

MICROCIRUGÍA ONCOPLÁSTICA ¿NO HAY ESPACIO EN EL CONTEXTO DE LAS TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN?

Alexandre Mendonça Munhoz *

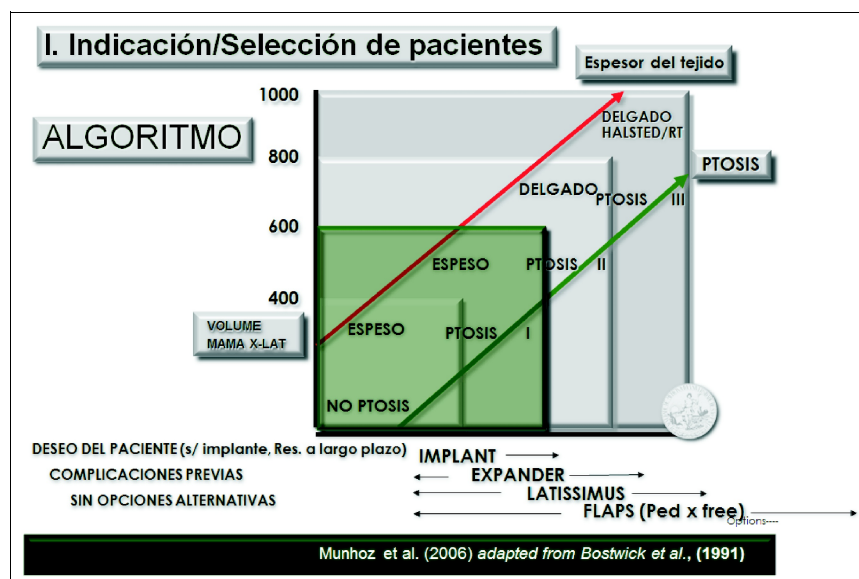
Voy a hablar un poco del papel de la microcirugía y las principales indicaciones, si las hay, en el contexto de la reconstrucción oncoplástica.

Nuestro pensamiento es que la microcirugía tiene beneficios estéticos muy importantes, son tejidos autólogos, hay un impacto positivo en la morbilidad, la piel tiene color, texturas similares y, principalmente, en los resultados a largo plazo cuando comparamos con los implantes. Con el objetivo de optimizar el resultado estético, son muy importantes algunos aspectos, ya que la microcirugía es un procedimiento de alta complejidad. No podemos y no hay posibilidad de indicar en todos los casos reconstrucción onco-

plástica, hay que tener una estructura para hacer este procedimiento. Por estos motivos es muy importante la indicación y selección de pacientes, la definición del defecto del tejido, la piel del tejido glandular, y principalmente un enfoque personalizado con el objetivo de conseguir buenos resultados.

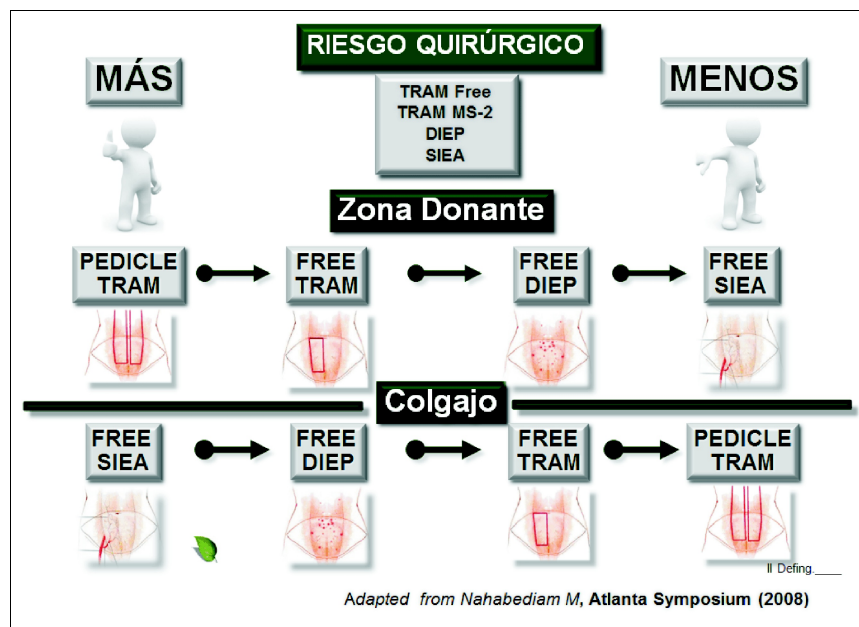
De acuerdo con nuestro algoritmo del uso de la reconstrucción, existen criterios objetivos y subjetivos no sólo para la indicación de colgajos, sino también de la microcirugía.

Pensamos que las mejores pacientes para utilizar colgajos son las de la extrema derecha del gráfico mostrado en el Cuadro 1. Habitual-



Cuadro 1

* Cirujano plástico del Hospital Sirio Libanés, San Pablo.
Miembro de la Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica (SBCP).



Cuadro 2

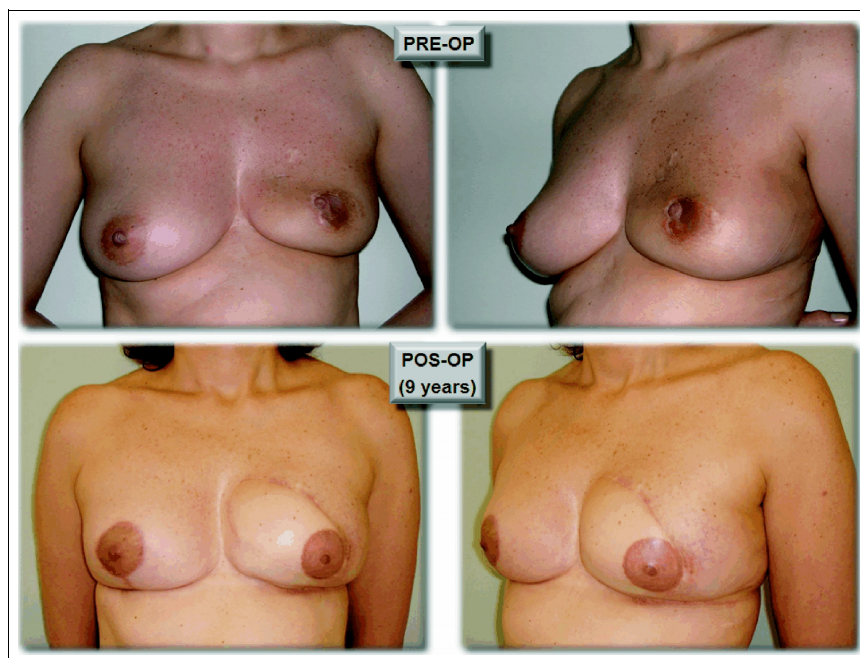
mente son mamas grandes, con cierto grado de ptosis, el colgajo de la mastectomía muy delgado, o con defectos locales. Son las mejores indicaciones y las indicaciones más seguras que tenemos para colgajos. Todavía hay pacientes que tienen también beneficios con la microcirugía en otros segmentos, principalmente pacientes con mamas pequeñas, con mamas medias, sin ptosis y hasta pacientes con buenos colgajos de mastectomía. Son pacientes que no quieren implantes, y hay un porcentaje significativo de esas pacientes, especialmente en consultorio privado, pacientes que desean resultados a largo plazo. En nuestra experiencia se trata de pacientes que tienen complicaciones previas y con las que no tenemos otra alternativa de reconstrucción que no sea la microcirugía.

Hay muchas indicaciones y muchas opciones, porque con la microcirugía tenemos más cartas, más técnicas, más opciones que solamente con la posibilidad de 2 o 3 colgajos pediculares. Hay una mayor oferta de áreas donantes, y de esta forma más soluciones para diferentes problemas. Cuando pensamos en el principal

área donante, el abdomen, sin duda tiene muchas ventajas y muchos aspectos positivos.

En los cuatro colgajos principales que tenemos en la región abdominal hay un fenómeno entre aspectos positivos y negativos (Cuadro 2). Cuando pensamos en la zona donante, los de la izquierda son donde hay más riesgo quirúrgico y los de la derecha donde hay menos riesgo quirúrgico, en términos de morbilidad. Entonces con el TRAM pediculado hay más secuelas en el área donante que el colgajo de la zona epigástrica superficial, casi que no tiene ningún efecto deletéreo de la pared abdominal. Cuando pensamos en el riesgo quirúrgico del colgajo, la secuencia es totalmente contraria, porque el mayor riesgo lo observamos en el epigástrico superficial y el menor riesgo en el colgajo TRAM pedicular. Este balance es muy importante y son muy importantes estas consideraciones, cuando pensamos en la indicación de estos colgajos.

Paralelamente a la correcta indicación del colgajo microquirúrgico en la cirugía oncoplastica, es muy importante la definición del defecto del tejido. Para eso es importante recrear, re-



Cuadro 3

construir tres aspectos importantes de la mama. El aspecto principal es la plataforma de la mama. En la gran mayoría de las mastectomías simples o las mastectomías con preservación de piel, no hay necesidad. En las reconstrucciones diferidas, principalmente en las mastectomías Halsted ultrarradicales, hay necesidad también de reconstruir la plataforma, que es una fundación de la estructura tridimensional suprayacente de la mama, en el esquema que el pecho produce en la pared torácica. El segundo punto es la forma o cono de la mama, que es la proyección en tres dimensiones del volumen del colgajo, en la parte superior de la plataforma de la mama. Por último, es importante la cantidad de piel que sostenga la forma de la mama en su posición y la calidad que permita una proyección adecuada, elasticidad y firmeza de la reconstrucción.

El primer punto de la aplicación de la microcirugía es en la cirugía conservadora de la mama. Pensamos que las indicaciones son muy estrictas, en especial en las reconstrucciones inme-

diatas. Nuestra experiencia es que casi el 90% de todas las indicaciones en las reconstrucciones de mastectomías parciales son relacionadas con procedimientos de rescate, como en situaciones de márgenes positivos en resultados de la parafina en la reconstrucción previa, donde no tenemos más áreas donantes. Hay pacientes que nos llegan con complicaciones previas, cuadrantectomías, radioterapia e innumerables tentativas de reconstrucciones locales con diferentes colgajos.

Los aspectos negativos de la indicación de la microcirugía en las reconstrucciones parciales de la mama son: el tiempo quirúrgico que se alarga; puede verse comprometida por los márgenes; y si pensamos en una tasa de recidiva local de 3-7% en la mayoría de las experiencias y estudios, no hay otra alternativa en una situación futura que esa paciente va a tener una recidiva local.

En el Cuadro 3 se puede ver un posoperatorio de 9 años de la reconstrucción. La paciente retornó para una pigmentación del complejo



Cuadro 4

areola-pezones. Con buenos resultados en términos de volumen y simetría, una reconstrucción estable, con resultados a largo plazo. La paciente está ahora con 13 años de la reconstrucción, con resultados muy buenos, sin contractura capsular, con mamas suaves, está muy satisfecha.

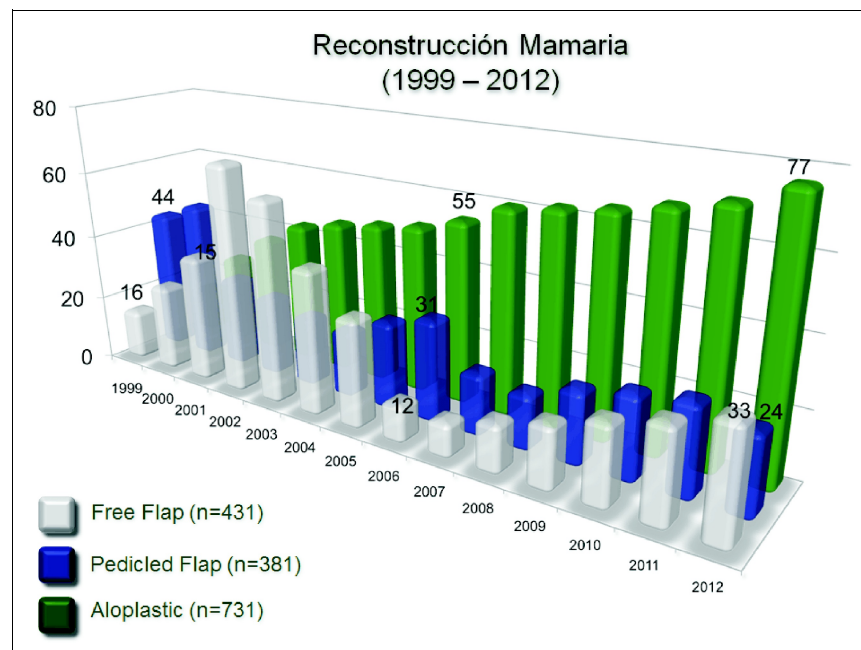
La segunda aplicación son las cirugías radicales, principalmente las mastectomías. Las principales indicaciones en la cirugía oncoplástica son las reconstrucciones inmediatas y diferidas y especialmente la solicitud de la paciente. Pacientes que no quieren implantes y que necesitan o quieren una morbilidad menor cuando pensamos en la transferencia de colgajos. No hay otras opciones, especialmente en pacientes con cirugías previas, grandes cicatrices en la pared abdominal.

Los aspectos negativos son: el tiempo quirúrgico prolongado; hay necesidad de un trabajo en equipo que debe estar bien orquestado en especial con el mastólogo y el anestésico, porque son reconstrucciones inmediatas y es necesario un equipo en un hospital terciario, con unidad de terapia intensiva, de recuperación, de

posibilidad de una reoperación o reintervención inmediata si ocurriera una complicación.

En una revisión sistemática de la literatura, el grupo del MD Anderson, los Dres. Michel Saint-Cyr y David W. Chang, mostraron que la preservación de los vasos es una buena técnica. Nuestra experiencia es que hasta en el 80% de las reconstrucciones inmediatas existe la posibilidad de utilizar esos vasos como receptores; en las reconstrucciones diferidas en menos del 5%, por los efectos de la fibrosis, de la radioterapia, disección previa. En el Cuadro 4 se observa un posoperatorio de 9 meses de una paciente obesa con reconstrucción de colgajo.

La tercera aplicación es la mastectomía con preservación de piel. En estos casos tenemos los mejores resultados estéticos con microcirugía, porque es una cirugía conservadora, porque son colgajos con menor morbilidad y también son cirugías conservadoras en la parte oncológica. Tiene preservación de la piel con los beneficios potenciales en términos de resultado estético. Puede ser aplicada tanto en la preservación de piel clásica, como más frecuentemente en pre-

**Cuadro 5**

servación de piel total que es la mastectomía con preservación de areola-pezones.

Los aspectos negativos son: el equipo debe tener un muy buen entrenamiento, especialmente el mastólogo; hay varias situaciones en el que el colgajo por más complejo que sea, fue exitoso y la cirugía oncológica tuvo una necrosis de hasta 70% de la piel de la mastectomía, entonces mi trabajo se perdió totalmente por una deficiencia técnica del equipo de mastología, por ello, es necesario que todos los miembros del equipo tengan habilidades quirúrgicas; el acceso quirúrgico es limitado, especialmente la exposición de los vasos receptores, muchas veces son pequeños accesos pediculares o el foco intramamario y riesgo de complicaciones locales, principalmente en la mastectomía.

Otra situación que es cada vez más frecuente y que vemos especialmente en los consultorios privados, son pacientes con complicaciones graves que no son encaminadas porque no hay otra alternativa de reconstrucción. Entendemos que la microcirugía es un procedimiento de res-

cate. Pacientes que nos llegan con extrusión del implante, paciente que tuvo utilización de colgajos y pacientes con reconstrucciones anteriores sin éxito; reconstrucciones secundarias, terciarias y cuaternarias.

El aspecto negativo es que es el último recurso, la última alternativa para esta paciente; entonces, las expectativas de la paciente y los familiares son muy grandes. El 30% de estas pacientes ya tiene, en nuestra experiencia, problemas legales con los otros médicos; es decir, que además de hacer la reconstrucción tenemos que considerar el problema del juicio. Estos casos son muy complicados. La calidad del área receptora, la piel, los vasos, la radioterapia, limitan mucho los resultados estéticos.

El Cuadro 5 grafica nuestra experiencia de comparar las técnicas microquirúrgicas, las técnicas de colgajo pediculado y los tejidos aloplásticos, los implantes y los expansores. Se puede ver que en los últimos años los implantes de expansores son la principal indicación. Hicimos mucha microcirugía entre los años 2000 y 2005,

y en los últimos 3 o 4 años la microcirugía nuevamente comienza a subir, principalmente por esos casos que presentan graves complicaciones previas en las cuales no hay otra alternativa.

Por último, son situaciones en las cuales no tenemos otras alternativas. Hay una limitación muy grande por la anatomía de la paciente (pacientes muy delgadas y que no tienen posibilidad de área donante) o son las situaciones de tumores o cánceres localmente avanzados, tumores inflamatorios.

Las aplicaciones de la microcirugía son principalmente para grandes heridas torácicas, ausencia de zona donante y también pacientes que quieren mejorar el resultado estético de una resección de un tumor grande.

Los aspectos negativos es que son pacientes con mal pronóstico, muchas tienen metástasis, áreas extremadamente comprometidas (en algunos casos de costillas o de pulmón), y también los efectos de la radioterapia local. Muchas pacientes que reciben radioterapia neoadyuvante, que complica mucho la calidad de los vasos receptores.

En conclusión, la microcirugía es un procedimiento fiable y debe ser considerado en las reconstrucciones oncoplásticas inmediatas y diferidas. La selección de la paciente es muy importante. Los sitios potenciales donantes deben ser evaluados teniendo en cuenta el estado del sitio receptor y la preferencia de la paciente y del cirujano.