

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Utilización de colgajo triangular dermoglandular interno en grandes tumores benignos de mama. Técnica de los autores

Dr. Jorge Félix Oña Correa<sup>1</sup>, Dr. Leonardo Carballosa Espinosa<sup>2</sup>, Dr. Georkis Martínez García<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Cirugía Estética y Caumatología. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Cirugía Estética y Caumatología. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

---

### RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal prospectivo, con el objetivo de caracterizar aspectos de interés relacionados con la morbilidad de pacientes tratados quirúrgicamente por grandes tumores benignos de mamas en el Hospital General Docente "Agostinho Neto" de Guantánamo, en el servicio de Cirugía Estética y Cirugía General durante el período de Enero de 2000 a Diciembre de 2010. El universo de estudio está constituido por 14 pacientes en los últimos 10 años, en todos los casos con correlación clínico-patológico, sin complicaciones y con alto grado de satisfacción al alta definitiva a los 6 meses de ser intervenidas quirúrgicamente. Las variables estudiadas, son: edad, tamaño del tumor, técnica empleada, tipo de anestesia y complicaciones. Predominó la edad entre 20 y 24 años, el tamaño de los tumores osciló entre 6 y 11 cm. La mayoría de los pacientes fueron operados con anestesia general. Las complicaciones que predominaron fueron seroma, hematoma y granuloma.

**Palabras clave:** estudio descriptivo, morbilidad, tumores benignos gigantes de mama

---

## INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad las mamas han sido consideradas símbolo de la femineidad, sexualidad y fertilidad. La pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos variables, estas son sin dudas uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo del sexo y zona erótica por excelencia.<sup>1</sup>

El fibroadenoma gigante es la causa más frecuente del aumento de volumen de una mama en las féminas adolescentes, aunque puede aparecer a cualquier edad de la época reproductiva, pero es algo más frecuente antes de los 30 años debido entre otras causas, al aumento de la sensibilidad de un foco de la glándula mamaria a los estrógenos.<sup>2-4</sup>

Estas tumoraciones requieren de un tratamiento quirúrgico oportuno ya que pueden evolucionar a la malignización. La exéresis temprana puede evitarla en mucho de los casos aunque quedara como consecuencia una mama deprimida vacía e inestética.<sup>2,3</sup>

Muchas son las técnicas quirúrgicas utilizadas posteriores a la mastectomía subcutánea para rellenar el tejido mamario perdido como los colgajos torácicos inferiores y abdominales.<sup>5,6</sup>

Actualmente se plantea como la técnica ideal y de uso universal, la utilización de implantes de silicona inmediatamente después de la mastectomía realizada por Letterman y Shorter en 1975 y que muchos autores han modificado, entre las más conocidas, la técnica de Assumpcao de Brasil que elimina remanente de piel con un colgajo en W y cierre en T invertida, marcando con los puntos conocidos como la mastoplastia, pero partiendo de la base del consenso universal de prótesis inmediatas.<sup>6-9</sup>

Las prótesis mamarias producen respuestas biológicas diversas, reflejados en muchos estudios con datos estadísticos de interés a tener en cuenta, además de los trastornos psicológicos y su elevado costo en el mercado.<sup>10-13</sup>

Tras insistir en la búsqueda de actualidad en los medios electrónicos se encuentra, que persiste la coincidencia tanto a nivel nacional como internacional, la necesidad de colocar una prótesis mamaria en estos grandes tumores por lo que se considera oportuno conocer dicha técnica.<sup>14-17</sup>

Se ha ideado una técnica más sencilla y menos costosa que se practica desde 1998 con buenos resultados, lo cual logra devolver a la paciente

una mama simétrica, sin necesidad de uso de prótesis, mejorando así su grado de satisfacción y calidad de vida.<sup>17,18</sup>

## **MÉTODO**

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal prospectivo, con el objetivo de caracterizar aspectos de interés relacionados con la morbilidad de pacientes tratados quirúrgicamente por tumores benignos gigantes de las mamas en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, en el servicio de Cirugía Estética y Cirugía General durante el período comprendido desde Enero de 2000 hasta Diciembre de 2010.

El universo de estudio está constituido por 14 pacientes con grandes tumoraciones procedentes de la consulta de patología de mamas.

### ***Técnica modificada de los autores***

Se localiza la tumoración, la cual es fijada a su base por la mano del cirujano, se hace coincidir la zona central del tumor a la región periareolar externa, donde se marca el punto A. El punto B se localiza en el pliegue submamario a una distancia igual a la del segmento AB hacia la región medial, de manera que coincidan los segmentos y formen un triángulo equilátero. La bisectriz pasará por el centro del tumor. Luego se marca un punto D medial al punto C a igual distancia que el resto de los segmentos, quedando planificado un colgajo dermoglandular con base medial en el surco submamario (Figura 1).

Se inicia el acto operatorio bajo anestesia, con una incisión en los segmentos del triángulo hacia la dermis superficial despitelizando la piel incluida en el mismo., que luego se continúa con una incisión en el segmento AB, BC y CD en todo el espesor de la glándula, se reseca la tumoración (Figura 2).

Previa biopsia por congelación negativa de células neoplásicas y hemostasia se rota un colgajo triangular dermoglandular interno con base medial en el surco submamario, el cual constituye un importante pedículo neurovascular (Figura 3).

Se fija con sutura el punto B a la fascia pectoral infraareolar, el colgajo ACD avanza hacia el punto B, proyectándose la mama con un contorno armónico, el cierre por planos, la sutura intradérmica y el drenaje culmina el acto quirúrgico (Figura 4).

Para desarrollar esta investigación se establecieron las coordinaciones necesarias con los departamentos de admisión, archivo y estadística de dicho hospital. Se realiza una amplia revisión bibliográfica del tema objeto de estudio, empleando la técnica de revisión documental, utilizando los sistemas Infomed, Medline y Lilacs.

### ***Obtención del dato primario***

La información es recogida en un formulario confeccionado al respecto, en la cual se plasman los datos obtenidos en las historias clínicas, referentes a la edad, diagnóstico clínico ultrasonográfico y anatomopatológico que se corroboraron en el acto quirúrgico con biopsia, se valora además tipo de anestesia, complicaciones y resultados estéticos.

A todas las pacientes se les realizó exéresis, biopsia por congelación negativa y rotación del colgajo dermoglandular interno. Posteriormente se codifican y almacenan en una base de datos.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Los tumores gigantes benignos son más frecuentes entre los 20 y 24 años de edad (57.5 %) (Tabla 1). Los tumores benignos de mama predominan en mujeres jóvenes producto a la mayor concentración de estrógenos según Hoffman<sup>2</sup>, Hilles y Geurkink refieren que el riesgo de padecer una tumoración gigante benigna de la mama es menor a medida que avanza la edad y es excepcional en mujeres postmenopáusicas.<sup>3</sup> De igual forma Hames Jiryiam en su estudio muestra que la mayoría eran féminas (98.12 %). Ello arroja una proporción de 17:1 con respecto al sexo masculino.<sup>7</sup>

La Tabla 2 muestra que el 64.3 % de estas pacientes presentaban tumoraciones de 6 a 9 centímetros, Leterman coincide con este estudio que la mayoría de las tumoraciones benignas de la mama son de 6 a 9 centímetros y que la mayoría son histológicamente fibroadenomas.<sup>14</sup>

El tipo de anestesia que más se utilizó en la operación de tumoraciones benignas de mama fue la general con un 71.4 % seguido de la local y sedación (21.4 %) y en menor número de pacientes la local y acupuntura (7.2 %) (Tabla 3). Al igual que otros autores, se considera que la anestesia local ofrece buenos resultados y debe ser aplicada a todo paciente que vaya a ser intervenido por una tumoración benigna de mama, pero resultó necesario aplicar anestesia general en la mayoría de las pacientes para disminuir tiempo quirúrgico y evitar un

transoperatorio tormentoso por el número de infiltraciones de anestésico local, similares resultados muestra Assumpcao en Brasil.<sup>14-17</sup>

Hausehild apunta que se puede realizar de manera ambulatoria, con anestesia local, y últimamente propone utilizar un material de sutura reabsorbible sintético y de manera continua, lo cual redundaría en un mayor beneficio económico y disminuye el tiempo quirúrgico.<sup>16</sup> Skoog en su estudio refiere que casi todos sus pacientes se operaron con anestesia general (98 %).<sup>5</sup>

La anestesia local ha devenido el método anestésico ideal para este tipo de cirugía, hasta hace algunos años poco usada o reservada para pacientes con riesgo anestésico elevado y con peso corporal promedio. Hoy su uso prácticamente no reconoce límites y puede utilizarse prácticamente en cualquier tumoración de mama, lo cual facilita además la realización de este tipo de proceder de forma ambulatoria, disminuir con ello los costos por conceptos de estadía hospitalaria, y permitir triplicar el número de operaciones que se pueden realizar.<sup>9</sup>

La Tabla 4 muestra que durante el estudio se presentaron 3 complicaciones (21.3%), de las cuales predominó un hematoma, un seroma y un granuloma, cada complicación constituye un 7.1 % de los casos intervenidos quirúrgicamente, todas fueron complicaciones menores las cuales se resolvieron con tratamiento médico, ninguna paciente necesitó reintervención, dos de estas complicaciones fueron inherentes al tipo de sutura utilizada, ya que en 2 pacientes se utilizó seda en la piel, al ser una estructura proteica puede comportarse como un antígeno y provocar respuestas inmunológicas, origina un tipo especial de reacción histológica denominada "Splendore-Hoepli-Phenomenom".<sup>19-24</sup>

Se recomienda al concluir este estudio el uso de suturas sintéticas, monofilamento como nylon o poliamida, polipropileno y polidioxanona según Coiffman en su estudio, refiere que la mayoría de las complicaciones en las tumoraciones de mamas son locales como el hematoma, seroma, sepsis entre otras menos frecuentes.<sup>1</sup>

## **CONCLUSIONES**

- El colgajo triangular dermoglandular constituye una técnica efectiva para resolver el defecto que resulta de la exéresis de grandes tumores mamarios.
- Predominó la edad entre 20 y 24 años y el tamaño de los tumores osciló entre 6 y 11 cm.

- La mayoría de los pacientes fueron operados con anestesia general y entre las complicaciones que predominaron se encuentran: seroma, hematoma y granuloma.
- A través de esta técnica modificada se logra devolver a la enferma una mama simétrica sin necesidad del uso de prótesis.
- Mejora el grado de satisfacción y calidad de vida de las pacientes.
- Esta técnica es aplicable a cualquier tumor benigno de mama.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coiffman F. Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética. La Habana: Edición Revolucionaria; 1987. p.1019, 1046.
2. Hoffman MD. Giant fibroadenoma of the breast immediate reconstruction following excision. British Journal of plast surg. 2008; 31(2): 170, 172.
3. Hilles JR, Geurkink RE. Giant breast tumor in the adolescent, America journal of plast. Surg. 2009; 109.
4. Robbins SL. Tratado de patología. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1973. p.1070-1072.
5. Skoog T. A technique of breast reduction. Acta chirurgica scandinavica. 2010; 126.
6. Longatcre J. The use of focal pedicle flap for reconstruction of the breast after subtotal or total extirpation the mammary gland. Plast Surg. 2009: 11-12.
7. Hames Jiryiam. A lower thoracic advancement flap in breast reconstruction after subtotal or total extirpation the mammary gland. Plast Surg. 2010.
8. Lewis JR. Use of the sliding flap from the abdomen to provide cover in breast reconstruction. Clinic chirurgica norteamérica. 2009 : 64-491.
9. Lewis JR. Reconstruction of the breast after mastectomy. Plast and Reconst Surg. 2009; 287.
10. Ryan JJ. The planning of breast reconstruction after mastectomy. Plast and Reconst Surg. 2008; 287
11. Millard R. Breast esthetic when reconstructing with the latissimus dorsi musculocutaneous flap. Plast Reconst Surg. 2012; 170.
12. Assumpcao EAD. Immediate Reconstruction without prosthesis following subcutaneous mastectomy in large breast. British journal of plast Surg. 2008; 31: 24-25.
13. Cormin TD. Reconstruction of breast after mastectomy. Plast Reconst Surg. 2009.
14. Gamb Schuter LEM, Inframary based dermo flap and prosthesis in mammary reconst following a subcutaneous mastectomy. Plast Reconst Surg. 2009: 55-56.

15. Freeman BS. Reconstruction of the breast for silastic gel from breast prótesis. Br J Plast Surg. 1974; 27(3) : 284-286.
16. Hausehild. Reconstruction of the female breast after mastectomy subcutaneus for implanation of silastic mammary prothesis. Br J Plast Surg. 2010: 18-21.
17. Robes JM. Alternative roule for the insertion of breast implants in mammary reconstruction. Br J Plast Surg. 2009: 32-33.
18. Brorgman RB. Exudation of so silicone through the evelope of gelfilled breast protheses in vitro study. Br J Plast Surg. 2008: 39-44.
19. Shaher. Fereing in the capsules around breast prothesis and the celular reaction. Br J Plast Surg. 2007: 35-41.
20. Barker DE. Bleedinng of silicone in breast implants and clinical to fibroust capsule reaction. Br J Plast Surg. 2008: 836-841.
21. Smamell J, Clodins L. Epidermal lining in the capsule of breast prosthesis. Br J Plast Surg. 1978; 31(2): 1773-1779.
22. Quintero S. Fibroadenoma juvenil gigante. En: V Congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica [Internet]. La Habana Cuba 2002[citado 23 noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.conganat.united.edu>.
23. Oña Correa JF. Plastia mamaria en tumores de mama. En: II Congreso cirugía plástica y reconstructiva [CD ROM]. La Habana; 1999.
24. Molina Fernández E. La sutura en Cirugía. La Habana: Curso internacional de suturas; 2008.

**Recibido:** 3 de Abril de 2012

**Aprobado:** 19 de Julio de 2012

**Dr. Jorge Félix Oña Correa.** Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** [plasticsur@infosol.gtm.sld.cu](mailto:plasticsur@infosol.gtm.sld.cu)

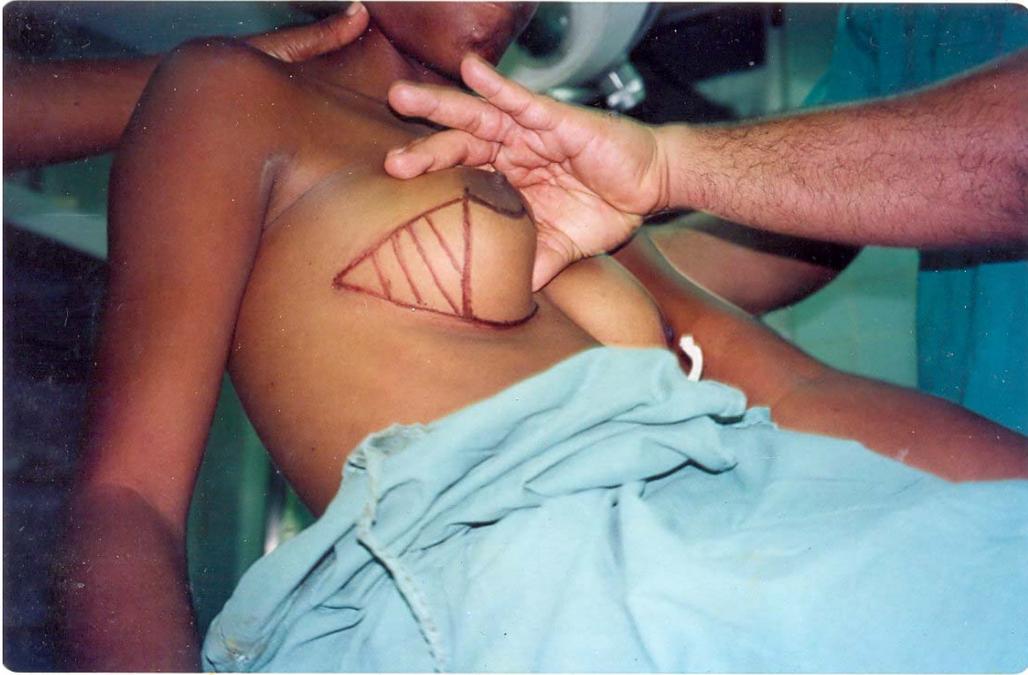


Figura 1. Planificación del colgajo triangular dermoglandular.

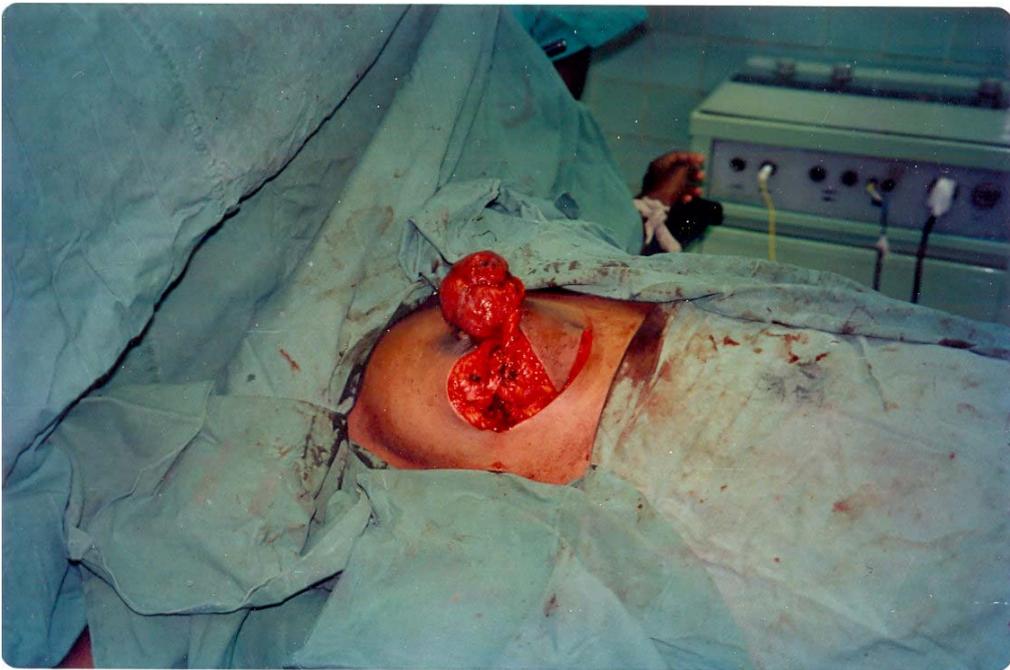


Figura 2. Despitelización y exéresis de la tumoración.



Figura 3. Pedículo triangular después de resecada la tumoración.



Figura 4. Sutura y drenaje.

Tabla 1. Edad

Edad	No.	%
15 - 19 años.	6	42.7
20 - 24 años.	8	57.5
Total	14	100

Fuente: Formulario

Tabla 2. Tamaño del tumor

6-9 cm	%	10-11 cm	%
4	28.6	2	14.3
5	35.7	3	21.4
9	64.3	5	35.7

Fuente: Formulario

Tabla 3. Tipo de anestesia

Tipo de anestesia	No.	%
General	10	71.4
Local y sedación	3	21.4
Local y acupuntura	1	7.2

Fuente: Formulario

Tabla 4. Complicaciones

Complicaciones	No.	%
Seroma	1	7.1
Hematoma	1	7.1
Granuloma	1	7.1
Total	3	21.3

Fuente: Formulario