

## Cirugía mamaria mínimamente invasiva: reconstrucción mamaria mediante colgajo muscular puro del gran dorsal

Antonio Güemes, Ramón Sousa, Ruth Cachón, Pilar Valcarreres, María Rufas, Azucena Gonzalo, Ismael Gil y Ricardo Lozano

Servicio de Cirugía A. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza: España.

### Resumen

**Introducción.** Las técnicas mínimamente invasivas se han extendido a todos los campos de la cirugía, la cirugía mamaria es quizá la cirugía que más se debería beneficiar de estos conceptos, por sus características especiales, reduce la agresión quirúrgica y elimina u oculta cicatrices. El propósito de nuestro trabajo es presentar una nueva técnica quirúrgica para la resección de grandes volúmenes de tejido mamario, incluida la mastectomía subcutánea completa, y reconstrucción mediante un colgajo del músculo gran dorsal con o sin material protésico, a través de una mínima incisión cutánea.

**Pacientes y método.** Análisis retrospectivo de nuestra serie de 5 casos clínicos intervenidos con esta técnica, que nos ha permitido ponerla a punto y establecer las indicaciones. Analizamos los detalles técnicos, las complicaciones y los resultados.

**Resultados.** Hemos intervenido a 5 pacientes mediante esta técnica quirúrgica (1 con hamartoma gigante, 1 con carcinoma in situ multicéntrico con enfermedad de Paget, 1 con tumor mamario maligno multicéntrico y 2 con tumoraciones malignas únicas de cuadrantes externos) practicando resecciones oncológicas suficientes (2 resecciones parciales mamarias y 3 mastectomías subcutáneas) e incluían biopsia de ganglio centinela o linfadenectomía axilar completa. Tras un período de seguimiento medio de 10 meses no ha habido recidivas locales y el resultado estético es excelente.

**Conclusiones.** La técnica mínimamente invasiva, a través de una incisión vertical en línea axilar posterior, permite realizar una resección mamaria parcial o completa, así como una reconstrucción inmediata mediante tejido autólogo o material protésico.

**Palabras clave:** Cirugía endoscópica mamaria. Cirugía mamaria mínimamente invasiva. Reconstrucción mamaria inmediata.

### MINIMALLY INVASIVE BREAST SURGERY. BREAST RECONSTRUCTION USING PURE MUSCULAR LATISSIMUS DORSI FLAP

**Introduction.** Minimally invasive surgical techniques have extended to all the fields of surgery. Breast surgery can also benefit from these concepts because of their special characteristics, reduction of aggressiveness, avoiding or hiding scars. The aim of our work is to introduce a new surgical approach for the resection of a large volume of breast parenchyma, including complete subcutaneous mastectomy and reconstruction using a pure muscular latissimus dorsi flap, with or without prosthetic material, through a minimal cutaneous incision.

**Patients and method.** Retrospective analysis of our series of 5 cases using our surgical technique which allows us to establish proper indications. We analyse the technical details, complications and results.

**Results.** Five patients were operated using this technique (1 giant hamartoma, 1 multicentred in situ carcinoma with Paget's disease, 1 multicentred infiltrating carcinoma and 2 malignant tumours arising in the external part of the breast). We performed oncological resections (2 partial resections and 3 complete subcutaneous mastectomies) including sentinel lymph node biopsy or total axillary lymphadenectomy. After a mean follow-up of 10 months no local relapses were found and the cosmetic results were excellent.

**Conclusions.** Minimally invasive surgical techniques through a posterior axillary line vertical incision enable total or partial subcutaneous mastectomy and a breast reconstruction, using muscular flaps or prosthetic material, to be performed.

**Key words:** Endoscopic breast surgery. Minimally invasive breast surgery. Immediate breast reconstruction.

Correspondencia: Dr. A. Güemes.  
Servicio de Cirugía A. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.  
Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España.  
Correo electrónico: agüemes@unizar.es

## Introducción

La resección de tumores mamarios exige practicar una incisión cutánea sobre el propio tumor, con la simple finalidad de extirparlo de la forma más directa posible. La posibilidad de conservar la piel suprayacente al tumor, hecho demostrado en múltiples series y trabajos<sup>1,2</sup>, permite mitigar, en gran parte, el efecto de las cicatrices sobre zonas muy visibles de la mama, bien reduciéndolas, bien alejándolas de los sitios más visibles o bien ocultándolas en pliegues o estructuras naturales. Este hecho es de una importancia clave en la cirugía del cáncer de mama, que hace posible la resección tumoral e incluso la mastectomía por cáncer conservando la piel de la mama<sup>3</sup>.

Se han diseñado varias técnicas para obtener el colgajo de gran dorsal a través de pequeñas incisiones con la finalidad de utilizar el músculo como relleno tras resecciones mamarias conservadoras, con o sin técnica video-endoscópica, casi todas utilizan varias incisiones tanto en la propia mama como en la axila y en la cara lateral del tórax<sup>4,5</sup>.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar una modificación técnica para la resección de tumores mamarios y posterior reconstrucción inmediata que utiliza el músculo gran dorsal, obtenido mediante técnica abierta con instrumental endoscópico, como colgajo muscular puro sin isla cutánea, a través de una única incisión lateral en la línea axilar posterior que permite una resección y reconstrucción completa de la mama, así como un tratamiento de la axila.

## Métodos

La paciente se coloca en decúbito lateral del lado contrario al de la mama patológica con el brazo sujeto a la barra horizontal de la mesa de quirófano (fig. 1).

A través de una incisión de unos 10 cm vertical, a la altura del surco submamario en la línea axilar posterior (aproximadamente en la prolongación cutánea del borde anterior del gran dorsal) realizamos la obtención del músculo gran dorsal como colgajo muscular pediculado sin isla cutánea. Solemos utilizar instrumental mixto de cirugía abierta y laparoscópico como retractores estrechos, luz fría, bisturí ultrasónico, etc. (fig. 2). La disección del colgajo se realiza enteramente a través de esa incisión separando las inserciones distales con bisturí ultrasónico y se continúa la disección muscular hasta el tendón blanco, separando el colgajo del tejido celular subcutáneo. Mediante esta técnica mixta llega a obtenerse la práctica totalidad del músculo, con un volumen de aproximadamente 250 ml, con posibilidad de alcanzar hasta la línea media torácica (fig. 3).

Una vez obtenido el colgajo se abandona in situ y procedemos a extirpar la tumoración mamaria. Las tumoraciones de los cuadrantes externos de la mama se resecan fácilmente a través de la misma incisión, si queremos realizar una mastectomía subcutánea completa, la dificultad es mayor, aunque es posible realizarla, se puede complementar con una incisión periareolar (para facilitar la resección de los cuadrantes internos). También es posible la resección del complejo aréola-pezones en caso de afección o cercanía del tumor.

Una vez resecada la pieza, en caso de tumores malignos, se realiza la biopsia de ganglio centinela o linfadenectomía axilar completa a través de la misma incisión. La reconstrucción mamaria se realiza aportando el volumen del músculo gran dorsal para rellenar la zona extirpada (el colgajo muscular puede rellenar los cuadrantes externos de la mama por sí solo, para ello simplemente el músculo puede doblarse sobre sí mismo para rellenar el defecto de volumen) o utilizando el músculo gran dorsal como cobertura muscular a una prótesis mamaria convencional (solo o unido al músculo pectoral mayor para crear un bolsillo).

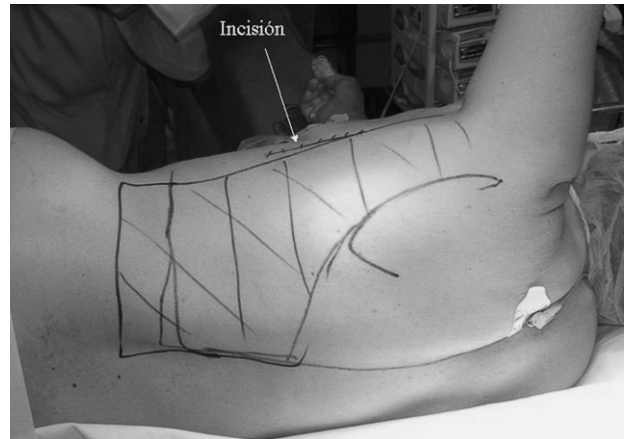


Fig. 1. Posición de la paciente en la mesa de quirófano. Se ha marcado la incisión y el contorno del músculo gran dorsal que se diseccionará. La incisión cutánea está en la línea axilar posterior a la altura del surco submamario.



Fig. 2. Cámara de laparoscopia introducida en el lecho quirúrgico que permite apreciar la distancia a la cual se secciona el gran dorsal, la luz que proporciona es imprescindible para la intervención.

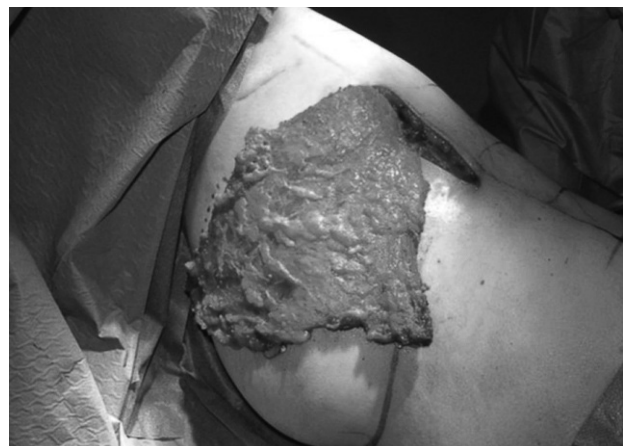


Fig. 3. Músculo gran dorsal desinsertado de las inserciones distales y exteriorizado a través de la incisión cutánea, observamos que llega a cubrir los cuadrantes externos de la mama con facilidad, una vez tunelizado a través del espacio subcutáneo llegará hasta la línea media esternal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253576>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253576>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)