a liposucción mamaria preconizada por Lejour

(Espinosa, 2004). Con el fin de sintetizar las técnicas de acuerdo al pedículo vascular, Ribeiro en el año 2009, estableció una clasificación de cinco tipos diferentes (Ribeiro, 2009).

Al ser la simetría y la forma, dos condiciones esenciales en toda cirugía mamaria para considerar una técnica como satisfactoria, se debe planificar preoperatoriamente la misma, por lo que inicialmente el diseño se basaba en formas geométricas como triángulos, círculos o elipses, tal como lo describieron Bames (1948), Gaultier (1955) y Da Silva (1963) (Bisbal, 2003). En 1956, Wise planteó el uso de un patrón preformado adaptable a las características de la mama que luego en 1960, fue modificado por Strömbeck (Hinderer, 2003).

Los objetivos de la *RM* es restaurar el volumen y la forma de la mama de manera permanente con adecuada cobertura cutánea, crear un balance y simetría entre ambas mamas, descartar el uso de prótesis externas que crean un bulto y principalmente, brindar una opción reconstructiva que permita naturalidad y armonía, recuperando el sentimiento de femineidad que las mamas por sí solas, representan (González, 2014).

3.1.2. Indicaciones y contraindicaciones.

Aunque la elección de cada técnica reconstructiva tiene su indicación dependiendo de las características del lecho de la mastectomía, es necesario tener presente que la opción de recrear una mama está indicada en toda mujer que presente pérdida parcial o total de la(s) mama(s), que se encuentre libre de enfermedad y que su estadificación oncológica permita un proceso reconstructivo seguro, siendo éstos según los oncólogos: estadios 0, I, II y hasta los clasificados como IIIA (Gil Deza & Gercovich, 2014).

Dentro de las contraindicaciones tenemos (Chalen, 2012):

- La falta de consentimiento del procedimiento por la paciente.
- Trastornos psicológicos y/o psiquiátricos que incapaciten a la paciente a tomar la decisión.

- Presencia de carcinoma mamario tipo inflamatorio, el cual se lo cataloga como un T4D.
- Enfermedades concomitantes que pongan en riesgo la vida de la paciente como coagulopatías severas o no controladas; o que puedan provocar complicaciones anestésicas.

El tema de la *RM* en mujeres diagnosticadas con cáncer en etapas avanzadas es muy controversial, al existir grupos en pro de mejorar la calidad de vida de ellas y que si con algún procedimiento reconstructivo cumple con este objetivo, pues podría ser una opción válida para realizarlo. Por otro lado, está la contraparte que defiende que no es prudente someter a estas mujeres a una agresión quirúrgica que puede dar un resultado totalmente contrario. Lo que si está fundamentado es que la decisión será siempre individualizada, valorando riesgo/beneficio de cada paciente.

3.1.3. Ventajas y desventajas.

Las ventajas y desventajas de la *RM* dependen de la técnica empleada (tejidos autólogos o materiales sintéticos como expansores y/o implantes mamarios), del momento de reconstrucción y de las condiciones de cada paciente.

Dentro de las ventajas se considera que esta alternativa otorga a la mujer la posibilidad de sentirse completa nuevamente y le devuelve la autoestima, favoreciendo las relaciones interpersonales con su pareja o su entorno sociofamiliar.

Como desventajas, es que para lograr un resultado satisfactorio, se requiere efectuar más de un procedimiento en distintos tiempos. Asimismo, al ser una intervención quirúrgica, no está libre de complicaciones ni riesgos para la mujer, pero estos disminuirían considerablemente al hacer una exhaustiva valoración y exámenes prequirúrgicos (Yang, Lee, Chung, Cho, & Jung, 2010).

3.1.4. Fases de reconstrucción mamaria.

La *RM* es un proceso integral y multidisciplinario, que comprende varias fases. Es necesario antes de la descripción de las mismas, detallar brevemente la

anatomía por la importancia que tienen las diferentes estructuras y la vascularización, en el momento de realizar alguna técnica para corregir la asimetría de la mama contralateral.

3.1.4.1. Fundamentos anatómicos de la mama.

Las glándulas mamarias son una parte importante en el cuerpo de una mujer al ser un símbolo que proyecta femineidad absoluta. Éstas tienen funciones tanto estéticas, sexuales y funcionales; al considerarlas como componente de belleza en la mujer, al ser una zona altamente erógena y al tener participación durante la producción de leche, respectivamente.

3.1.4.1.1. Anatomía mamaria.

Considerando su anatomía, las mamas como estructuras de forma redondeada o cónica, se encuentran en el tórax anterior constituidas por piel que incluye complejo areola-pezón (CAP), tejido celular subcutáneo, parénquima glandular que yacen sobre la fascia del músculo pectoral mayor. Tienen como límites: superior, a nivel de la segunda costilla; inferior, a nivel de la sexta costilla; medial, línea paraesternal; y lateral, línea axilar anterior aunque en el cuadrante superoexterno existe una prolongación de tejido mamario llamada “*cola de Spence*” (Tulio Roa & Bohórquez, 2014).

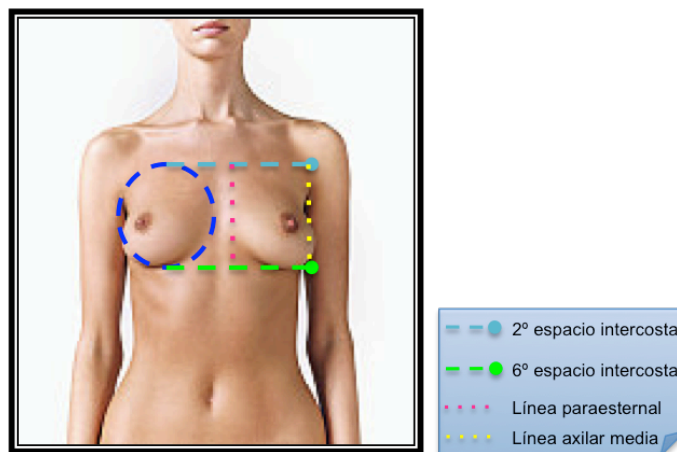


Ilustración 1- Límites normales de la mama.
Tomada de (Tulio Roa & Bohórquez, 2014).

La base o diámetro horizontal mide aproximadamente 20 a 26 cm (media de 12 a 14 cm); mientras que la altura o diámetro vertical es alrededor de 12 a 15

cm. La posición del complejo areola-pezón (CAP) se considera normal entre el 4° y 6° espacio intercostal y debe mantener una distancia desde la fosa supraesternal de 17 a 18 cm aunque según Bisbal se considera normal hasta 21 cm (Bisbal Piazuelo, Gómez García, & Fidalgo Rodriguez, 2003). La distancia entre los 2 pezones debe estar entre 20 a 21 cm, y la distancia desde el ombligo se considera entre 24 a 25 cm (Tulio Roa & Bohórquez, 2014).

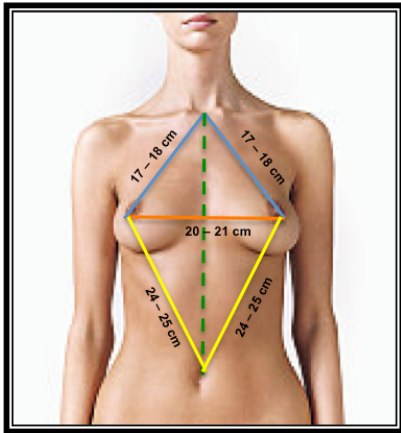


Ilustración 2- Medidas antropométricas de la mama.
Tomada de (Tulio Roa & Bohórquez, 2014).

La *piel* o “*continente*” es fina y elástica. Contiene anexos cutáneos excepto a nivel del CAP donde el color (varía entre el rosado y diversas tonalidades parduscas), la textura, el grosor y la estructura es diferente.

El CAP comprende la *areola* de forma redonda cuyo diámetro oscila entre 2 a 6 cm y el *pezón* que es el punto más prominente de la mama situado normalmente a nivel del 4° espacio intercostal en todo el centro de la areola, conformado por abundantes terminaciones nerviosas, carece de folículos pilosos y es donde desembocan de 12 a 20 conductos galactóforos (Bisbal Piazuelo, Gómez García, & Fidalgo Rodriguez, 2003).

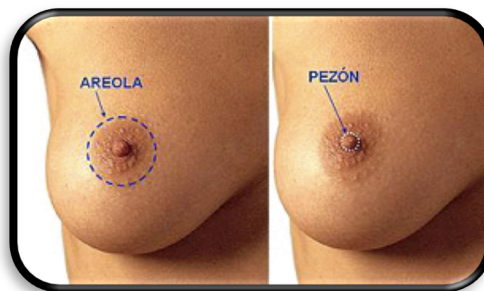


Ilustración 3- Ilustración de complejo areola-pezón.
Tomada de (Tulio Roa & Bohórquez, 2014).

El *parénquima glandular* o “*contenido*” pesa normalmente alrededor de 200 a 300 g; aunque varía de acuerdo a la edad y al estado en que se encuentre la mujer; es decir al nacimiento pesa de 3 a 6 g, durante el embarazo puede llegar a tener un peso entre 400 a 600 g, y durante la lactancia de 600 a 800 g. Su composición es mixta ya que presenta tejido glandular y tejido graso que según raza y edad va a predominar uno u otro, dando la característica étnica y/o genética de cada persona (Bisbal Piazuelo, Gómez García, & Fidalgo Rodríguez, 2003).

Todo el contenido glandular está suspendido a la dermis cutánea y a la fascia pectoral por los “*ligamentos de Cooper*”, entre los cuales se depositan tejido fibroglandular denominándose las “*crestas de Duret*”. Este conjunto de estructuras le sirve como soporte y a la vez fijación durante el movimiento de la mama (Georgiade, Georgiade, & Riefkohl, 1994).

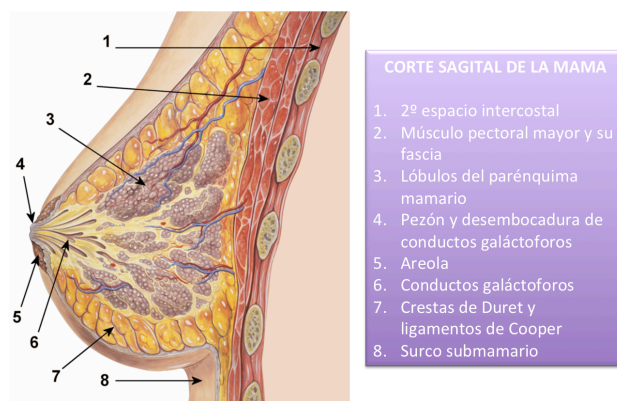


Ilustración 4- Estructuras de la glándula mamaria. Tomada de (Bisbal Piazuelo, Gómez García, & Fidalgo Rodríguez, 2003).

El “*surco o pliegue submamario*” o “*surco inframamario*” (SIM) es una estructura firme y no móvil que divide la cavidad torácica de la abdominal. Corresponde a la estrecha fusión de las fascias de 2 músculos: pectoral mayor y recto anterior abdominal, ésta última, al entrar a la pared torácica se separa en 2, las mismas que se replegan, una hacia delante cubriendo la parte anterior de la mama, denominándose “*lamela anterior*”; y la otra se dirige hacia atrás de la glándula formando la “*lamela posterior*” que se continua junto a la fascia del pectoral mayor formando un espacio donde se deposita un tejido areolar laxo llamado “*bolsa retromamaria de Chassaignac*” (Tulio Roa & Bohórquez, 2014).

3.1.4.1.2. Irrigación sanguínea.

La mama contempla una buena vascularización arterial y un adecuado drenaje venoso que acompaña en el recorrido de las arterias. El parénquima se nutre por 3 arterias principales (Georgiade, Georgiade, & Riefkohl, 1994)(Tulio Roa & Bohórquez, 2014)(Bisbal Piazuelo, Gómez García, & Fidalgo Rodriguez, 2003):

1. Arteria mamaria interna o torácica interna: Rama de la arteria subclavia. Vasculariza primordialmente a los cuadrantes internos.
2. Arteria mamaria externa o torácica lateral: Rama de la arteria axilar. Irriga las regiones laterales, principalmente al cuadrante supero externo.
3. Arterias intercostales (III a VI): Ramas de la arteria aorta torácica. Irriga los cuadrantes inferiores de la glándula.

Existen otras arterias que aportan vascularización en menor grado, tales como: A. Pectoral (rama de la A. Toracoacromial), A. Mamaria externa (R. De Torácica Lateral), A. Torácica superior (r. de la axilar) y A. toracodorsal (r. de la axilar y subescapular).

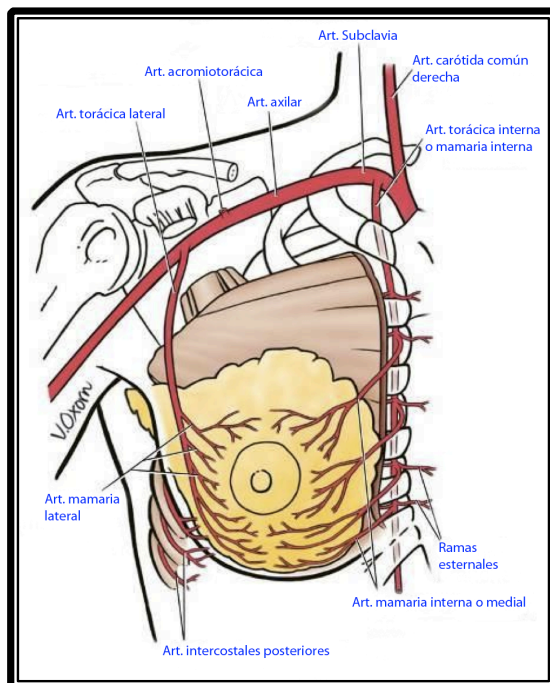


Ilustración 5 - Irrigación arterial de la mama.
Tomada de (Agur & Dalley, Arterial Supply of Breast, 2013).

El sistema venoso está dado por 2 plexos importantes (Georgiade, Georgiade, & Riefkohl, 1994):

- *Plexo Venoso Superficial:*

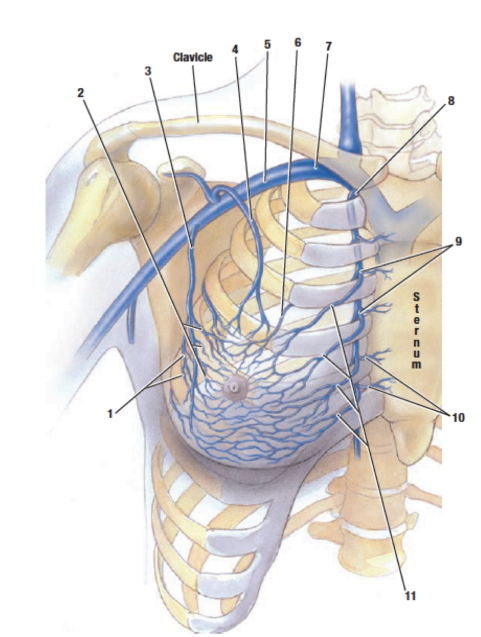
- ✓ V. Longitudinales: Región infraclavicular.
- ✓ V. Transversas: Región axilar
- ✓ Red venosa circular de Haller: Región subareolar

- Drenan a:
- V. costo-axilares
 - V. toracoepigástrica
 - V. mamaria interna
 - V. superficiales del cuello
 - V. cefálica

- *Plexo Venoso Profundo:*

- ✓ Red anastomótica del parénquima mamario

- Drena a:
- V. Mamaria interna
 - V. intercostales
 - V. Torácica lateral



1. R. mamaria lateral de V. Intercostales posteriores
2. R. mamaria lateral de V. Torácica lateral
3. V. Torácica lateral
4. R. Pectoral de V. Acromiotorácica
5. V. Axilar
6. R. Mamaria de V. Intercostal anterior
7. V. Subclavia
8. V. Torácica interna
9. Ramas perforantes
10. Ramas esternales
11. V. Mamaria interna

Ilustración 6 - Drenaje venoso de la mama.
Tomada de (Agur & Dalley, Arterial Supply of Breast, 2013)

3.1.4.1.3. Inervación de la mama.

Al ser un órgano multifuncional, la mama tiene la particularidad de contar con inervación somatosensorial cutánea e inervación motora autónoma. Esta última es la responsable de la contracción del CAP. El parénquima está inervado

básicamente por 3 grupos (Bisbal Piazuolo, Gómez García, & Fidalgo Rodriguez, 2003):

ZONA	INERVADO POR:
ANTERIOR	Originarias de los n. intercostales III al IV.
LATERAL	Proveniente de los n. intercostales III al VI.
SUPERIOR	Originario del plexo cervical.

Ilustración 7: Inervación de la mama por zonas.
Tomada de (Mezquita, 2003).

El complejo telo-areolar tiene la particularidad de ser inervado por el IV nervio intercostal lateral, lo que ayuda con la contracción de los músculos areolar y mamilar ocasionando la erección del pezón. Es de importancia ya que puede ser lesionado provocando la pérdida de la función motora y sensitiva del CAP. (Tulio Roa & Bohórquez, 2014)

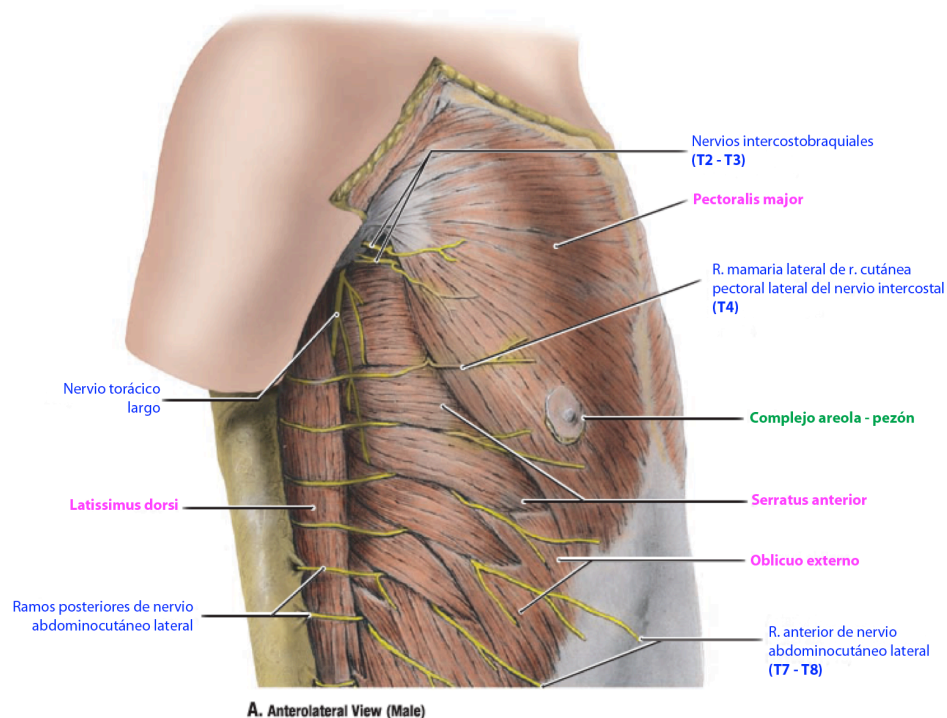


Ilustración 8 - Inervación de la mama.
Tomada de (Agur & Dalley, Arterial Supply of Breast, 2013).

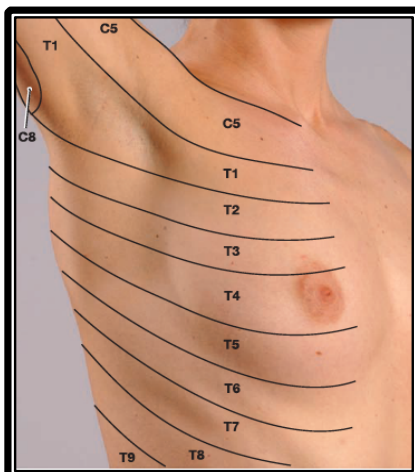


Ilustración 9 - Inervación según dermatomas de la mama.
Tomada de (Agur & Dalley, Arterial Supply of Breast, 2013).

3.1.4.1.4. Drenaje linfático mamario.

El sistema linfático es de especial interés ya que estos son afectados en las neoplasias, acarreando la necesidad de la extirpación total de los mismos; lo que en la mayoría de los casos causa una deformidad del hueco axilar y la pared lateral torácica. Anatómicamente, se divide en 3 grupos (Bisbal Piazuolo, Gómez García, & Fidalgo Rodriguez, 2003):

- *Drenaje cutáneo superficial:*

ZONA	DRENA A:
SUPERIOR	Ganglios axilares.
MEDIO	Ganglios axilares y mama contralateral.
INFERIOR	Ganglios axilares.
INFERO-MEDIAL	Región epigástrica > a ganglios subdiafragmáticos y subperitoneales > a ganglios intraabdominales y perihepáticos.

- *Drenaje del complejo areola-pezones (Plexo Subareolar de Sappey):*

ZONA	DRENA A:
CAP	Ganglios pectorales anteriores > a ganglios axilares anteriores.

- *Drenaje del parénquima mamario:*

ZONA	DRENA A:
SUPERO-LATERAL (Plexo perilobular)	Ganglios axilares anteriores > a ganglios Axilares centrales > a ganglios Infraclaviculares o a ganglios Subescapulares.
PLEXO RETROAREOLAR	Ganglios interpectorales (Rotter) > a ganglios axilares profundos > a ganglios infraclaviculares.
MEDIAL	Ganglios mamarios internos > a ganglios mediastinales.
INFERIOR	Ganglios subdiafragmáticos > a ganglios intraabdominales y perihepáticos.
INFERO-MEDIAL	Región epigástrica > a ganglios subdiafragmáticos y subperitoneales > a ganglios intraabdominales y perihepáticos.

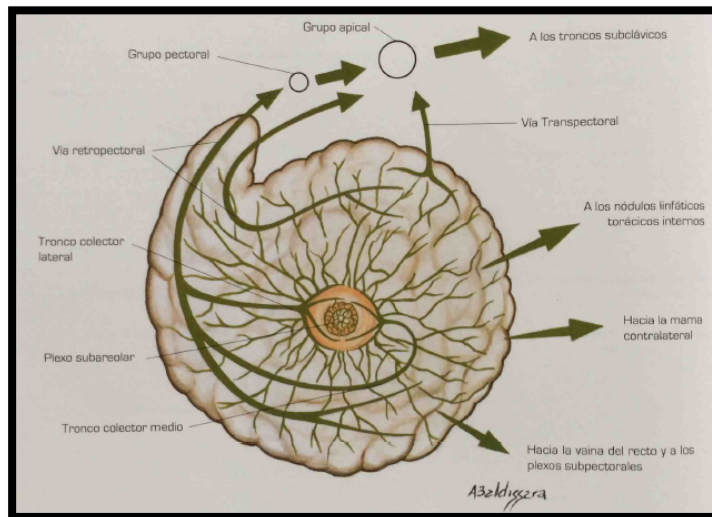


Ilustración 10 -
Drenaje linfático
de la mama.
Tomada de
(Ribeiro, 2009).

3.1.4.1.5. Estructura muscular adyacente

La glándula mamaria en su posición anatómica mantiene íntimas relaciones con 4 músculos (Bisbal Piazuolo, Gómez García, & Fidalgo Rodriguez, 2003) (Tulio Roa & Bohórquez, 2014):

- ***Pectoral Mayor:*** Localizado inmediatamente por detrás de la mama, separado de ella por la fascia pectoral y la bolsa de Chassaignac.
- ***Serrato Mayor:*** Se mantiene en contacto con la glándula, por su cara inferolateral

- **Oblicuo Externo:** Mantiene relación junto al serrato mayor interdigitándose.
- **Recto anterior del abdomen:** Se relaciona a nivel del cuadrante inferointerno.

- a) Pectoral mayor
- b) Serrato mayor
- c) Oblicuo externo
- d) Recto anterior del abdomen

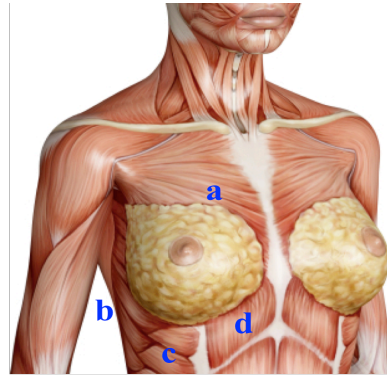


Ilustración 11 - Musculatura Adyacente de la Mama.
Tomada de (Bisbal Piazuelo, Gómez García, & Fidalgo Rodriguez, 2003)

Una vez que se domine la anatomía de la mama, las diferentes fases que integra la reconstrucción mamaria serán mejor comprendidas en cuanto a indicaciones de las técnicas, las posibles complicaciones y la resolución de las mismas.

Es imprescindible destacar que la mama reconstruida siempre será recreada en función a la mama contralateral; pero si esta última ha sufrido los cambios morfológicos correspondientes a la edad, gravedad, gestaciones, períodos de lactancia, cambios constantes de peso corporal, entre otras; es preciso plantearse la necesidad de corrección de la misma dependiendo de las características (ptosis, hipomastia, hipertrofia mamaria o gigantomastia) en el momento de la reconstrucción.

Después de la mastectomía, se debe considerar las siguientes fases reconstructivas:

- a) Restauración del volumen mamario.
- b) Reconstrucción de áreola y pezón.
- c) Cirugías complementarias:

- Mamoplastia de simetrización o corrección de la asimetría mamaria contralateral.
- Remodelación del contorno de la mama reconstruída, pared torácica lateral y del hueco axilar post-linfadenectomía.

3.1.4.2. Restauración del volumen mamario.

La primera fase es moldear un montículo que simule una mama de contorno redondeado y cónica. La técnica a usar dependerá de las características del lecho postmastectomía: 1) calidad y grosor de colgajos cutáneos que el cirujano oncólogo dejó, 2) si la piel estuvo expuesta a radiación, 3) localización de cicatrices y 4) la edad, el deseo de la paciente y experiencia del cirujano (Castelló Fortet, 2012).

La reconstrucción mamaria se la clasifica según el tiempo reconstructivo y según la técnica quirúrgica:

3.1.4.2.1. Según tiempo reconstructivo

- *RM inmediata*: Cuando se realiza en el mismo tiempo quirúrgico que la mastectomía; es decir después de extirpar el tumor, inmediatamente se reconstruye.
- *RM diferida o tardía*: Cuando se realiza en un segundo tiempo quirúrgico diferente a la mastectomía, una vez que haya cedido el período de inflamación y cicatrización normal de los tejidos del lecho mastectomizado.

	RM INMEDIATA	RM DIFERIDA
Ventajas	✓ Una sola intervención quirúrgica.	✓ No necesita equipo multidisciplinar.
	✓ Menor impacto psicológico.	✓ Permite mejor planificación pre-operatoria.
	✓ Mejor resultado estético.	
	✓ Mayor preservación cutánea.	
	✓ Mayor seguridad oncológica.	
	✓ Menor costo.	

	RM INMEDIATA	RM DIFERIDA
Desventajas	✗ Aumenta el tiempo quirúrgico.	✗ Resultado estético poco satisfactorio.
	✗ Exige equipo multidisciplinar.	✗ Mayor costo al requerir mas de un tiempo quirúrgico.
	✗ Limitación para planificación.	✗ Mayor repercusión psicológica.

Ilustración 12 - Ventajas y desventajas de la R.M. según el tiempo quirúrgico. Tomada de (Castelló Fortet, 2012)

3.1.4.2.2. Según la técnica quirúrgica

Se clasifica en tres grupos (Castelló Fortet, 2012):

- *RM con tejidos autólogos:* microquirúrgicos y no microquirúrgicos.
- *RM con materiales aloplásticos:* expansores tisulares, implantes mamarios, expansor/prótesis definitiva.
- *RM combinada:* tejido autólogo con expansor tisular, tejido autólogo con implante mamario.

De manera general, se detallan las ventajas y desventajas de la reconstrucción mamaria:

	RM AUTÓLOGA	RM NO AUTÓLOGA
Ventajas	✓ Mejor resultado estético de acuerdo a volumen, cobertura y textura.	✓ Menor tiempo quirúrgico.
	✓ Resultados reconstructivos más duraderos.	✓ Técnica menos demandante.
	✓ Menor necesidad de corrección de asimetría contralateral.	
	✓ No altera inicio de tratamientos adyuvantes.	
	✓ Menor costo.	

	RM AUTÓLOGA	RM NO AUTÓLOGA
Desventajas	✗ Mayor tiempo quirúrgico.	✗ Dos tiempos quirúrgicos.
	✗ Técnica quirúrgica más demandante.	✗ Resultados reconstructivos menos duraderos.
	✗ Se requiere entrenamiento en microcirugía.	✗ Puede postponer inicio de tratamientos adyuvantes.
		✗ Mayor costo
		✗ Mayor posibilidad de complicaciones: contractura capsular, explantación del implante precoz.

Ilustración 13 - Ventajas y desventajas de la RM.
Tomada de (Castelló Fortet, 2012)

a) RM con tejido autólogo.

Cuando se emplean tejidos sanos y bien vascularizados que son propios de la paciente para recrear el volumen. Pueden ser:

- ✓ No microquirúrgico (pediculados locales y/o a distancia) (Chang, 2012): colgajo **TRAM** y el **VRAM**.

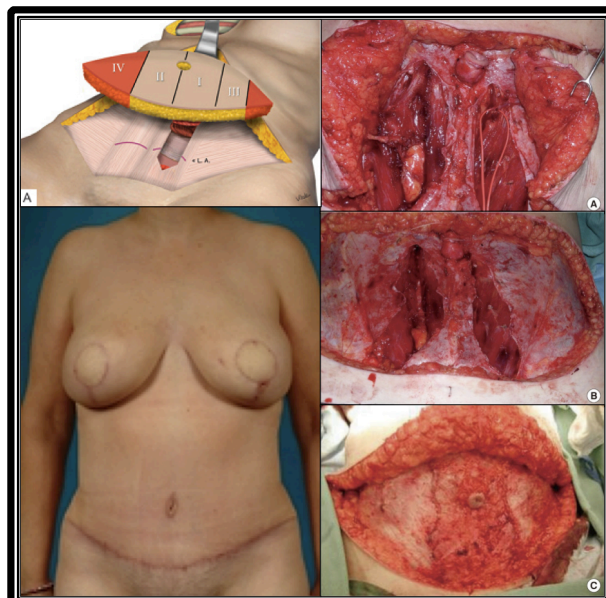


Ilustración 14 - Colgajo TRAM bilateral.
Tomada de (Chang, 2012).

- ✓ Microquirúrgico o libre (Gabka & Bohmert, 2008): colgajo **TRAM**, **VRAM**, **DIEP**, **SIEA**, **SGAP**, **IGAP**, **TUG**.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
✓ Menor morbilidad	✗ Requiere técnicas de magnificación o microquirúrgicas
✓ Mayor volumen	
✓ Mejor tolerancia a los tratamientos adyuvantes	✗ Requiere alta experiencia microquirúrgica
✓ Varios sitios donantes a elegir (abdomen, muslo, espalda, glúteo)	

Ilustración 15 - Ventajas y desventajas de la RM con tejido autólogo microquirúrgico.

Tomada de (Castelló Fortet, 2012)

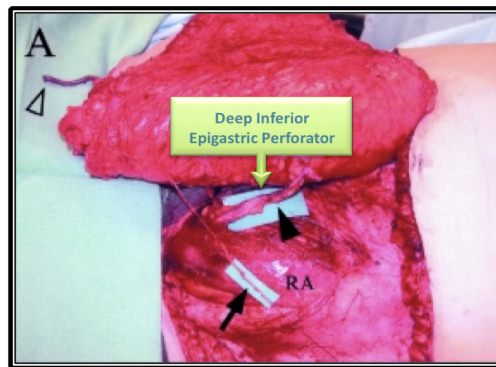


Ilustración 16- Colgajo DIEP.

Tomada de (Gabka & Bohmert, 2008)

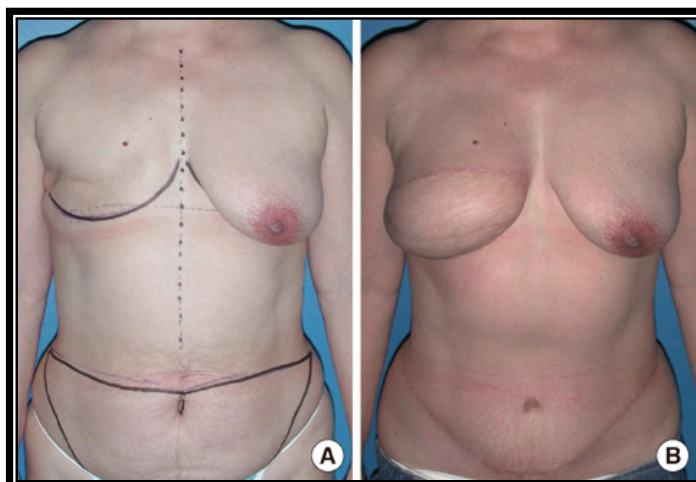


Ilustración 17 - RM con colgajo microquirúrgico DIEP.

Tomada de (Castelló Fortet, 2012)

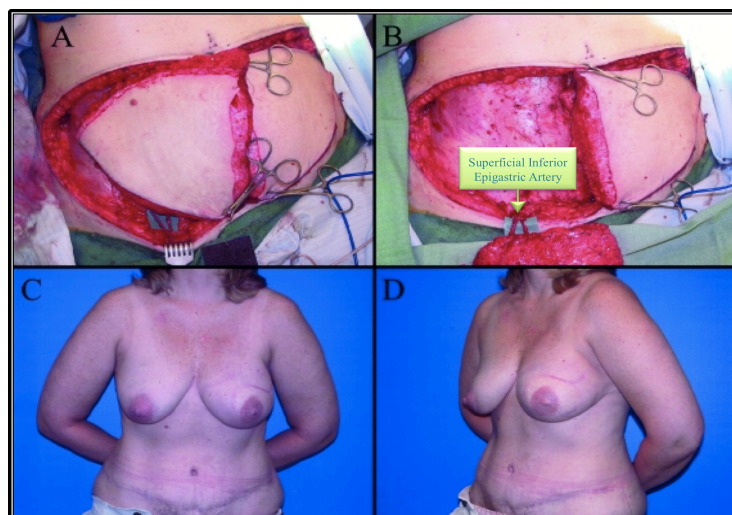


Ilustración 18- Colgajo SIEA.
Tomada de (Chevray, 2004)

b) RM con materiales aloplásticos o sintéticos.

Cuando se usan materiales que no son propios del cuerpo de la paciente, tales como los implantes mamarios y los expansores tisulares (Rozen, Rajkomar, Namrata, & Ashton, 2009).

Estos dispositivos son colocados bajo el músculo pectoral mayor para dar volumen. Los expansores son usados cuando la piel de la zona mastectomizada no es lo suficientemente capaz de mantener un implante por sí sola debido a las retracción cutánea posterior a radioterapia y es necesario realizar expansiones progresivas al insuflarlo en varias sesiones hasta obtener el volumen planificado; para luego retirarlo y cambiarlo por una prótesis definitiva (Pelay, Oroz, & Colás, 2005).

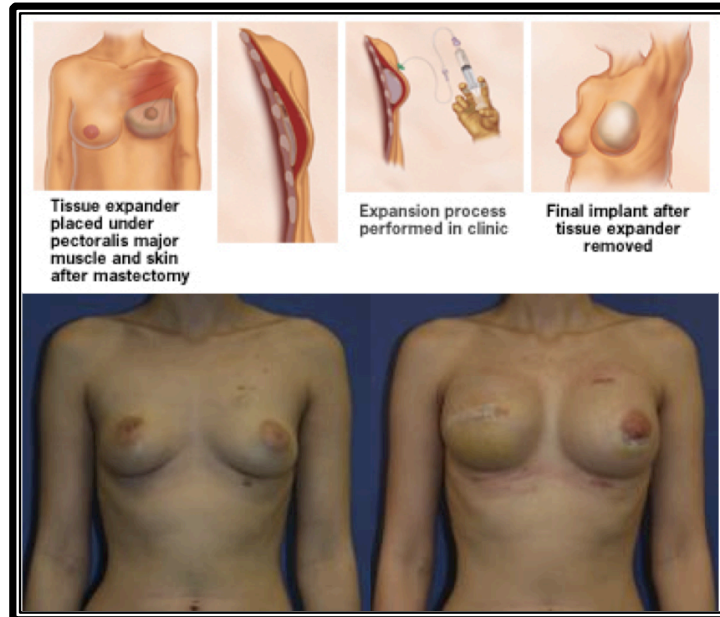


Ilustración 19 - Reconstrucción mamaria mediante colocación retropectoral de expansor tisular y posterior cambio a prótesis definitiva.
Tomada de (Pelay, Oroz, & Colás, 2005)

Se ha descrito también un expansor/implante definitivo, el mismo que una vez finalizado el proceso de expansión, se retira solo la válvula y queda a manera de implante sin requerir otra cirugía para su cambio (Cordeiro & McCarthy, 2006).

c) RM combinada con tejido autólogo y materiales sintéticos.

Cuando se combina el uso de colgajos sean pediculados o libres junto a implantes mamarios para dar volumen a la neomama. Se han descrito:

- *Colgajo del Latissimus dorsi* (Gray, 2008).
- *Colgajo fasciocutáneo toracodorsal lateral de Holmström* (Holmström & Lossing, 1986): Es una alternativa quirúrgica muy adaptable para reconstruir mamas de tamaño pequeño a moderado al aportar tejidos blandos y siempre es usada en conjunto con una prótesis retropectoral para dar un volumen adecuado ya que por sí sola no logra aportarlo (Carriquiry, Seoane, Ayçaguer, & Londinsky, 2006).



Ilustración 20 - RM con colgajo fasciocutáneo toracodorsal lateral de Holmström.
Tomada de (Carriquiry, Seoane, Ayçaguer, & Londinsky, 2006).

- *Colgajo libre anterolateral del muslo* (Masià & Vives, Colgajo anterolateral del muslo: anatomía quirúrgica, técnica de disección y aplicaciones clínicas, 2006).

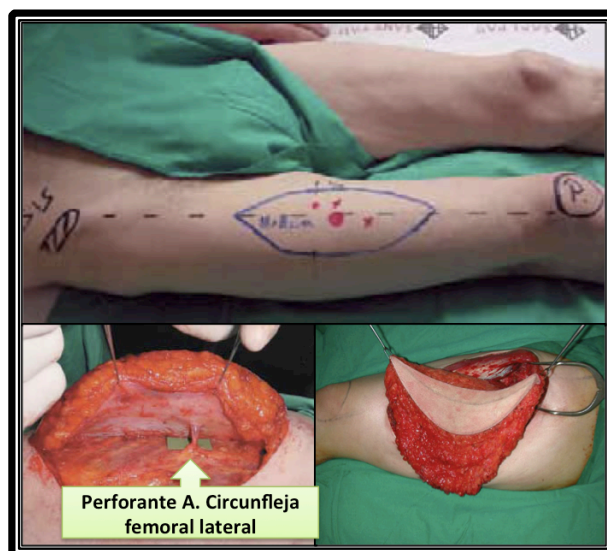


Ilustración 21 - Reconstrucción mamaria con colgajo perforante anterolateral de muslo.

Tomada de (Masià & Vives, Colgajo anterolateral del muslo: anatomía quirúrgica, técnica de disección y aplicaciones clínicas, 2006)

3.1.4.3. Reconstrucción del complejo areola y pezón.

Posterior a la obtención satisfactoria y a la estabilización de la forma y posición de la neomama, se realizará la segunda fase que consiste en reconstruir el complejo areola y pezón, puesto que las mujeres con RM presentan mayor grado de satisfacción después de realizar este procedimiento (Fernández, et al., 2007).

✓ Reconstrucción de areola: Existen 2 opciones para lograr este fin, mediante **injertos de piel total** obtenidos comúnmente de la cara interna del muslo, al tener una coloración mas oscura adaptable a la contralateral; y también mediante el **tatuaje**, el mismo que al mezclar pigmentos se obtiene el color preciso para recrear la areola a una altura que dependerá del otro CAP (Gabka & Bohmert, 2008).



Ilustración 22 - Tatuaje para reconstruir la areola.
Tomada de (Roldán, Lozano, & Oroz, 2005)

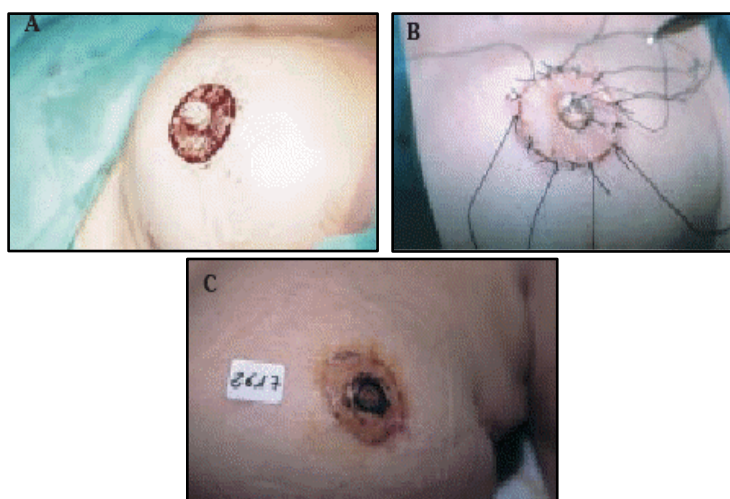


Ilustración 23 - Reconstrucción de areola mediante injerto de piel total de cara interna de muslo.
Tomada de (Roldán, Lozano, & Oroz, 2005)

✓ Reconstrucción del pezón: Los objetivos son: 1) otorgar proyección del pezón a largo plazo, ya que tiende a retraerse por la cicatrización y al ceder el edema; y 2) dar la mayor semejanza posible al otro (Jury, Pizarro, Sepúlveda, & Flores, 2005). Entre las alternativas quirúrgicas están:

- Trasplante del pezón opuesto o pezón contralateral compartido.

- Reconstrucción mediante colgajos locales: Hay múltiples técnicas pero las más usadas son:

- *Colgajo estrella* o “*star flap*” (Roldán, Lozano, & Oroz, 2005).
- *Colgajo tipo C-V* (Yüksel & Çeloköz, 2003).
- *Colgajo en raya* o “*skate flap*” (Di Lamartine, et al., 2013).

Existen otros tipos de colgajos descritos en la literatura tales como (Chun & Orgill, 2013):

- Colgajo tipo campana o “bell flap”.
- Colgajo en cola de delfín.
- Doble colgajo opuesto.
- Colgajo en espiral.
- Colgajo tipo trapecio.
- Autotransplante del CAP preservado temporalmente en la zona inguinal (Ahmed, Hahn, Hage, Bleiker, & Woerdeman, 2011)

3.2. CIRUGÍAS COMPLEMENTARIAS EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Toda mama sufre cambios morfológicos tales como, pérdida de elasticidad cutánea, atrofia de la grasa perimamaria que disminuye el grosor cutáneo, elongación de los ligamentos de sostén, entre otras. Todas estas variaciones dependen de la edad, transiciones fluctuantes de peso, embarazos o de afecciones de origen hormonal, genético y/o endocrinológico.

Cuando una mama ha sido reconstruida independientemente de la técnica, ésta permanece visualmente con mejor aspecto y forma que la contralateral, ocasionando una asimetría notoria entre ambas, restándole armonía al tórax femenino. Esto se resuelve mediante:

- a. Mamoplastia de simetrización o corrección de la asimetría de la mama contralateral.

- b. Remodelación del contorno de la mama reconstruida, pared torácica lateral y el hueco axilar.

3.2.1. Mamoplastia de simetrización o corrección de asimetría mamaria contralateral.

El término de “*mamoplastia de simetrización*” se define como la corrección de la asimetría mamaria contralateral (Nahabedian, 2008). La armonía es el principal objetivo a cumplir para obtener la satisfacción de la mujer, y para esto, muchas veces es imprescindible realizar algún tipo de procedimiento a mama sana para corregir la desigualdad evidente.

Se han descrito algunas técnicas cuya elección va a depender de las características de la mama contralateral en base a su forma, volumen (tamaño) y posición del complejo areola-pezón respecto al surco inframamario, lo cual nos indica la presencia o no de ptosis. En otras palabras, si la mama es hipoplásica, hipertrófica y si es ptósica o no, por este motivo es imprescindible conocer la anatomía pertinente. Además, la técnica de mastectomía y reconstrucción empleada también influye en la elección del procedimiento de corrección de la asimetría contralateral (Yang, Lee, Chung, Cho, & Jung, 2010) (Persichetti, et al., 2012).

La decisión de realizar cualquier procedimiento en la mama contralateral está determinada por la discrepancia en el volumen/contorno que ocasiona asimetría y por el deseo y expectativas de la paciente, siempre y cuando no haya alguna evidencia de tumor. Cuando estos parámetros no se cumplen o cuando la paciente sea de alto riesgo, se valorará la posibilidad de no intervenir (Nahabedian, 2008).

Es importante destacar que las expectativas de cada persona varían de acuerdo a su criterio personal y que de esto va a depender el mayor o menor grado de satisfacción de los resultados obtenidos. Se entiende como “satisfacción” a la valoración subjetiva y cognitiva que realiza una persona, según la calidad de vida, las expectativas, aspiraciones y a los objetivos obtenidos (Cabrera, et al., 2006).

Se han realizado estudios de satisfacción personal según la edad donde describe que “las expectativas y aspiraciones de las personas mas jóvenes y la importancia que para ellas tienen el mejorar, el crecer y la consecución de otros objetivos en sus vidas, tiene un papel importante en la satisfacción general con la vida, mientras que los de mayor edad parecen tener pocas expectativas” (Clemente, Molero, & González, 2000). Esto probablemente se debe a que las usuarias jóvenes toman en cuenta la imagen corporal como parte fundamental para su desarrollo interpersonal (social, familiar y como pareja) y profesional.

3.2.1.1. Mamoplastia de aumento

La *hipotrofia/hipoplasia mamaria* o *hipomastia* está representada por mamas de volúmenes menores a 200 cc. Generalmente, se inclina a reconstruir mamas de volúmenes que oscilan entre 200 a 300 cc y cuando es menor, se plantea un aumento de ésta mediante colocación de implantes, sea retromamario o retropectoral (Koller & Gärner, 2010). La elección del bolsillo donde va alojado el implante, depende de la cantidad de la glándula y de grasa perimamaria.

Los implantes mamarios actuales han sido perfeccionados a través del tiempo y adaptados según la necesidad de cada paciente, contando así con diferentes tipos de los mismos según (Sastré & Sastré, 2014):

- Composición: silicona o de solución salina.
- Forma: Anatómico o redondo
- Tamaño: Determinado según características de la mama (base, altura y proyección) y resultado que se quiere obtener.
- Textura: Liso, texturizado, microtexturizado o de poliuretano.

En general, se valorará la mama contralateral conjuntamente con los deseos de la paciente para decidir que volumen es el preciso para ella. Una vez elegido, se tomará en cuenta la vía de abordaje del implante que pueden ser (Escamilla, 2014):

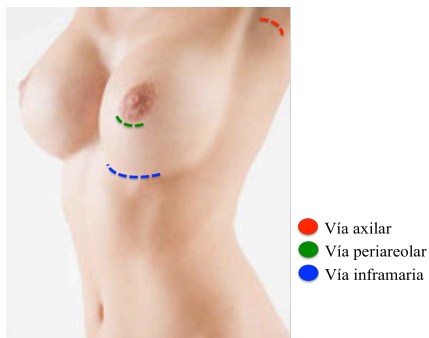


Ilustración 24 - Tipos de incisiones en mamoplastia de aumento.
Tomada de (Sastré & Sastré, 2014).

- ✓ **Periareolar:** La ventaja de ésta es que queda oculta alrededor del pezón y permite una buena cicatrización al seguir las líneas de tensión mínima.
- ✓ **Inframamaria:** Es una vía de acceso muy útil para implantes de medianos a grandes volúmenes, no altera sensibilidad del CAP, no se secciona la glándula transversalmente y la cicatriz queda camuflada en el surco submamario; pero al ser en el punto de transición de la mama y la pared abdominal anterior, debe considerarse la posibilidad de dehiscencia de sutura y extrusión protésica si no se cierran los planos correctamente.



Ilustración 25 - Aumento mamario con implante a través de incisión en surco submamario.
Tomada de (Sastré & Sastré, 2014)

- ✓ **Axilar:** Usada cuando no se desea incisiones antes descritas o cuando la areola es muy pequeña.

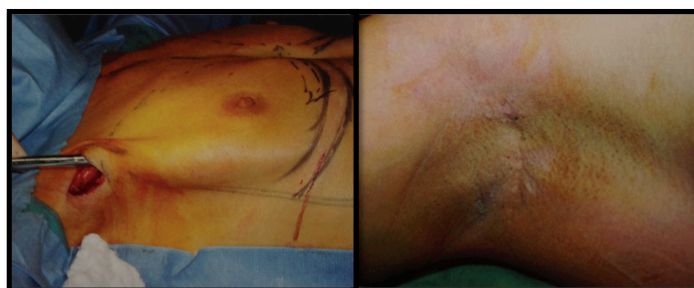


Ilustración 26 - Vía axilar para aumento mamario.
Tomada de (Sastré & Sastré, 2014)

Cuando no solo presenta hipomastia, sino además ptosis mamaria, es obligación del cirujano valorar la combinación del implante junto a la técnica de mastopexia; sea por vía periareolar (indicada para mamas pequeñas), circunvertical o a través de una incisión tipo T invertida (Gabka C. , 2008).

Actualmente, se ha descrito algunos planos de disección del bolsillo, como retroglándular, submuscular o subpectoral, subfascial (debajo de la fascia del pectoral mayor) y plano dual (Vallarta, Ruiz, & Guerrero, 2014).

Dentro de las complicaciones contempladas en la literatura médica en toda cirugía mamaria, la que ocupa el primer lugar es el hematoma, seguida de seroma y contractura capsular periprotésica que se clasificará según Baker en 4 grados.

Grado	Características
I	Mama blanda y parece natural.
II	Mama algo firme pero parece normal.
III	Mama firme, dura con distorsión visible.
IV	Mama firme, gran distorsión y dolorosa a la palpación.

Ilustración 27 - Clasificación de contractura periprotésica según Baker.
Tomada de (Steiert, Boyce, & Sorg, 2013).

Otras son dehiscencia de sutura, extrusión del implante, infección del sitio quirúrgico, asimetría de CAP, mal diseño del bolsillo, entre otras (Sastré & Sastré, 2014).



Ilustración 28 - RM con colgajo Latissimus dorsi y prótesis definitiva +
Simetrización con mastopexia aumentativa con implante.
Tomada de (Gabka C. , 2008)

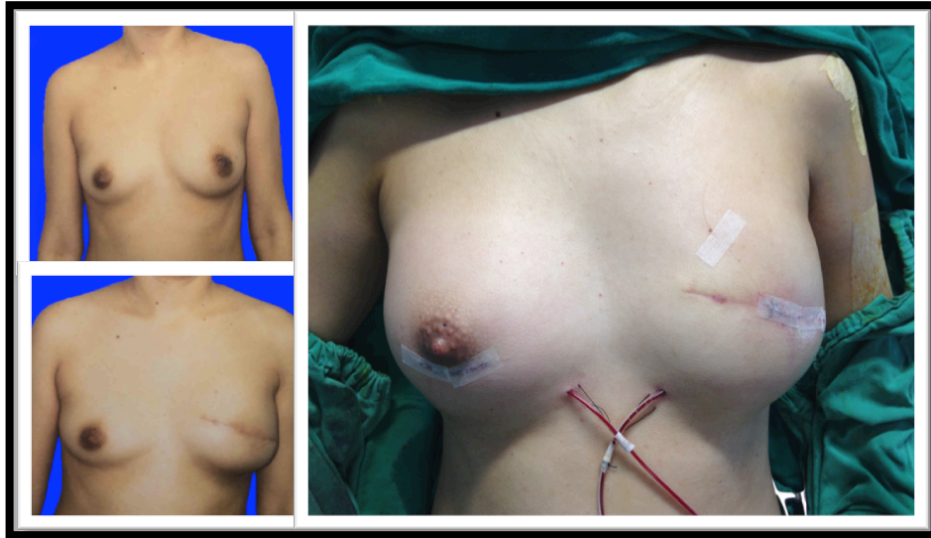


Ilustración 29 - RM con expansor tisular de 350 cc redondo y liso, válvula remota. 2º tiempo: Cambio de expansor a prótesis definitiva redonda, de perfil alto de 315 cc + Simetrización contralateral con mastoplastia de aumento (prótesis de perfil alto, microtexturizada de 220 cc).

Cortesía de Dr. Diego Guevara Vivero.

3.2.1.2. Mamoplastia de reducción

Cuando la mama opuesta tiene un volumen mayor a 300 cc, se la considera como hipertrofica. Esta hipertrofia mamaria puede catalogarse como leve (300 a 400cc), moderada (400 a 500 cc) y severa o gigantomastia (>500 cc) (Nahabedian, 2008).

La técnica escogida dependerá del patrón de resección cutánea y del pedículo que va a nutrir el complejo telo-areolar. En estos casos, se debe contemplar los parámetros de indicación para realizar la corrección de la asimetría presente. Se debe valorar las características de ambas mamas en cuanto a forma, volumen, posición del complejo telo-areolar y la calidad de la piel que recubre el tejido mamario. Es necesario preguntar a la paciente el deseo del resultado final para así decidir cuanto tejido se debe resear.

Los tres diseños básicos de resección de piel excedente son periareolar, vertical y en T invertida y se planifican de acuerdo al grado de hipertrofia mamaria. Actualmente, existen variantes como el patrón en “J”, en “L” o en coma, siendo así (Berrocal, Hipertrofia mamaria, 2014):

Patrón de resección cutánea	Indicación
Periareolar	✓ Hipertrofia mamaria leve (300-400 cc)
Patrón vertical	✓ Hipertrofia mamaria moderada (400-500 cc) con buena elasticidad de piel
Patrón en T invertida	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipertrofia mamaria severa (>500 cc) con base de implantación ancha ✓ Hipertrofia moderada con ptosis y piel muy laxa ✓ Gigantomastia (> 600 cc)
<i>Variantes:</i> Patrón en J, en L, en coma	✓ Hipertrofia mamaria moderada a severa (>400 cc) con base de implantación angosta

Ilustración 30 – Indicaciones de mamoplastia de reducción de acuerdo al patrón de resección cutánea y sus indicaciones.
Tomada de (Berrocal, Hipertrofia mamaria, 2014).

- **Patrón Periareolar:** Descrita por Hinderer en 1969; la misma que a través de los años tuvo varias modificaciones por diferentes autores. En 1990, Benelli incorporó a esta técnica, la fijación de la glándula a la fascia pectoral, resección cuneiforme de la glándula (cuando fuere necesario para disminuir volumen), y la sutura dérmica en “bolsa de tabaco” para evitar la expansión circunareolar (Coiffman, 2014).

Usualmente es empleada para hipertrofia mamaria leve, con poca laxitud cutánea y con poca ptosis. Se diseña tomando en cuenta la proyección anterior del surco submamario (punto A) y la maniobra bidigital para el cierre sin tensión posterior; quedando como resultado final una marcación circular alrededor del CAP.

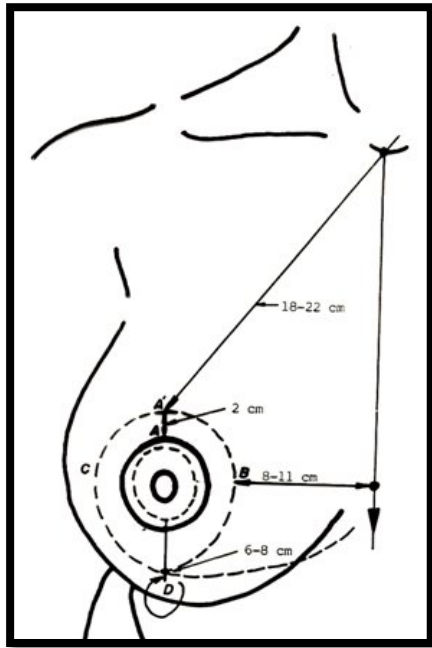


Ilustración 31 – Diseño de Mamoplastia Reductiva con patrón periareolar.
Tomada de (León & Cairos, 2008)

- **Patrón Vertical:** Descrita por primera vez por Dartigues en 1925. Tuvo múltiples modificaciones; de las cuales, las mas renombradas por sus aportaciones son: 1) la asociación del *colgajo de pedículo superior* para trasponer el CAP, publicado por Lassus, en 1970; y 2) la incorporación de la *liposucción mamaria* por Madeleine Lejour (Coiffman, 2014).

Existen varias maneras para diseñar la marcación del patrón vertical. La técnica usada en este estudio es la descrita por Planas (Planas, Reduction mammoplasty: Technical details, 1988). Siempre con la paciente en posición supina, se procede a:

- Definir las líneas: medioesternal, axilar anterior, meridianos mamarios (línea medioclavicular que desciende y atraviesa el centro del pezón) y el surco inframamario.
- Reflejar el SIM para indicar el punto A. Se considera que la posición de éste dependerá de la altura de la mujer y debe estar entre 18 a 22 cm de la horquilla esternal (Berrocal, Hipertrofia mamaria, 2014).
- Marcar una circunferencia a partir del punto A, donde se reubicará el CAP.
- Delimitar las marcaciones lateral y medial que corresponderán a los pilares de resección glandular. La unión de estas líneas con la circunferencia creada para el nuevo CAP, se denominarán como punto B-C.

Es importante señalar que la distancia de la porción vertical de este patrón no debe ser mayor a 8 cm desde el borde inferior del CAP al surco inframamario, para evitar la “*pseudoptosis mamaria*” al ceder todo el contenido glandular hacia el polo inferior rotando el complejo telo-areolar hacia arriba lo que ocasionará que quede en una posición muy alta (Berrocal, Hipertrofia mamaria, 2014).

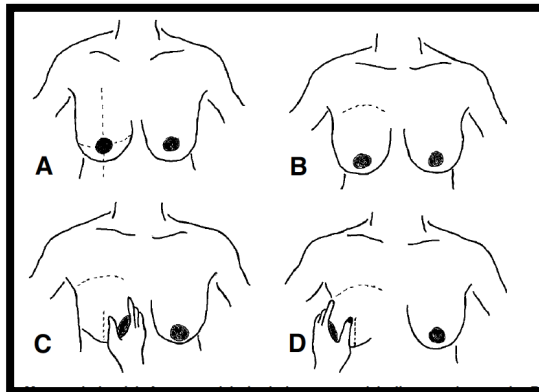


Ilustración 32 - Marcación de punto B-C en el patrón vertical. Tomada de (Iribarren, 2003).

- Señalar un punto a 2 cm por encima del surco submamario, límite donde las marcaciones lateral y medial se unirán formando una “V” o algo mas redondeado como una “U”. Este punto es importante para que la cicatriz vertical no sobrepase el surco ni lo altere.

Una vez ajustada la marcación final, bajo anestesia general se realizará el procedimiento de reducción con la paciente en posición sentada para brindarle la caída natural a las mamas. En el transoperatorio, se realiza (Planas, Reducción Mamaria: Conceptos Básicos, Técnica Personal y Resultados Lejanos, 2003):

- Infiltración intraglandular y de líneas de marcación subareolar de una solución hemostática preparada con solución salina y adrenalina para obtener efecto vasoconstrictor.
- Delimitación del diámetro del CAP con ayuda del areolótomo.
- Incisión y desepitelización peri y subareolar según maniobra de Schwarzmann.
- Liberación y profundización de colgajos dermoglandulares laterales manteniendo grosor del colgajo cutáneo como mínimo de 1 cm para no

comprometer la vascularización del mismo hasta plano aponeurótico pectoral.

- Disección en sentido craneal retromamario hasta región subclavicular.
- Fabricación del pedículo inferior en forma de cuña, el cual se valorará su uso como “pedículo de relleno” para mejorar el contorno mamario superior, si el caso lo amerita.
- Trasposición del CAP hacia el punto A y unión de los puntos B-C para cerrar la circunferencia del nuevo complejo.
- Colocación de dren aspirativo.
- Cierre de los pilares dermoglandulares laterales después de evaluar la necesidad de usar el pedículo de relleno que será fijado a músculo pectoral (si se decide no usarlo, este será descartado). Síntesis en 2 planos con puntos invertidos a nivel dérmico y otro plano final con una sutura intradérmica continua.
- Colocación de vendaje semicompresivo dando la forma cónica de cada una de las mamas. Esto ayudará a mantener la forma nueva de las mamas durante la fase de cicatrización y retracción de los tejidos.

Las complicaciones descritas de este procedimiento, son similares a cualquier otra cirugía mamaria, siendo éstas: seroma, hematoma, cicatrización inestética y/o patológica (hipertrofica, queloidea, ensanchada), alteraciones temporales de la sensibilidad a nivel del CAP, epidermolisis de la areola, necrosis parcial o total de CAP (Berrocal, Hipertrofia mamaria, 2014). Esta última complicación es mínima en la técnica descrita por la seguridad vascular que el diseño brinda al complejo (Planas, Reducción Mamaria: Conceptos Básicos, Técnica Personal y Resultados Lejanos, 2003).



Ilustración 33 – RM con colgajo Latissimus dorsi e implante retropectoral + Simetrización contralateral con mastoplastia de reducción.
Tomada de (Nahabedian, 2008)

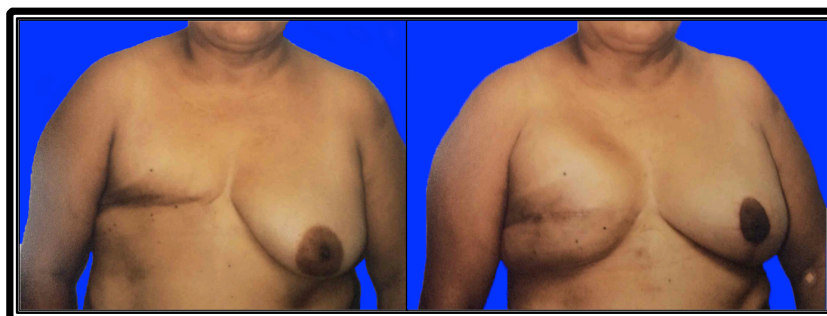


Ilustración 34 – RM con expansor tisular de 500 cc redondo y liso, de válvula remota + Simetrización contralateral con mastoplastia de reducción (patrón vertical).
Cortesía de Dr. Diego Guevara Vivero.

- **Patrón en T invertida o de Wise:** Descrita por primera vez por Lexer en 1921. A lo largo del tiempo, varios autores publicaron modificaciones basadas en los diferentes pedículos que nutre el CAP (Coiffman, 2014). Con el fin de

simplificar, Ribeiro divulgó en 2009, una clasificación en 5 tipos de pedículos, según la vascularización y forma de los colgajos; teniendo así (Ribeiro, 2009):

TIPO DE PEDICULO	DESCRIPCIÓN
I	Pedículo de base inferior
II	Pedículo de base superior
III	Pedículo de base triangular
IV	Pedículo de base elongada
V	Pedículo de base areolada

Ilustración 35 – Clasificación de colgajos en reducción mamaria según su pedículo de vascularización.

Tomada de (Ribeiro, 2009).

Según estudios realizados a lo largo del tiempo, el pedículo dermoglandular más seguro para no comprometer la vascularización del CAP, es el *superomedial*, ya que es competencia de los vasos mamarios internos (60% del aporte sanguíneo total) y de la torácica superior y lateral (30%); de los cuales los primeros son los de mayor calibre. Esto no significa que los demás pedículos no se deban emplear pero hay que tener cuidado en la elección de la paciente para usarlos (Berrocal, Diseño y anatomía de los colgajos y pedículos, 2014).

La técnica empleada en el grupo de pacientes de este estudio fue la descrita por Jaime Planas (Planas, Reduction mammoplasty: Technical details, 1988). El diseño de marcación con la paciente en posición vertical, se basa en 1/8 de circunferencia a partir del punto A (reflexión anterior del surco submamario), conjuntamente con la delimitación de los pedículos dermoglandulares laterales y el fuso horizontal a partir del surco submamario. Cabe recalcar que la cicatriz horizontal debe estar bien diseñada para que quede oculta a nivel del surco y ésta debe medir exactamente igual a la suma de la longitud de los pedículos laterales para evitar deformidades en “oreja de perro”. Respecto a la cicatriz vertical se recalca que la longitud máxima será de 8 cm para no producir a posteriori la “pseudoptosis” antes descrita (Planas, Reducción Mamaria: Conceptos Básicos, Técnica Personal y Resultados Lejanos, 2003).

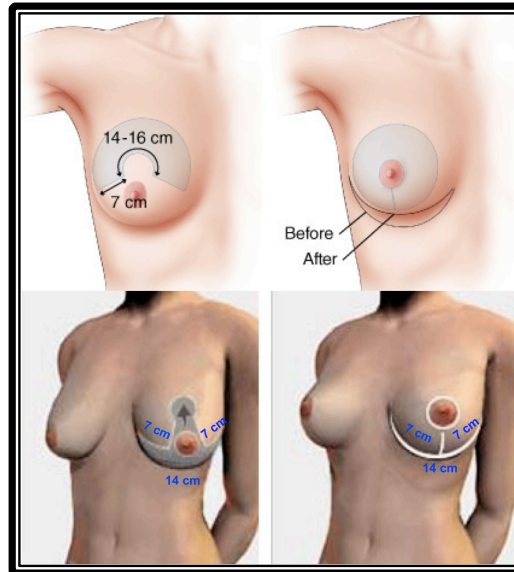


Ilustración 36 – Diseño de Mamoplastia Reductiva con patrón en T invertida.
Tomada de (De La Plaza & De La Cruz, 2014).

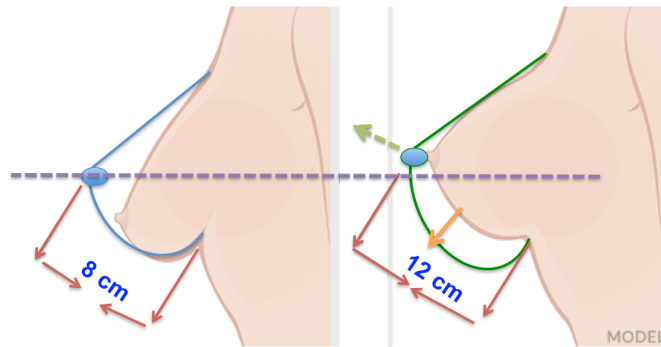


Ilustración 37 – Diagrama de pseudoptosis mamaria por cicatriz vertical mayor a 8 cm.

Tomada de (Planas, Reduction mammoplasty: Technical details, 1988).

Una vez realizada la marcación según el patrón de Wise, en el transoperatorio, con la paciente semisentada y bajo anestesia general, se realizan los siguientes pasos (Planas, Reduction mammoplasty: Technical details, 1988):

- Infiltración de solución hidrohemostática.
- Marcación de nueva areola con el areolótomo.
- Incisión sobre el diseño marcado.
- Desepitelización peri y subareolar según maniobra de Schwarzmann.
- Formación, liberación y profundización de colgajo dermoglandular inferior en forma de quilla o de cúpula gótica hasta plano supra-aponeurótico pectoral.

- Disección en sentido craneal retromamaria hasta el nivel de la tercera costilla creando un túnel de 10 cm de diámetro.
- Fabricación de colgajo medial para rotación del CAP, según Skoog.
- Rotación del CAP hacia el punto A y unión de los puntos B-C para cerrar la circunferencia del nuevo complejo. Síntesis periareolar en 2 planos.
- Síntesis de los colgajos dermoglandulares lateral en 2 planos, formando la cicatriz vertical.
- Valoración del uso del pedículo inferior para mejorar el contorno mamario superior a manera de “autoprótesis dermoglandular” (término empleado por Vogt en 1983), si el caso lo amerita. Si es necesario, se lo fija a nivel de la II o III costilla sobre la fascia pectoral. De lo contrario, será descartado.
- Colocación de dren aspirativo.
- Síntesis de cicatriz horizontal a nivel del surco submamario en 2 planos con material reabsorbibles.
- Colocación de vendaje semicompresivo.

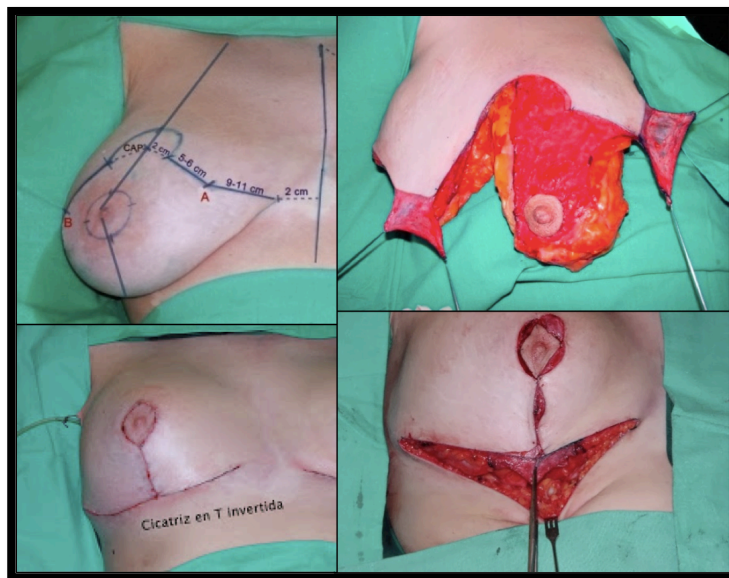


Ilustración 38 – Mamoplastia reductiva con patrón en T invertida.
Tomada de (De La Plaza & De La Cruz, 2014).

En la literatura médica, se han descrito complicaciones, tales como: seroma, hematoma, dehiscencia de cicatrices (sobretudo en zonas suturadas a tensión), necrosis parcial o total de CAP y/o bordes de colgajos dermoglandulares,

pliegues de rotación en extremos de la cicatriz horizontal, cicatrices inestéticas, infección de sitio quirúrgico y “pseudoptosis” debido a basculación de polo inferior mamario por cicatriz vertical larga (De La Plaza & De La Cruz, 2014).

Existen algunas variantes de esta alternativa: *patrón en “J”, en “L”, en coma*. Todas con el objetivo de disminuir al máximo las cicatrices extensas en mamas hipertróficas moderadas a severas (gigantomastia), al eliminar el segmento medial del patrón en T invertida, sin restar los excelentes resultados estéticos (Berrocal, Hipertrofia mamaria, 2014).

Dentro de las complicaciones, se describen las mismas de cualquier otra cirugía mamaria; pero además, resección cutánea insuficiente por lo que se recalca que estos últimos procedimientos serán indicados cuando la piel de la mama tenga buena calidad de retracción y no sea flácida (Chaves, 2014).

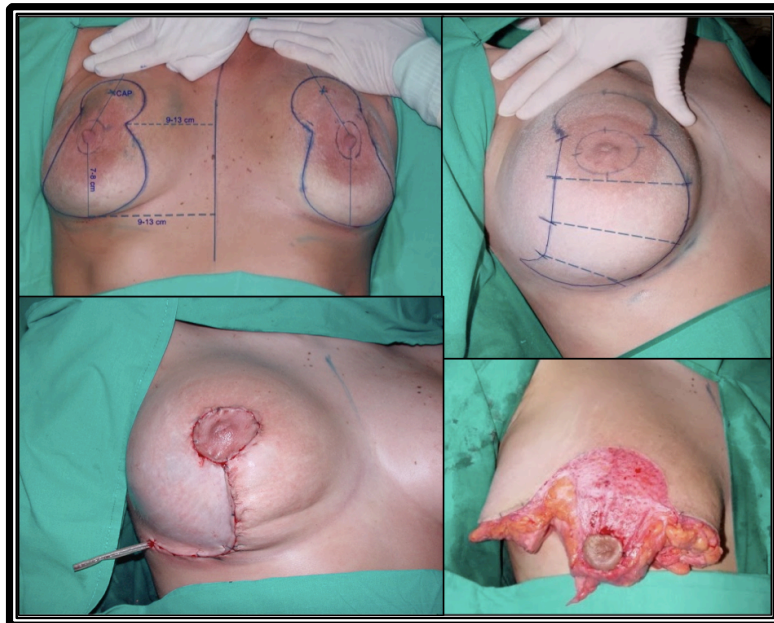


Ilustración 39 – Mamoplastia de reducción con patrón en “L”.
Tomada de (Chaves, 2014).

3.2.1.3. Mastopexia

Es un método para reacomodar los tejidos mamaros a su posición original cuando han sido afectados por cambios internos y externos. Es usada en mamas con descenso del contenido glandular y el CAP por debajo del surco submamario. La evaluación de estas características junto a la calidad de la piel a través de la

prueba de pinzamiento o “pinch test” propuesta por Tebbets, para determinar si es mayor o menor a 2 cm; ayudarán a elegir la mejor técnica de elevación mamaria en cada paciente (Berrocal, Ptosis mamaria: Mastopexia, 2014).

Para establecer la técnica con mejor precisión, se han propuesto múltiples sistemas de clasificación de la ptosis mamaria, pero la más empleada es la descrita por Regnault, en 1976, con la cual valora la posición del complejo telo-areolar en relación con el surco inframamario, teniendo así (Bisbal, 2003):

Grado de ptosis	Características	Opción quirúrgica
0 (Pseudoptosis)	CAP por encima de surco submamario, con polo superior vacío, contenido glandular dispuesto en cuadrantes inferiores.	Mastopexia con colocación de prótesis.
I (Leve)	CAP desciende un través de dedo por debajo del surco inframamario, a < 2 cm.	Mastopexia con colocación de implante o combinado con elevación periareolar o con cicatriz vertical.
II (Moderada)	CAP desciende dos traveses de dedo por debajo del surco inframamario, entre 2 a 3 cm.	Mastopexia con cicatriz vertical.
III (Severa)	CAP desciende tres traveses de dedo por debajo del surco inframamario, a > 3 cm.	Mastopexia con cicatriz en T invertida.

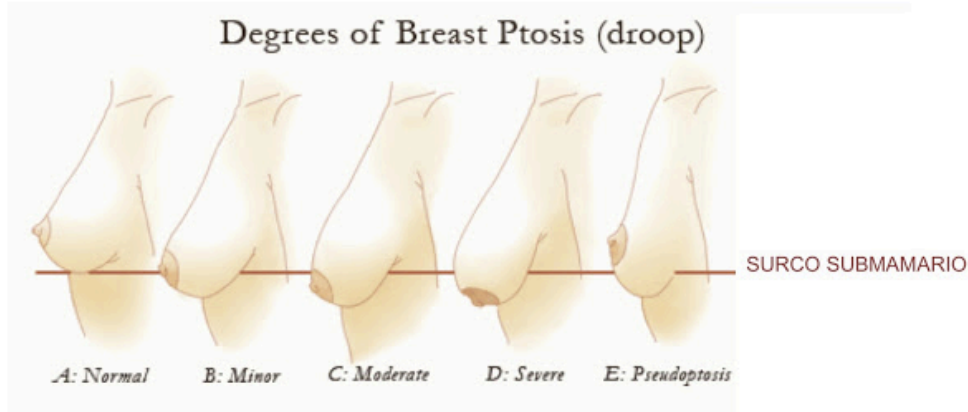


Ilustración 40 - Clasificación de Regnault para ptosis mamaria.
Tomada de (Berrocal, Ptosis mamaria: Mastopexia, 2014)

La importancia de la evaluación preoperatoria de la mama (calidad cutánea y su capacidad de retracción, prolongación mamaria axilar o cola de Spence, la distancia intermamaria y la existencia de cicatrices o de patologías mamarias

previas) orientará la técnica a usar, pero además, esta decisión se basará en los deseos y expectativas de la paciente para determinar el volumen mamario que desea tener para brindarle mayor satisfacción postoperatoria. Es fundamental explicar sobre la forma, el tamaño y la cicatriz que resultará del procedimiento. Asimismo, es imprescindible tener en cuenta todos los factores de riesgo de la paciente, como tabaquismo y comorbilidades asociadas (Berrocal, Ptosis mamaria: Mastopexia, 2014).

Existe múltiples opciones quirúrgicas descritas para ptosis mamaria, sin embargo, todas tienen los mismos objetivos (Bisbal, 2003):

- Elevar el complejo telo-areolar.
- Obtener un volumen y una forma estéticamente adecuada.
- Disimular las cicatrices lo mas posible.

De manera general, se explican las pautas a seguir según el grado de ptosis:

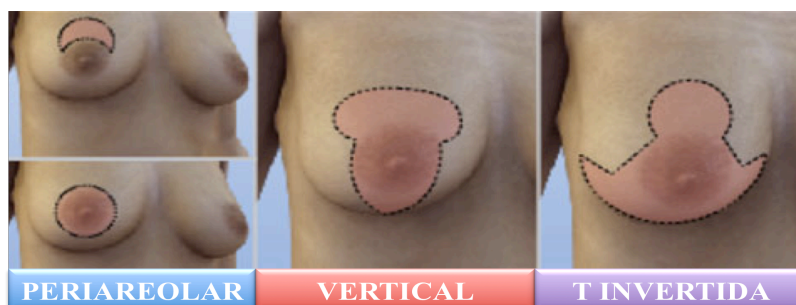


Ilustración 41 – Patrones de resección cutánea empleadas en mastopexia.
Tomada de (Bisbal, 2003)

- **PTOSIS MAMARIA GRADO I Y II:** Al ser una ptosis mamaria leve, se puede considerar el uso de implantes mamarios; cuya colocación dependerá de la cantidad de tejido glandular existente; si es poca, será retropectoral, de lo contrario, puede ser ubicada detrás de la glándula mamaria.

En casos que la piel sea muy laxa o flácida, se tendrá en cuenta la necesidad de una resección periareolar, en casos que requiera muy poca elevación y poca resección cutánea; ya que si la resección es mayor, existe la posibilidad que a mediano plazo, se presenten areolas de gran diámetro, ensanchamientos de cicatrices o achatamiento de la cúspide mamaria (Bisbal,

2003). Es aconsejable que cuando se requiera resecciones cutáneas mayores, se emplee la técnica en patrón vertical.

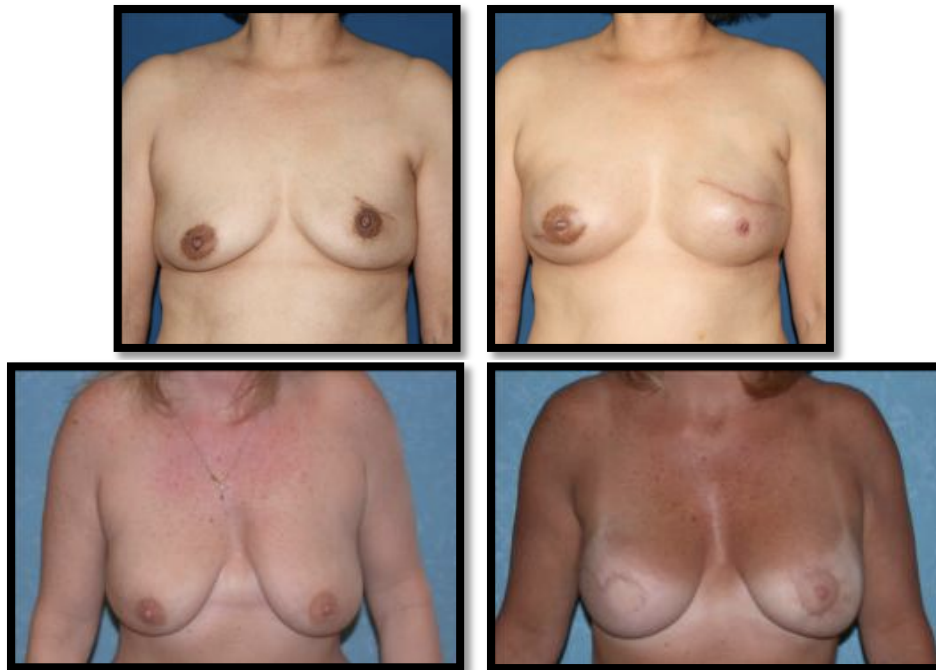


Ilustración 42 - Reconstrucción mamaria + mastopexia con implante retropectoral.
Tomada de (Gabka C. , 2008)

- **PTOSIS MAMARIA GRADO III:** La técnica que mejor se adapta a ésta, es la “*vertical*”. El diseño es similar al patrón de reducción mamaria, con la diferencia que no necesita reseca tejido dermoglandular, solo precisa readaptar y reacomodar la glándula mamaria en su posición original, reseca la piel cuando el continente es mayor que el contenido (glándula mamaria) y el plus del colgajo de relleno de pedículo inferior, permite mejorar el polo superior, ayuda a proyectar mejor el complejo areola-pezones y da la opción de mantener un buen volumen mamario (Berrocal, Ptosis mamaria: Mastopexia, 2014) (Bisbal, 2003).

La técnica usada en el grupo de mujeres incluidas en el estudio que presentaron características de ptosis mamaria grado III es la réplica de la descrita por Planas, siguiendo los mismos pasos descritos anteriormente como patrón vertical para reducción mamaria. Ésta se basa en tres principios (Bisbal, 2003):

1. La *capacidad de retracción cutánea* a través de la técnica descrita por Lejour. Es usual que tras la resección cutánea y cierre de la cicatriz vertical, se formen pliegues o fruncimiento de la misma. Su ventaja es que desaparecen a corto plazo y nos permite disminuir la distancia del borde inferior de la areola al surco submamario, cuando es mayor a 8 cm.
2. El *ascenso del CAP sin tensión* de manera vertical hacia su nueva posición (punto A).
3. El *uso del colgajo de relleno de pedículo inferior* como lo describió Planas-Ribeiro, cuya formación se la realiza dividiendo la glándula mamaria en dos, quedando el CAP en el colgajo dermoglandular superior, mientras que el inferior corresponde a una cuña subareolar formada y levantada del plano suprapectoral, como lo indica la técnica de Arie – Pitanguy.

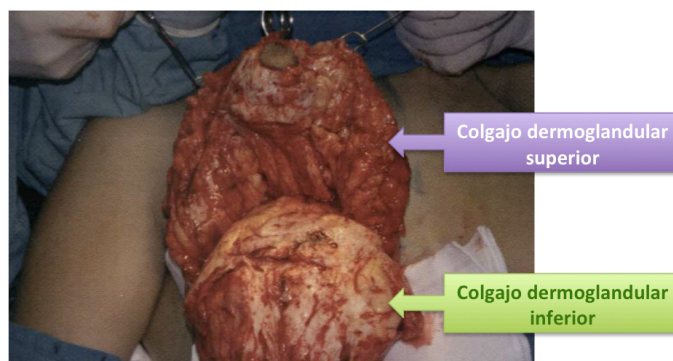


Ilustración 43 - Exposición de colgajo dermoglandular superior e inferior tras bipartición mamaria
Tomada de (Bisbal, 2003)

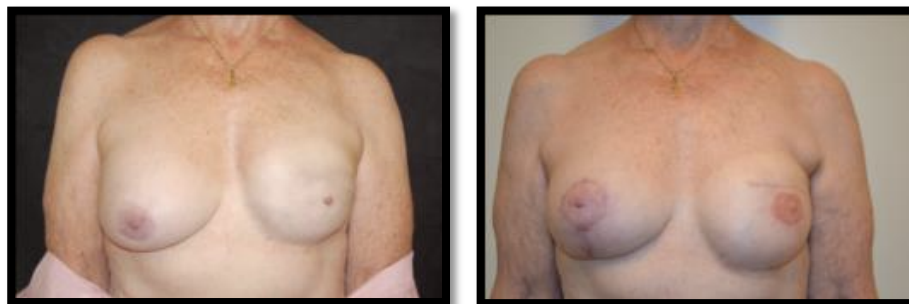


Ilustración 44 - Reconstrucción de mama + Mastopexia con patrón vertical.
Tomada de (Koller & Gärner, 2010)

- **PTOSIS MAMARIA GRADO IV:** Cuando la paciente presenta gran ptosis del contenido mamario y el continente cutáneo es deficiente por laxitud o flacidez, o cuando se acompaña de hipertrofia mamaria, se opta por la corrección a través del patrón en T invertida.

Cuando se realiza este procedimiento, se realiza la marcación según el patrón de Wise acompañada del diseño de los colgajos dermoglandulares laterales. Su patrón sigue los mismos lineamientos como si fuera la técnica en T invertida para hipertrofia mamaria ya detallada. Cabe recalcar que para brindarle un excelente resultado estético a corto, mediano y largo plazo se usa la técnica descrita por Planas, en la cual la mama se divide en 2 colgajos dermoglandulares o dermograsos dependiendo del componente que predomina en la mama (Bisbal, 2003).

Con el beneficio de la gran resección cutánea, permite reducir el continente para que se ajuste adecuadamente sin tensión alguna sobre la mama reposicionada, tomando siempre en cuenta que al delimitar el área a extraer, resulte una longitud precisa al unir los colgajos laterales para que no haya futuro desfondamiento mamario al ceder los tejidos hacia abajo (Berrocal, Ptosis mamaria: Mastopexia, 2014).

Al igual que cualquier otro procedimiento quirúrgico, éste no está exento de complicaciones como: seroma, hematoma, infecciones, cicatrices inestéticas (hipertróficas, hiperpigmentadas, deprimidas, ensanchadas) y/o patológicas (queloide), dehiscencia de suturas, necrosis parcial o total del CAP o cutáneas, necrosis grasa, entre otras (Bisbal, 2003).

Al ser muy importantes para las pacientes, el tema de las cicatrices, hay que enfatizar en su cuidado postoperatorio como mínimo durante los primeros 6 meses, tiempo suficiente para estimar el resultado final de las mismas.

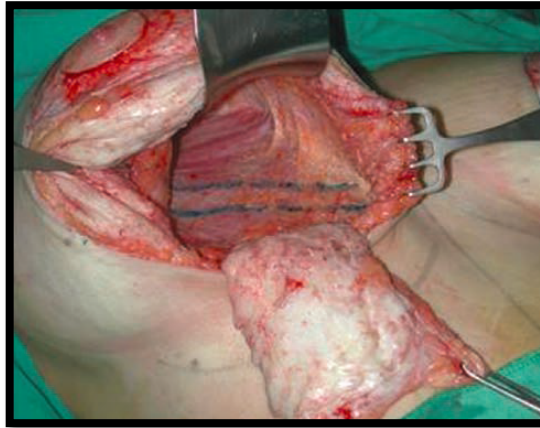


Ilustración 45 - Exposición de colgajo dermoglandular superior tunelizado donde se ubica el colgajo inferior para mejorar polo superior y contorno mamario.
Tomada de (Bisbal, 2003).



Ilustración 46 - Reconstrucción mamaria + mastopexia en T invertida.
Tomada de (Nahabedian, 2008)

3.2.2. Remodelamiento de defectos del contorno mamario reconstruido, pared torácica lateral y del hueco axilar post-linfadenectomía.

La reconstrucción mamaria tras la mastectomía por cáncer es un elemento valioso para la mujer que lo padeció. El concepto actual preconiza la simetría y armonía total entre ambas mamas y el contorno torácico en sí; es decir, no sólo basta con recrear la mama y el CAP, sino también se debe remodelar el defecto que deja la resección de la prolongación axilar de Spence y de los ganglios linfáticos extraídos a nivel de la pared torácica lateral y hueco axilar.

Se ha descrito el uso de transferencia grasa autóloga, usualmente recolectada asépticamente de la pared abdominal. En las primeras macrotransferencias grasas, se observó la presencia de necrosis grasa, concluyendo que producían complicaciones asociadas al tamaño de adipocitos, manipulación y tiempo transcurrido entre la extracción de la grasa y su colocación en el lecho receptor (Spear & Al-Attar, 2011).

Con el advenimiento de los métodos de extracción de tejido graso mediante cánulas de succión; la lipotransferencia autóloga se transformó en una técnica relativamente fácil de ejecutar con mínimas complicaciones y poca reabsorción o necrosis grasa (Petit, et al., 2011). El proceso se simplifica en 3 pasos (Negrete S. , 2014):



1. **OBTENCIÓN DE TEJIDO GRASO (Liposucción):** Las áreas dadoras de elección son: 1) abdomen inferior, 2) abdomen superior, 3) sobrecaderas en la región posterior del tronco, 4) región trocantérica y 5) región interna de muslos.

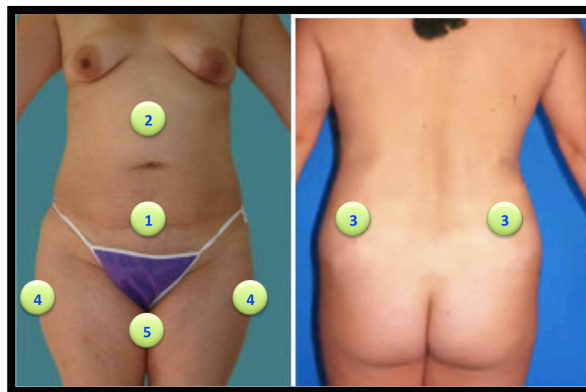


Ilustración 47 - Zonas donante de tejido graso.
Tomada de (Negrete, Barba, & Audelo, 2014)

Una vez determinada cual es la zona donante, bajo prácticas asépticas y preferible con anestesia general, se procede a infiltrar la solución hidrohemostática (0.5 cc de adrenalina en 500 cc solución salina 0.9%) en dicha región y se espera 10 minutos hasta que se produzca el efecto vasoconstrictor.

El uso de cánulas de 2 a 3 mm con pocas perforaciones, a través de incisiones mínimas en zonas poco visibles, se extrae el tejido graso requerido,

que va a ser depositado en jeringuillas de 50 o 60 cc, o en recipientes de mayor volumen para el procesamiento respectivo posterior.



2. **PROCESAMIENTO DEL TEJIDO GRASO (Decantación y Trasvasado del contenido graso):** Cuando ya se obtiene el volumen deseado, se procede a decantar manualmente a través de coladores, o automáticamente; ya que con ésto, los adipocitos, células madres y plaquetas presentes se separan del líquido infiltrado inicialmente.



Ilustración 48 - Separación de componentes posterior a decantación.
Tomada de (Negrete, Barba, & Audelo, 2014)

Después que se haya decantado, se descarta el líquido que queda en la parte inferior del recipiente y se realiza el trasvasado del contenido graso a jeringuillas de 1 o 3 mm. Es importante evitar la contaminación del instrumental que se emplee.



Ilustración 49 – Trasvasado de tejido graso.
Tomada de (Negrete, Barba, & Audelo, 2014)

Aunque existen descripciones sobre otras formas de procesamiento de este tejido, tales como, centrifugación, lavado, mezclado con antibióticos o con plasma rico en plaquetas, entre otras; es mejor la menor manipulación posible de la grasa para no desvitalizarla, disminuyendo así la tasa de reabsorción posterior (Delay, 2011)

3. **COLOCACIÓN DE TEJIDO GRASO (Reinyección):** Posterior a la cuidadosa preparación del tejido graso, se procede a reinyectarlo a la misma paciente sobre los defectos que se encuentren alrededor de la mama reconstruida, pared torácica lateral y/o hueco axilar.

Asimismo, a través de incisiones mínimas, con cánulas de 2 a 3 mm, en forma lineal creando lagunas pequeñas de injerto adiposo se va remodelando el contorno mamario, para disminuir la reabsorción o la posibilidad de necrosis o quistes grasos que pueden confundir en evaluaciones ulteriores.

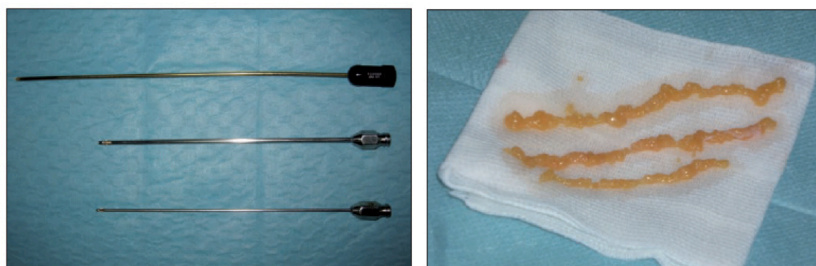


Ilustración 50 - Esquema de lipoinyección en tiras.
Tomada de (Negrete, Barba, & Audelo, 2014)

Es importante explicar a la paciente, que puede requerir mas de una sesión de lipoinjerto para obtener el resultado esperado, y así aproximarnos más a las expectativas de las mismas y brindar un mejor resultado al final de la reconstrucción.



Ilustración 51 - Remodelación de contorno mamario reconstruido con lipoinjerto autólogo.
Tomada de (Delay, 2011).

A pesar de que existe controversia con el uso de injerto graso en un sitio tumoral previo, en el año 2011 se realizó un estudio multicéntrico, donde se evidencia que el lipoinjerto efectuado por cirujanos reconstructivos experimentados y con un seguimiento oncológico posterior adecuado, la tasa de complicaciones o recidivas a mediano y largo plazo es mínima (Petit, et al., 2011).

Una vez finalizada todas las fases de la RM, bajo criterios bien seleccionados, los resultados obtenidos serán satisfactorios. A pesar de que la percepción de la armonía y/o belleza es algo subjetivo que depende de cada persona de acuerdo a su status psicológico e influencias en su entorno, el recuperar la mama mutilada y que esta se vea simétrica con la contralateral, mejora notoriamente la autoestima y el concepto de mujer deteriorado (Clemente, Molero, & González, 2000) (Cabrera, et al., 2006).

CAPÍTULO IV

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo realizado en el área de Cirugía Mamaria Reconstructiva del Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado”, contando con una muestra de tipo no probabilístico por conveniencia.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

El universo o población estuvo constituido por todas las mujeres con antecedente quirúrgico de reconstrucción mamaria unilateral postmastectomía por cáncer que presentaron asimetría de la mama contralateral a las cuales se les realizó una corrección de la asimetría, atendidas en el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) durante el período 01 de enero al 31 de diciembre del 2014.

La muestra no probabilística coincidió con el universo, es decir se estudiaron a todas las mujeres que conformaron este grupo.

4.2.1. Criterios de inclusión.

- Mujeres con reconstrucción mamaria unilateral postmastectomía radical modificada por cáncer que presentaron asimetría de la mama contralateral que consintieron la mamoplastia de simetrización atendidas en el Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) atendidas durante el período 01 de Enero al 31 de diciembre del 2014.
- Mujeres con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

- Mujeres que finalizaron las terapias coadyuvantes como quimioterapia y/o radioterapia.
- Mujeres que no presentaron signos sugestivos de malignidad en la mama contralateral.

4.2.2. Criterios de exclusión.

- Mujeres que fueron sometidas a cirugía conservadora de mama por cáncer.
- Mujeres en quienes no se descartó presencia de enfermedad neoplásica en mama a simetrizar.
- Mujeres con metástasis local o a distancia del cáncer de mama previo.
- Mujeres que aún se encontraron en quimioterapia y/o radioterapia al momento de la solicitud de la mamoplastia de simetrización.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable de categorización	Concepto	Indicador	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Edad		<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 40 años. • 41 a 50 años. • 51 a 60 años. • 61 a 65 años. 	Cualitativa politómica.	Ordinal
Técnica de reconstrucción mamaria	Procedimiento quirúrgico usado para recrear la mama mutilada tras la mastectomía.	<ul style="list-style-type: none"> • Holmström. • Expansor tisular. • Otros. 	Cualitativa politómica.	Nominal
Complicaciones en reconstrucción mamaria	Situación imprevista agravante que procede de alguna técnica de reconstrucción mamaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No. 	Cualitativa dicotómica.	Nominal

Variable de categorización	Concepto	Indicador	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Localización de mama simetrizada	Ubicación de la mama simetrizada posterior a reconstrucción postmastectomía.	<ul style="list-style-type: none"> • Derecha. • Izquierda. 	Cualitativa dicotómica.	Nominal
Morfología de la mama contralateral	Forma de la mama a simetrizar según su volumen y presencia o no de ptosis.	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrófica con ptosis. • Normal con ptosis. • Hipoplásica con ptosis. • Hipertrófica sin ptosis. 	Cualitativa politómica.	Nominal
Complicaciones en simetrización mamaria	Situación imprevista agravante que procede de alguna técnica de simetrización mamaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Cualitativa dicotómica.	Nominal
Grado de satisfacción	Evaluación subjetiva y cognitiva de las usuarias de acuerdo al cumplimiento de las expectativas sobre los resultados finales de la técnica	<ul style="list-style-type: none"> • 1= Malo • 2 = Bueno • 3 = Excelente 	Cualitativa nominal a escala.	Ordinal

Variable de interés o estudio	Concepto	Indicador	Naturaleza de la variable	Escala de medición
Técnica de mamoplastia de simetrización	Procedimiento quirúrgico usado para simetrizar la mama sana en relación con la reconstruida.	<ul style="list-style-type: none"> • Mamoplastia aumentativa • Mamoplastia reductiva • Mastopexia. 	Cualitativa politómica.	Nominal

4.4. INSTRUMENTOS.

- Expedientes clínicos del grupo de mujeres escogidas (historia clínica, récords operatorios y notas postoperatorias) donde constaron todo lo referente a las técnicas de reconstrucción y de simetrización.
- Formato de consentimiento informado entregado a cada paciente incluida en el grupo de estudio donde constó la autorización para realizar la técnica de mamoplastia de simetrización.
- Encuesta verbal realizada por la autora del trabajo a cada paciente bajo absoluta reserva de la identidad de las mismas, con el fin de evaluar el grado de satisfacción de los resultados obtenidos posterior a la mamoplastia de simetrización.
- Hoja de recolección de datos donde constaron la edad, parámetros a estudiar en la reconstrucción mamaria (técnica empleada y complicaciones) y en la simetrización (morfología de la mama contralateral previa a la corrección de la asimetría, tiempo quirúrgico en relación a la RM, técnica usada, complicaciones) y grado de satisfacción general en relación a la edad y específico, siendo valorado de acuerdo a la forma, tamaño, cicatrices, posición del complejo areolomamilar y simetría entre ambas mamas, realizada a las pacientes a través de una escala subjetiva donde 1 equivale a *malo*, 2 a *bueno* y 3 a *excelente*.

4.5. PROCEDIMIENTO PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Se estudió las técnicas de mamoplastia de simetrización en las mujeres incluidas en la investigación, como parte de la reconstrucción mamaria. Dentro de las técnicas de RM empleadas en la tesis consta el expansor tisular, el colgajo tipo Holmström y otros (lipoinjerto mamario, colocación de prótesis definitiva, trasposición de colgajos dermograsos laterales excedentes).

Para cumplir con el objetivo número 1, se identificó las técnicas de simetrización mamaria en tres categorías: mamoplastia aumentativa, mamoplastia reductiva y mastopexia. El aumento mamario fue realizado con implantes y/o lipotransferencia. Las técnicas de reducción usaron patrones de resección cutánea

vertical y/o en T invertida y de resección dermoglandular con pedículo de vascularización de base superomedial tal cual lo describió Jaime Planas.

Con el fin de demostrar el objetivo número 2, se dividió al grupo de usuarias en dos, basados en el tiempo quirúrgico que se realizó la mamoplastia de simetrización en relación a la reconstrucción, es decir, si fue “*simultánea*” (en el mismo acto quirúrgico se realizó la reconstrucción mamaria y la simetrización) o “*diferida*” (cuando la simetrización fue realizada en un lapso de tiempo distante a la reconstrucción).

Para poder ejecutar el Trabajo de Investigación, el grupo de estudio fue encuestado bajo asentimiento verbal de cada paciente para evaluar el grado de satisfacción de los resultados a los seis meses postquirúrgicos tras la corrección de la asimetría contralateral. Dieciocho mujeres fueron encuestadas durante la cita de control y ocho, por vía telefónica. Dicha encuesta fue empleada para cumplir con el objetivo específico # 3

Los resultados obtenidos fueron tabulados y analizados aplicando técnicas estadísticas de frecuencia y porcentajes; y los gráficos registrados (tablas y barras) fueron realizados para brindar mejor comprensión de los datos. Se realizaron cruces de variables como el grado de satisfacción de acuerdo al rango de edad del grupo estudiado.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

El estudio incluyó un total de 26 pacientes con antecedente de reconstrucción mamaria unilateral en las que se realizó la simetrización de la mama contralateral. Cabe recalcar que todas las reconstrucciones fueron diferidas ya que dentro del Hospital sede de estudio se tiene como limitación, la falta de coordinación interdepartamental entre servicio de Oncología y Cirugía Plástica, restando la oportunidad de realizar reconstrucciones mamarias en el mismo tiempo quirúrgico de la mastectomía.

El rango etario de las pacientes que fueron sometidas a algún procedimiento para simetrizar la mama contralateral varió de 36 a 65 años, contando con una edad promedio del grupo estudiado de 50 años. La mayor incidencia ocurrió en mujeres con edades comprendidas entre 41 a 60 años (73.1%).

Tabla 1: **Distribución de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria por grupo de edad.**

Grupo de edad (años)	(n)	%
≤ 40	4	15,4
41 a 50	8	30,8
51 a 60	11	42,3
61 a 65	3	11,5
Total	26	100

Fuente: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

La mama izquierda fue la localización más frecuente de simetrización en este conjunto de usuarias, registrando un 61,5%.

Tabla 2: Distribución de mamoplastia de simetrización según la localización de la mama.

Localización de la mama	(n)	%
Derecha	10	38,5
Izquierda	16	61,5
Total	26	100

Fuente: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

La corrección de la asimetría de la mama contralateral se realizó simultáneamente a las tres técnicas de reconstrucción empleadas en el estudio en el 76,9% de las pacientes, disminuyendo así el número total de intervenciones para lograr un contorno mamario armónico, lo que influiría en una disminución de costos, riesgos y complicaciones derivadas de cada acto quirúrgico.

Tabla 3: Distribución de las pacientes de acuerdo al tiempo quirúrgico de la simetrización mamaria en relación a la técnica de reconstrucción mamaria.

Tiempo de simetrización mamaria	Técnica de reconstrucción mamaria						Total	
	Expansor tisular		Colgajo Holmström		Otros***			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Simetrización simultánea	9	34,6	5	19,2	6	23,1	20	76,9
Simetrización diferida	5	19,2	0	0	1	3,9	6	23,1
Total	14	53,8	5	19,2	7	27	26	100

(***) Colocación directa de prótesis / Lipotransferencia mamaria / Trasposición de colgajos dermograsos laterales.

Fuente: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

De las 26 mamas contralaterales simetrizadas, el 84,6% se relacionó a mamas ptósicas. Las técnicas de simetrización mamaria incluyeron mamoplastia de aumento, de reducción y mastopexia. La más usada fue la mastopexia en el 61,6% del grupo estudiado.

Tabla 4: **Distribución de técnicas de mamoplastia de simetrización en relación a la clasificación morfológica de la mama contralateral.**

Técnica de mamoplastia de simetrización	Clasificación morfológica de la mama contralateral								Total	
	Hipertrofia con ptosis		Normal con ptosis		Hipoplasia con ptosis		Hipertrofia sin ptosis			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Aumentativa*	0	0	0	0	2	7,7	0	0	2	7,7
Mastopexia	0	0	16	61,5	0	0	0	0	16	61,5
Reductiva**	4	15,4	0	0	0	0	4	15,4	8	30,8
Total	4	15,4	16	61,5	2	7,7	4	15,4	26	100

(*) Mamoplastia aumentativa con implante y/o transferencia grasa.

(**) Mamoplastia reductiva con patrón vertical y/o en T invertida.

Fuente: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

En el estudio realizado se evidenció que la mayor incidencia de mujeres en las que se realizó alguna técnica de simetrización mamaria se dio en el grupo de reconstrucción mamaria con expansor tisular (53,9%), representado por la mastopexia como técnica para corrección de la asimetría contralateral más empleada en el 30,8% de los casos.

Tabla 5: **Distribución de técnicas de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria según técnicas de reconstrucción mamaria.**

Técnica de simetrización mamaria	Técnica de reconstrucción mamaria						Total	
	Colgajo Holmström		Expansor tisular		Otros***			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Aumentativa*	0	0	2	7,7	0	0	2	7,7
Reductiva**	1	3,8	4	15,4	3	11,5	8	30,8
Mastopexia	4	15,4	8	30,8	4	15,4	16	61,5
Total	5	19,2	14	53,9	7	26,9	26	100

(*) Mamoplastia aumentativa con implante y/o transferencia grasa.

(**) Mamoplastia reductiva con patrón vertical y/o en T invertida.

(***) Colocación directa de prótesis / Lipotransferencia mamaria / Trasposición de colgajos dermograsos laterales.

Fuente: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

De las complicaciones presentadas en este trabajo, se registró que el 7,6% de las reconstrucciones mamarias presentaron como tal, la necrosis parcial del colgajo y una colección periprotésica. Ambas se presentaron con el colgajo toracodorsal lateral tipo Holmström. No se reportaron complicaciones con las técnicas de mamoplastia de simetrización.

Tabla 6: **Distribución de las complicaciones presentadas.**

Tipo de complicación	(n)	%
Necrosis parcial de colgajo*	1	3,8
Colección periprotésica*	1	3,8
Sin complicación	24	92,4
Total	26	100

* Complicación presentada con el colgajo toracodorsal lateral tipo Holmström.

Fuente: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

El grado de satisfacción obtenido con este trabajo fue excelente en el 73,1% de las pacientes incluidas, siendo más representativo el grupo en el cual se realizó la mamoplastia de simetrización previamente reconstruida con un expansor tisular (42,3%).

Tabla 7: **Distribución de grado de satisfacción general de mamoplastia de simetrización según la técnica de reconstrucción mamaria realizada.**

Técnica de reconstrucción mamaria	Escala de valoración de la mamoplastia de simetrización						Total	
	Malo		Bueno		Excelente			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Holmström	2	7,7	0	0	3	11,5	5	19,2
Expansor tisular	0	0	3	11,5	11	42,3	14	53,9
Otros*	0	0	2	7,7	5	19,2	7	26,9
Total	2	7,7	5	19,2	19	73,1	26	100

(*) Colocación directa de prótesis / Lipotransferencia mamaria / Trasposición de colgajos dermograsos laterales.

Fuente: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

Respecto al grado de satisfacción general relacionado con la edad, se obtuvo como consecuencia que el 73,1% de las encuestadas, lo evaluó como excelente. El 53,8% de éste, se encontraron en el grupo de 41 a 60 años.

Tabla 8: Distribución de grado de satisfacción general de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria por rango de edad.

Grupo de edad (años)	Escala de valoración de la mamoplastia de simetrización						Total	
	Malo		Bueno		Excelente			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
≤ 40	0	0	1	3,8	3	11,5	4	15,4
41 a 50	1	3,8	2	7,7	5	19,2	8	30,8
51 a 60	0	0	2	7,7	9	34,6	11	42,3
61 a 65	0	0	1	3,8	2	7,7	3	11,5
Total	1	3,8	6	23,1	19	73,1	26	100

Fuente: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

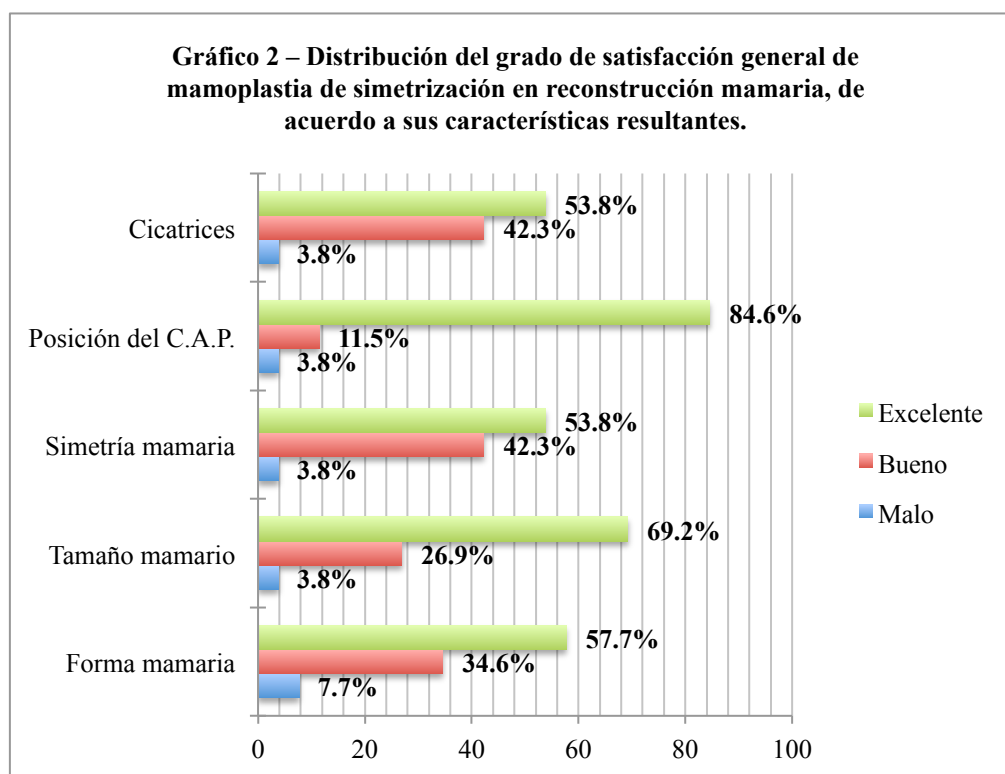
Al ampliar el estudio sobre el grado de satisfacción de acuerdo a cada una de las características finales de la mamoplastia de simetrización (forma, tamaño, simetría, posición del CAP y calidad de cicatrices) se demostró que los resultados obtenidos en el 63,9% del grupo de las 26 pacientes evaluadas por cada parámetro de manera individual, fue excelente.

Tabla 9: **Distribución de grado de satisfacción de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria de acuerdo a características resultantes.**

Característica resultante	Escala de valoración de la mamoplastia de simetrización						Total	
	Malo		Bueno		Excelente			
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Forma mamaria	2	7,7	9	34,6	15	57,7	26	100
Tamaño mamario	1	3,8	7	26,9	18	69,2	26	100
Simetría mamaria	1	3,8	11	42,3	14	53,8	26	100
Posición del CAP	1	3,8	3	11,5	22	84,6	26	100
Calidad de cicatrices	1	3,8	11	42,3	14	53,8	26	100
Total	6	4,6	41	31,5	83	63,9	130	100

Fuente: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

Gráfico 1: **Distribución del grado de satisfacción general de mamoplastia de simetrización en reconstrucción mamaria, de acuerdo a sus características resultantes.**



FUENTE: Base de datos del Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

5.2. DISCUSIÓN.

La introducción de la mamoplastia de simetrización o corrección de asimetría contralateral como parte de la reconstrucción mamaria en mujeres con antecedente de mastectomía por cáncer es un vínculo fundamental con la autoestima y femineidad de cada paciente, ya que al simetrizar o armonizar el ambas mamas, mejora el contorno torácico y su status psicológico al verse “otra vez” como una mujer total.

Hoy en día, podemos afirmar con seguridad que el tratamiento integral del cáncer de mama no finaliza hasta que éstas se vean igual o mejor que antes que se le extirpara la mama comprometida.

Además, se ha evidenciado un incremento de las mujeres con reconstrucción mamaria tras el cáncer, no solo en el Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil, lugar sede del estudio, sino a nivel nacional e internacional, como lo evidencian los múltiples estudios publicados a nivel mundial. Con esto, ha aumentado también la tasa de pacientes que requieren la remodelación de la mama sana cuando la mastectomía ha sido unilateral.

Todas las reconstrucciones fueron realizadas de manera diferida, a pesar de que en el *Consenso sobre reconstrucción mamaria* dictado por Hernando Paredes et al., en el 2010, se comprobó que la RM inmediata es la mejor opción para la mayoría de las pacientes y que ésta no alteraría el esquema terapéutico (Paredes, et al., 2010) planificado para dicha paciente. Sin embargo, este mismo consenso se planteó la decisión del tiempo de reconstrucción cuando es requerida la radioterapia debido a los trastornos microvasculares y cutáneos que ésta puede ocasionar.

La edad en la que se presentó el cáncer y fue mastectomizada influye mucho en el resultado final de la simetrización, puesto que mientras más jóvenes sean, las características de la mama contralateral serán de mayor turgencia, con buena calidad de piel y con poca o nula ptosis; mientras que en edades más avanzadas, las características usualmente serán lo contrario. Respecto a esto, se evidencia que el mayor número de casos de simetrización se concentra en edades

entre 36 a 60 años con un promedio de 50 años, periodo de auge en la femineidad. Esto se asemeja a las estadísticas obtenidas en Korea, en un estudio realizado en el 2010 por Yang, en el cual reporta un grupo de estudio con promedio de edad de 44,9 años.

Toda corrección de asimetría mamaria se realiza siempre en función de la técnica usada para reconstrucción de la mama afecta, divinando los resultados según las características presentes de las dos mamas, con el fin de brindar la armonía deseada. De acuerdo a las técnicas de reconstrucción mamaria empleadas en estas pacientes, el 53.8% de ellas fue con expansor, lo que está dentro del rango estipulado a nivel mundial, según la descripción citada por el Dr. Paolo Persichetti, donde describe que el 70% de todas las reconstrucciones actuales son realizadas mediante técnicas heterólogas que incluyen a los expansores tisulares y/o implantes mamarios. Se efectuaron otras técnicas de reconstrucción mamaria como colgajo tipo Holmström, pero a pesar del advenimiento de los procedimientos microquirúrgicos en otros países, aún en la ciudad de Guayaquil, no se ha reportado ninguno hasta la fecha.

Las reconstrucciones mamarias fueron realizadas de manera diferida. Aunque ciertos cirujanos se inclinan a hacerlo de manera inmediata, siempre y cuando, se evidencie que lecho mastectomizado está libre de cáncer, esto no fue contraproducente a la hora de la decisión de corregir la asimetría de la mama contralateral. Los resultados obtenidos en la simetrización mamaria no variaron ni se alteraron por la reconstrucción; sino por el contrario facilitaron a elegir el tiempo y la técnica adecuada para cada paciente. Las complicaciones fueron pocas, lo que confirma que en manos expertas y tomando todas las precauciones, la reconstrucción será satisfactoria.

Según el estudio realizado por Jung Dug Yang, et al. (Yang, Lee, Chung, Cho, & Jung, 2010), se reportó que las complicaciones de las técnicas reconstructivas de mama son mínimas (necrosis parcial del colgajo y/o relacionadas a la prótesis) y que pudieron ser tratadas a través de simples revisiones y/o curaciones seriadas hasta su resolución completa, y que esto no influyó en el resultado final de la simetrización. Esto concuerda con los resultados

obtenidos en el presente estudio, en el cual solo hubo 2 complicaciones en la reconstrucción con el colgajo tipo Holmström que pudieron ser resueltas de manera conservadora.

En general, la mamoplastia de simetrización es un procedimiento requerido en el 90% de los casos, según el estudio del Dr. Paolo Persichetti, et al., donde afirma que la mayoría de las mujeres en quienes se realizó algún procedimiento reconstructivo en la mama afecta por cáncer, requerirán corregir la asimetría de la mama contralateral, ya que ésta continúa con los cambios morfológicos propios del transcurrir del tiempo (Persichetti, et al., 2012). Este porcentaje se asemeja a los valores obtenidos en la presente tesis, donde las 26 mujeres incluidas necesitaron alguna técnica de simetrización mamaria.

El tiempo de simetrización es controversial, ya que según Persichetti (Persichetti, et al., 2012), existen algunos cirujanos que prefieren hacerlo en el mismo tiempo quirúrgico que la reconstrucción mamaria argumentando que se obtiene un remodelado mamario contralateral más satisfactorio que cuando se realiza en un tiempo diferente. Por otro lado, están los que apoyan el tiempo diferido de simetrización sustentándose en que los cambios evolutivos de la mama reconstruida en un primer tiempo, servirán de molde para armonizar mejor la mama contralateral y con el plus de que se podría identificar presencia de posibles lesiones en la mama sana. En este estudio, la simetrización simultánea a la reconstrucción se dio en el 76,9% y diferida en el 23,1%, ambas sin complicación alguna. A partir de estos resultados, se puede argumentar que este procedimiento se puede realizar con seguridad y con excelentes resultados en cualquier momento pero se debe pensar que con la simetrización simultánea se disminuirá el número de intervenciones totales, siendo una gran ventaja para esta opción.

La presencia de mama contralateral hipoplásica o de ptosis leve, sugiere una mamoplastia de aumento sea con implante y/o transferencia grasa, pero cuando existe ptosis moderada a severa o un volumen mayor a 300 cc, se proponen otras técnicas, como la mastopexia con o sin reducción mamaria. La decisión depende del volumen mamario y del grado de ptosis presente, siempre relacionándolas con la reconstruida. Los resultados obtenidos en este trabajo

demonstraron que el 61,5% requirió mastopexia, siendo el procedimiento contralateral más frecuentemente usado, seguido de la reducción mamaria, con el 30,8%. Esto difiere del trabajo de Nahabedian donde reportó que el 8,6% correspondió a mamoplastia de reducción, el 5,6% a la mastopexia (Nahabedian, 2008), invirtiendo el orden del porcentaje de la técnica más empleada para simetrizar ambas mamas.

Respecto a las complicaciones vinculadas a la mama simetrizada, el porcentaje presentado es nulo, lo que coincide con el mismo estudio de Jung Dug Yang (Yang, Lee, Chung, Cho, & Jung, 2010).

Según el Consenso formulado por Paredes, señaló que en la actualidad no existe una forma adecuada de evaluar objetivamente el grado de satisfacción preciso, al no contarse con instrumentos específicos o bien definidos, aclarando que los términos subjetivos como “excelente, bueno o malo” para una paciente, no siempre significará lo mismo para otra, ya que esto en realidad va a depender mucho de las expectativas y el criterio estético de cada una (Paredes, et al., 2010).

La falta de cuestionarios estandarizados en el hospital de estudio, para evaluar el grado de satisfacción en cirugía reconstructiva mamaria fue una limitación en la investigación. La edad fue una variable fundamental en la evaluación del grado de satisfacción de las pacientes en cuanto a los resultados obtenidos después de la mamoplastia de simetrización, demostrando que el porcentaje de mayor satisfacción se encontraba en el rango comprendido entre 41 a 60 años correspondiente al 53,8%, dentro del cual se encontró la edad promedio de estudio (50 años). Estos datos son semejantes al rango etario descrito para esta intervención en el artículo publicado por Inbal, en el que describe un rango entre 35 a 70 años con un promedio de 50 (Inbal, et al., 2011).

El grado de satisfacción obtenido con este trabajo fue excelente en el 73,1%, siendo más representativo el grupo en el cual se realizó la mamoplastia de simetrización previamente reconstruida con un expansor tisular (42,3%). En el trabajo realizado por Craft et al., donde evaluó el grado de satisfacción en la simetrización mamaria con reconstrucción unilateral con expansor/implante en 702 mujeres, demostrando que de manera general fue del 40,9% y específica de

acuerdo a su forma, tamaño, simetría fue del 43,2% (Craft, et al., 2011). El último porcentaje reportado en dicho estudio fue inferior al obtenido en esta tesis, cuyo valor alcanzó el 63,9%.

De estas expectativas o ideas que la mujer tenga, además de la edad y del asesoramiento del cirujano plástico experimentado va a depender la técnica quirúrgica que determinará la forma final, el tamaño, la posición del complejo areolomamilar y las cicatrices. Al contemplar todo el panorama quirúrgico, se llega a un consenso con la paciente en pro de lo que es mejor para ella, con el objetivo de que los resultados sean satisfactorios. La muestra de eso está en este estudio donde fue excelente el grado de satisfacción del grupo de mujeres seleccionadas. Comparando con otros estudios internacionales como el de Inbal et al, se llega a la conclusión que ninguna reconstrucción mamaria debería darse por terminada mientras no se corrija la asimetría de la mama contralateral.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES.

Muchas de las pacientes desconocen la posibilidad de corregir la asimetría mamaria evidente entre la reconstruida y la contralateral, por lo que dentro de las evaluaciones periódicas, no se debe tratar de manera aislada al seno reconstruido, puesto que el efecto visual de desigualdad tras la reconstrucción, afecta realmente la autoestima de la mujer.

La edad de presentación del cáncer es uno de los puntos fundamentales para la decisión tanto del tipo de reconstrucción mamaria como de la técnica para corrección de la asimetría contralateral. Se debe tener en cuenta que la influencia de las expectativas es inversamente proporcional a la edad. Es frecuente que aquellas mujeres mientras más jóvenes son, mayor son las expectativas, y que, conforme avanza la edad, éstas se asemejan más a la realidad. El grupo etario de mamoplastia de simetrización más frecuente fue de 41 a 60 años, siendo el mismo que mejor expectativas mantuvo, reflejándose en un grado de satisfacción excelente.

La asimetría mamaria contralateral en mujeres con antecedente de reconstrucción de mama unilateral tras la erradicación del cáncer fue corregida mediante el uso de una de las técnicas de mamoplastia convencional; sea aumentativa, reductiva o de levantamiento, dependiendo de las características que la mama presente al momento de la evaluación.

La mayoría de las mamas presentes eran ptósicas, de volúmenes dentro de lo normal, por lo que la técnica frecuentemente empleada fue la mastopexia. Mientras que, aquellas con volúmenes mayores a 300 cc, con ptosis moderada a severa, se les practicó mamoplastia de reducción sea con patrón vertical o en T invertida.

Se evidenció ventajas en el manejo simultáneo entre la mama reconstruida y la corrección de la asimetría contralateral en un mismo tiempo, al disminuir el número de intervenciones y la inconformidad corporal. Además, probablemente los costos serían menores y estancia hospitalaria requerida, pero esto podría ser tema de discusión en futuros estudios.

Se observa en la mayoría de los casos, un patrón común de excelente grado de satisfacción de los resultados obtenidos con la corrección de la asimetría mamaria contralateral en cuanto a forma, tamaño, posición del complejo teloareolar y la calidad de las cicatrices, evidenciando entusiasmo y elevación de la autoestima de las pacientes implicadas.

Las indicaciones para la simetrización mamaria contralateral se basa en las características de la misma, los deseos y expectativas de cada paciente posterior a la reconstrucción, el tipo de mastectomía realizada, la técnica reconstructiva empleada y las preferencias del cirujano. El objetivo no es solo llenar una copa de sujetador, ya que eso se lo puede lograr hasta con bultos externos que simulen un montículo bajo la ropa, sino reconstruir un órgano que ha sido mutilado por una enfermedad catastrófica para la mujer y la sociedad.

6.2. RECOMENDACIONES

1. Informar a cada paciente diagnosticada con cáncer de mama, su manejo y tratamiento integral desde su erradicación hasta su etapa final de reconstrucción que finalizará cuando ambas mamas obtengan la simetría que tenían antes de la mastectomía; sin dejar a un lado su parte psicológica, que es muy importante en el momento de tomar todas las decisiones a seguir.
2. Coordinar valoraciones conjuntas entre servicio de Oncología (clínica y quirúrgica) y Cirugía Plástica con el fin de identificar aquellas candidatas para RM inmediata y realizar estudios sobre la influencia de ésta sobre los resultados de simetrización mamaria.
3. Protocolizar el manejo multidisciplinario del cáncer mamario incluyendo la participación del cirujano plástico reconstructivo.
4. Incentivar a los cirujanos plásticos a abrir su campo quirúrgico a la Microcirugía Reconstructiva, la misma que abre un abanico amplio de opciones que hasta el momento no se han explorado en esta ciudad.
5. Formar un servicio de Cirugía Mamaria en el hospital donde se realizó este trabajo, conformado por todas las especialidades médicas y no médicas que se comprometan con las mujeres que presenten alguna patología en la(s) mama(s).
6. Realizar un cuestionario para evaluar el grado de satisfacción y eficacia de los resultados obtenidos en la cirugía mamaria reconstructiva que se adapte a las usuarias que buscan este tipo de procedimiento en el hospital sede de estudio.
7. Realizar los siguientes estudios a futuro:
 - Comparar entre la reconstrucción mamaria con tejidos autólogos microquirúrgicos, no microquirúrgicos y materiales aloplásticos, y analizar su influencia en los resultados de la mamoplastia de simetrización.
 - Comparar costos relacionados al número total de intervenciones quirúrgicas en la reconstrucción y simetrización mamaria.

8. Expandir la difusión de esta alternativa a no solo en los hospitales de la ciudad de Guayaquil, sino a las demás provincias del país.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Agur, A., & Dalley, A. (2013). Arterial Supply of Breast. In *Grant's atlas of anatomy* (pp. 10-11). Filadelfia, PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Ahmed, K., Hahn, D., Hage, J., Bleiker, E., & Woerdeman, L. (2011). Temporary Banking of the Nipple-Areola Complex in 97 Skin-Sparing Mastectomies. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal* , 127 (2), 531-539.
3. Berrocal, M. (2014). Diseño y anatomía de los colgajos y pedículos. In M. Berrocal, *Las Cuatro Estaciones De Las Mamas: Evaluación, diseño y aplicación de procedimientos quirúrgicos* (pp. 51-58). Bogotá, Colombia: Impresión Médica.
4. Berrocal, M. (2014). Hipertrofia mamaria. In M. Berrocal, *Las Cuatro Estaciones De La Mama: Evaluación, diseño y aplicación de procedimientos quirúrgicos* (pp. 59-155). Bogotá, Colombia: Impresión Médica.
5. Berrocal, M. (2014). Ptosis mamaria: Mastopexia. In M. Berrocal, *Las Cuatro Estaciones De Las Mamas: Evaluación, diseño y aplicación de procedimientos quirúrgicos* (pp. 343-374). Bogotá, Colombia: Impresión Médica.
6. Bisbal Piazuelo, J., Gómez García, R., & Fidalgo Rodriguez, F. (2003). Aspectos Anatómicos de Interés en Cirugía Plástica de la Mama. In S. E. Estética, *Cirugía Plástica Mamaria* (pp. 57-64). Barcelona, España: Ediatorial MIC.
7. Bisbal, J. (2003). Ptosis Mamaria. Tratamiento Quirúrgico. In SECPRE, & J. Bisbal (Ed.), *Cirugía Plástica Mamaria* (pp. 201-210). Barcelona, España: MIC.
8. Cabrera, E., Redondo, A., Dean, A., Benítez, J., Torre, C., De Piero, G., et al. (2006). Satisfacción en pacientes con reconstrucción mamaria con colgajo DIEP. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 32 (3), 169-179.

9. Carriquiry, C., Seoane, J., Ayçaguer, O., & Londinsky, M. (2006). Reconstrucción mamaria con el colgajo toracodorsal de Holmsröm: análisis de 6 años de experiencia. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 32 (2), 83-92.
10. Castelló Fortet, J. R. (2012). Cirugía Reconstructiva en Cáncer de Mama. *Sesiones Interhospitalarias de Cáncer de Mama*. Madrid.
11. Chalen, S. (2012). *Uso de Tejidos Autólogos vs Materiales Sintéticos en la Primera Fase del Proceso de Reconstrucción Mamaria Inmediata y Tardía*. Guayaquil, Guayas, Ecuador: UCSG.
12. Chang, D. W. (2012). Breast Reconstruction with Microvascular MS-TRAM and DIEP Flaps. *Archives of Plastic Surgery* , 39 (1), 3-10.
13. Chaves, L. (2014). Mamoplastia de reducción con cicatriz en L. In M. Berrocal, *Las Cuatro Estaciones De Las Mamas: Evaluación, diseño, aplicación de procedimientos quirúrgicos* (pp. 103-111). Bogotá, Colombia: Impresión Médica.
14. Chevray, P. M. (2004). Update on Breast r<econstruction Using Free TRAM, DIEP and SIEA Flaps. *Seminar in Plastic Surgery* , 18 (2), 97-104.
15. Chiriboga, P. (2011). Historia evolutiva del implante mamario: Identidad y autoestima. *Publicaciones médicas* , 1 (2), 78-80.
16. Chun, Y., & Orgill, D. (2013 йил 11-Julio). *Medscape*. (J. Long, Ed.) Retrieved 2015 йил 01-04 from Emedicine: <http://emedicine.medscape.com/article/1274411-treatment#a1133>
17. Clemente, A., Molero, R., & González, F. (2000). Estudio de la satisfacción personal según la edad de las personas. *Anales de psicología* , 16 (2), 189-198.
18. Coiffman, F. (2014). Evolución histórica de la cirugía mamaria: Evaluación, diseño y aplicación de procedimientos quirúrgicos. In M. Berrocal, *Las Cuatro Estaciones De Las Mamas* (pp. 23-34). Bogotá, Colombia: Impresión Médica.

19. Cordeiro, P., & McCarthy, C. (2006). A Single Surgeon's 12-Year Experience with Tissue Expander/Implant Breast Reconstruction: Part I. A Prospective Analysis of Early Complications. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal* , 118 (4), 825-831.
20. Craft, R., Colakoglu, S., Curtis, M., Yueh, J., Lee, B., Tobias, A., y otros. (2011). Patient Satisfaction in Unilateral and Bilateral Breast Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 127 (4), 1417-1424.
21. De La Plaza, R., & De La Cruz, L. (2014). Mamoplastia de reducción con cicatriz en T - Invertida. In M. Berrocal, *Las Cuatro Estaciones De Las Mamas: Evaluación, diseño y aplicación de procedimientos quirúrgicos* (pp. 63-73). Bogotá, Colombia: Impresión Médica.
22. Delay, E. (2011). Lipomodeling of the Reconstructed Breast. In S. Spear, *Surgery of the Breast: Principles and Art* (pp. 912-929). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
23. Di Lamartine, J., Cintra, R., Daher, J., Caetano, M., Galdino, J., Borges, D., et al. (2013). Nipple-areola reconstruction using the double opposing flap technique. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica* , 28 (2), 233-240.
24. Escamilla, J. (2014). Mamoplastia de aumento: Implantes lisos. In J. Haddad, & R. Hesiquio, *Cirugía Mamaria Estética y Reconstructiva* (Vol. 1, pp. 27-30). México: Impresión Médica.
25. Espinosa, S. (2004). Mamoplastia de reducción: 50 años de evolución. *Cirugía Plástica* , 14 (2), 105-111.
26. Fernández, R., Fernández, J., Martínez, J., Bravo, E., García, M., Sordo, G., et al. (2007). Reconstrucción del complejo areola-pezones: revisión de 60 casos. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 32 (2), 97-104.
27. Gabka, C. (2008). Cirugía Plástica de aumento: Ptosis mamaria (mastopexia de aumento). In C. Gabka, & H. Bohmert, *Cirugía Plástica y Reconstructiva de Mamas* (p. 20). Munich, Alemania: Amolca.

28. Gabka, C. J., & Bohmert, H. (2008). Reconstrucción Mamaria Secundaria: Colgajo TRAM/DIEP. In C. J. Gabka, & H. Bohmert, *Cirugía Plástica y Reconstructiva de Mamas* (p. 122). Munich, Alemania: Amolca.
29. Georgiade, N., Georgiade, G., & Riefkohl, R. (1994). Cirugía estética de la mama: Anatomía. In J. McCarthy, *Cirugía Plástica: Tronco y extremidades inferiores* (Vol. 6, pp. 158-216). Nueva York, EEUU: Editorial Médica Panamericana.
30. Gil Deza, E., & Gercovich, F. G. (2014). Indicaciones actuales e implicancias de los tratamientos adyuvantes en la decisión de la reconstrucción mamaria inmediata. In E. González, & A. Rancati, *Cirugía Oncoplástica de Mama: Como, Cuando, Por que* (pp. 7-18). Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Journal S.A.
31. González, E. (2014). Corrección de las secuelas del tratamiento conservador. Clasificación funcional. Importancia de la lipotransferencia en la disminución de la morbilidad y evolución de los resultados. In E. González, & A. Rancati, *Cirugía Oncoplástica de Mama* (pp. 87-100). Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Ed. Journal.
32. Gray, H. (2008). Breast Cancer: Reconstructive Surgery for Breast Cancer Disease. In H. Gray, & S. Standring (Ed.), *Gray's Anatomy: The Anatomical basis of Clinical Practice, Expert Consult* (pp. 1709-1710). London, UK.
33. Hinderer, U. (2003). La Evolución de la Cirugía Plástica Mamaria en la Hipoplasia, Ptosis e Hipertrofia. In J. Bisbal, *Cirugía Plástica Mamaria* (pp. 15-46). Barcelona, España.
34. Holmström, H., & Lossing, C. (1986). The Lateral Thoracodorsal Flap in Breast Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal* , 77 (6), 933-941.
35. Hu, E., & Alderman, A. (2007). Breast Reconstruction. *Surgical Clinics of North America* (87), 453-467.

36. Inbal, A., otremski, E., Zaretski, A., Amir, A., Weiss, J., Gur, E., y otros. (22 de Diciembre de 2011). Simultaneous Contralateral Breast Adjustment in Unilateral Deep Inferior Epigastric Perforator Breast Reconstruction. *Journal of Recosntructive Microsurgery* , 1 - 8.
37. Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo". (2008). *Sociedad de Lucha contra el Cancer del Ecuador*. Retrieved 2015 йил 11-02 from SOLCA: www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/Grafico1-3.jsp
38. Jury, O., Pizarro, Z., Sepúlveda, S., & Flores, M. (2005). Colgajo C-V y tatuaje: una alternativa para reconstrucción aréola pezón: Experiencia en 18 pacientes. *Revista Chilena de Cirugía* , 57 (6), 457-461.
39. Keller, A. (2013). *BreastFlap*. Retrieved 2015 йил 15-2 from History of yhe DIEP Flap: www.breastflap.com/reconstruction-techniques/diep-flap-history.cfm
40. Koller, R., & Gärner, S. (2010). Nippler Reconstruction and Contralateral Adaptation. In F. Fitzal, & P. Schrenk, *Oncoplastic Breast Surgery: A Guide to Clinical Practice* (pp. 197 - 206). Nueva York: Springer Wien.
41. León, Y., & Cairos, J. (2008). Evaluación de los resultados quirúrgicos de la mastoplastia por vía periareolar. *Revista Cubana de Cirugía* , 48 (1).
42. Losken, A., & Jurkiewicz, M. (2002). History of Breast Reconstruction. In C. Hultman, *Breast Reconstruction: A Breast Disease Book Edition* (Vol. 16, pp. 3-9). Atlanta, GA, USA: IOS Press.
43. Masià, J., & Vives, L. (2006). Colgajo anterolateral del muslo: anatomía quirúrgica, técnica de disección y aplicaciones clínicas. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* , 32 (4), 269-279.
44. Mendça, A., Montag, E., & Gemperli, R. (2014). Mamoplastia de aumento: Técnica endoscópica. In J. Haddad, & R. Hesiquio, *Cirugía Mamaria Estética y Reconstructiva* (Vol. 1, pp. 49-57). México: Impresión Médica.

45. Mezquita, C. (2003). Desarrollo y Función de la Glándula Mamaria. In S. E. Estética, *Cirugía Plástica Mamaria* (pp. 47-55). Barcelona, España: Editorial MIC.
46. Nahabedian, M. Y. (2008). Managing the Opposite Breast: Contralateral Symmetry Procedures. *The Cancer Journal* , 14 (4), 258 - 263.
47. Negrete, S. (2014). Reconstrucción mamaria con transferencia de grasa. In M. Berrocal, *Las Cuatro Estaciones De Las Mamas: Evaluación, diseño y aplicación de procedimientos quirúrgicos* (pp. 533-545). Bogotá, Colombia: Impresión Médica.
48. Negrete, S., Barba, J., & Audelo, C. (2014). Transferencia de tejido graso autólogo para reconstrucción mamaria y aumento estético. In J. Haddad, & R. Hesiquio, *Cirugía Mamaria Estética y Reconstructiva* (pp. 385-393). México: Impresión Médica.
49. Paredes, H., Aliaga, N., Castro, P., Espinoza, D., Escobar, P., Letzkus, J., et al. (2010). Revisión de la literatura sobre reconstrucción mamaria. *Revista Biomédica Revisada por Pares* , 10 (1).
50. Pelay, M., Oroz, J., & Colás, C. (2005). Reconstrucción mamaria mediante prótesis expansoras. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* , 28 (2).
51. Perez Cerdeira, M. (2013 йил 01-Marzo). CIRUGÍA CONSERVADORA DEL CÁNCER DE MAMA: Estudio comparativo de técnicas oncoplasticas y convencionales. Santander, Cantabria, España.
52. Persichetti, P., Cagli, B., Tenna, S., Piombino, L., Cogliandro, A., Iodice, A., y otros. (2012). Contralateral Breast Augmentation in Heterologous Breast Reconstruction. Roma, Italia.
53. Petit, J., Lohsiriwat, V., Clough, K., Sarfati, I., Ihrai, T., Rietjens, M., et al. (2011). The Oncologic Outcome and Immediate Surgical Complications of Lipofilling in Breast Cancer Patients: A Multicenter Study-Milan-Paris-Lyon Experience of 646 Lipofilling Procedures. *Plastic and Reconstructive Surgery* , 128 (2), 341-346.

54. Planas, J. (2003). Reducción Mamaria: Conceptos Básicos, Técnica Personal y Resultados Lejanos. In SECPRE, & J. Bisbal (Ed.), *Cirugía Plástica Mamaria* (pp. 91-104). Barcelona.
55. Planas, J. (1988). Reduction mammoplasty: Technical details. *Aesthetic Plastic Surgery*, 4, 143-208.
56. Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. (2012). Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cirugía Oncoplástica en Cáncer de Mama. *Consenso Nacional Inter-Sociedades*, 76, p. 346. Buenos Aires.
57. Ribeiro, L. (2009). *PEDICULOS EN MAMOPLASTIA: Atlas y texto*. Brasil: Amolca.
58. Roldán, P., Lozano, J., & Oroz, J. (2005). Tratamiento de la mama contralateral en la reconstrucción mamaria. Reconstrucción de areola y pezón. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28 (2), 81-90.
59. Rozen, W., Rajkomar, A., Namrata, A., & Ashton, M. (2009). Post-Mastectomy Breast Reconstruction: A History in Evolution. *Clinical Breast Cancer*, 9 (3), 145-154.
60. Sastré, N., & Sastré, H. (2014). Mamoplastia de Aumento: Tipos de implantes mamario. In J. L. Haddad, & R. Hesiquio, *Cirugía Mamaria Estética y Reconstructiva* (pp. 39-50). México: Impresión Médica.
61. Shaw Bland, C. (1981). The Halsted Mastectomy: Present Illness and Past History. *The Western Journal of Medicine*, 134 (6), 549-555.
62. SOLCA. (2012 йил 12-Agosto). <http://www.solca.med.ec/htm/Sistem>. Retrieved 2013 йил 29-NOVIEMBRE from Sistema de Registro de Tumores Matriz Guayaquil: <http://www.solca.med.ec/htm/Sistem>
63. Spear, S., & Al-Attar, A. (2011). Fat Injection to Correct Contour Deformities in the Reconstructed Breast. In S. Spear, *Surgery of the Breast: Principles and Art* (Vol. 3, pp. 904-911). Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.

64. Steiert, A., Boyce, M., & Sorg, H. (2013). Capsular contracture by silicone breast implants: possible causes, biocompatibility, and prophylactic strategies. *Medical Devices: Evidence and Research* , 6, 211-218.
65. Tulio Roa, T., & Bohórquez, C. (2014). Anatomía quirúrgica de la mama. In M. Berrocal Revueltas, *Las Cuatro Estaciones De Las Mamas: Evaluación, diseño y aplicación de procedimientos quirúrgicos* (pp. 35-49). Bogotá, Colombia: Impresión Medica S.A.S.
66. Vallarta, R., Ruiz, J., & Guerrero, F. (2014). Mamoplastia de aumento inteligente manipulando vectores tisulares. *Cirugía Plástica* , 24 (1), 40-49.
67. Yüksel, F., & Çeloköz, B. (2003). C-V flap nipple reconstruction combines with areola grafting. *Indian Journal of Plastic Surgery* , 36 (2), 71-75.
68. Yang, J. D., Lee, J. H., Chung, H. Y., Cho, B. C., & Jung, J. H. (2010). Contralateral Breast management related to Breast Reconstruction in Korean Females. *Journal of Breast Cancer* , 13 (2), 147 - 153.

Anexo 5 Formulario N° 024 de la Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública del Ecuador donde se obtuvo el consentimiento de cada usuaria para realizar la mamoplastia de simetrización (anverso).

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		SERVICIO
						SALA
						CAMA
						FECHA
						HORA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA						
1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO						
AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD						
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA						
2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO						
DECLARO QUE NINGÚN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD						
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA						
3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA						
DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE						
NOMBRE DEL PACIENTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA						
4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA						
DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE						
DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA						
5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE						
AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO						
AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE						
ÓRGANOS DONADOS		NOMBRE DE LOS RECEPTORES				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA
MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA						
6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA						
AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL TESTIGO		PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA
						FIRMA
NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA		FIRMA

Anexo 6 Formulario N° 024 de la Historia Clínica Única del Ministerio de Salud Pública del Ecuador donde se obtuvo el consentimiento de cada usuaria para realizar la mamoplastia de simetrización (reverso).

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA	
					PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA
TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD									
1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO									
PROPÓSITOS					TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS				
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO	FIRMA	
2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA									
PROPÓSITOS					INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS				
NOMBRE DEL CIRUJANO			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO	FIRMA	
3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIOLOGO SOBRE LA ANESTESIA									
PROPÓSITOS					ANESTESIA PROPUESTA				
RESULTADOS ESPERADOS					RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS				
NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO			ESPECIALIDAD		TELÉFONO		CÓDIGO	FIRMA	
4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE									
								FIRMAS DEL PACIENTE	
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD									
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD									
C CONSENTIMIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD									
D CONSENTIMIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA									
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS									
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO									
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)									
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.									
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO									
5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL									
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.									
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL			PARENTESCO		TELÉFONO		CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA	

Anexo 7 Hoja de recolección de datos del grupo en estudio.

Nº Historia clínica	Edad:	años	
Datos sobre reconstrucción mamaria (Señale la indicada).			
1. ¿Cual fue la mama reconstruida?	Derecha	Izquierda	
2. ¿Que tipo de reconstrucción mamaria le realizaron?.	Holmström	Expansor	Otros
Si su respuesta fue OTROS, favor especifique cual:			
3. Tuvo complicaciones con la técnica reconstructiva?	Si	No	
Si su respuesta fue SI, favor especifique cual:			
Datos sobre simetrización mamaria (Señale la indicada).			
1. Morfología mamaria	Hipertrofia mamaria	Si	No
	Hipoplasia mamaria	Si	No
	Ptosis mamaria	Si	No
2. ¿La simetrización mamaria fue realizada junto con la reconstrucción?	Si	No	
3. ¿Cual fue la técnica de simetrización mamaria empleada?	Aumento	Reductiva	Mastopexia
4. ¿Tuvo complicaciones con la técnica de simetrización?	Si	No	
Si su respuesta fue SI, favor especifique cual:			
Datos sobre grado de satisfacción de la usuaria (Señale según su criterio)			
General	1 = malo	2 = bueno	3 = excelente
Específica:			
Forma mamaria	1 = malo	2 = bueno	3 = excelente
Tamaño mamario	1 = malo	2 = bueno	3 = excelente
Simetría entre ambas mamas	1 = malo	2 = bueno	3 = excelente
Posición del complejo areola y pezón	1 = malo	2 = bueno	3 = excelente
Calidad de cicatrices	1 = malo	2 = bueno	3 = excelente

Observaciones:

Elaborado por: Dra. Eloisa Vanessa Suárez Ruiz.