

aunque es el DPO7 el momento más frecuente. Los síntomas referidos son eructos, dolor abdominal cólico, e íleo paralítico, que evolucionan a un cuadro de distensión abdominal masiva y neumatosis intestinal acompañada de fiebre e hipotensión causado por la necrosis intestinal.

La necrosis intestinal que presentan los pacientes suele ser masiva o de un amplio segmento yeyunal^{5,6}. Este hecho asociado a un diagnóstico habitualmente tardío, debido a la inespecificidad de los síntomas, implica una elevada mortalidad que Schunn et al en su revisión bibliográfica cifran en un 86%¹. Los pacientes que sobreviven, como en el caso que presentamos, son aquellos que no presentan una necrosis masiva, ya que ésta se acompaña de prácticamente un 100% de mortalidad².

Podemos concluir que ante la aparición de dolor abdominal, distensión abdominal o alto débito por sonda nasogástrica en un paciente con nutrición enteral por yeyunostomía es recomendable proceder a su paralización ante la posibilidad que se esté iniciando un cuadro de necrosis intestinal relacionado con la alimentación enteral. Si el cuadro ya está instaurado, la realización de una relaparotomía urgente y una resección intestinal del segmento necrosado es la única opción.

**J.M. Ramia, R. de la Plaza, J. Martín, D. Padilla,
R. Pardo, T. Cubo y J. Hernández**

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Complejo Hospitalario Ciudad Real.

Bibliografía

1. Schunn CDG, Daly JM. Small bowel necrosis associated with postoperative jejunal tube feeding. *J Am Coll Surg* 1995; 180: 410-416.
2. Lowler DK, Inculet RI, Malthaner RA. Small bowel necrosis associated with jejunal tube feeding. *Can J Surg* 1998; 41: 459-462.
3. Gottardi A; Krakenbuhl L, Farhadio J, Gernhardt S, Schafer M, Buchler M. Clinical experience of feeding through a needle catheter jejunostomy after major abdominal operations. *Eur J Surg* 1999; 165: 1055-1060.
4. Munshi IA, Steingrub JS, Wolpert L. Small bowel necrosis associated with early postoperative jejunal tube feeding in a trauma patient. *J Trauma* 2000; 49: 163-165.
5. Jorba R, Fabretgat J, García-Borobia F, Torras J, Poves I, Jaurieta E. Small bowel necrosis in association with early postoperative enteral feeding after pancreatic resection. *Surgery* 2000; 111-112.
6. Gaddy MC, Max MH, Schwab CW, Kauder D. Small bowel ischemia: a consequence of feeding jejunostomy. *South Med J* 1986; 79: 180-182.



Uso de la mamoplastia de reducción por cirujanos generales

Sr. Director:

A propósito del trabajo, publicado en su revista por Güemes Sánchez¹, deseáramos hacer unas consideraciones acerca de la utilización de la mamoplastia de re-

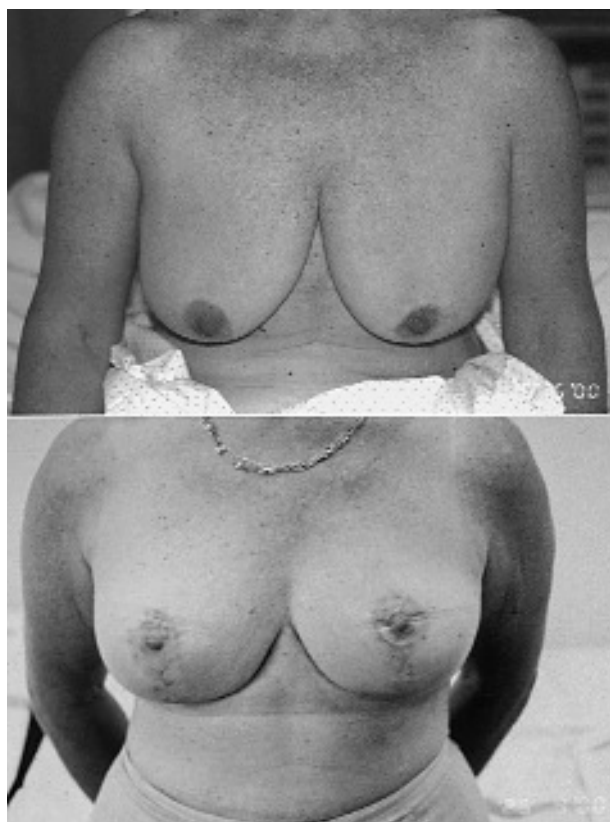


Fig. 1. Paciente con lipoma benigno antes y después de la mamoplastia de reducción.

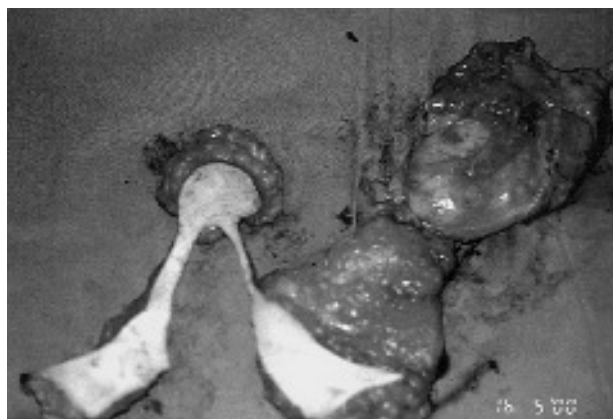


Fig. 2. Pieza de resección del tumor benigno.

ducción por parte de cirujanos generales y aportar un caso clínico de un lipoma mamario tratado mediante dicha técnica.

Al igual que los autores, creemos que la mamoplastia de reducción es una técnica al alcance de cirujanos generales que puede ser utilizada en diferentes indicaciones; si bien la hipertrofia mamaria o macromastia es la más frecuente, dicha técnica puede ser empleada en la reconstrucción mamaria (RM) y en la cirugía conservadora del cáncer de mama^{2,3}.

En nuestro servicio utilizamos habitualmente la mamoplastia de reducción para el tratamiento de la macromastia y para la simetrización de las mamas en los casos de RM, y en un caso particular, de una paciente tratada de un carcinoma mamario mediante cuadrantectomía, como única técnica de RM. Nuestra técnica difiere poco de la expuesta por los autores; utilizamos para la translación del complejo areola pezón (CAP) colgajos dérmicos superiores, dermoglandulares inferiores y, en aquellos casos con mamas excesivamente grandes, que se requiere el ascenso del CAP más de 15 cm, el injerto libre.

Presentamos un caso clínico en el que la mamoplastia de reducción fue la técnica utilizada para el tratamiento de una neoplasia benigna (lipoma), permitiendo, al mismo tiempo, reducir las mamas y lograr un buen resultado estético.

Mujer de 54 años, diagnosticada 3 años antes de tumoración mamaria localizada en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda con prolongación axilar. Antecedentes personales: histerectomizada por leiomiomas 7 años antes; hipertensión arterial; artrosis cervical sintomática. A la inspección se aprecian unas mamas grandes y ptósicas con una discreta asimetría mamaria por aumento de la mama izquierda a expensas del perfil axilar (fig. 1, superior). Se palpa una tumoración de unos 12 cm de diámetro máximo, de consistencia blanda, móvil y no dolorosa, situada en el cuadrante superoexterno de la mama que se prolonga el hueco axilar; no se palpan adenopatías. La paciente había sido diagnosticada mediante mamografías de tumoración mamaria benigna (lipoma) y, posteriormente, fue controlada cada año. No se habían apreciado lesiones radiológicas en el resto del parénquima mamario ni en la mama derecha; en cambio, sí se apreció progresivo aumento del tamaño de la tumoración que inicialmente medía 6 cm. El estudio radiológico de la columna cervical manifestó una alteración de la estática cervical con rectificación de la lordosis fisiológica secundaria a discopatía grave de los espacios C5-6 y C6-7; a dicha altura se aprecia un pinzamiento de los

espacios discales y osteofitos marginales. Para el tratamiento se eligió como técnica quirúrgica la mamoplastia de reducción con translación del CAP mediante un colgajo dermoglandular inferior, situando éste a 22 cm del punto medio clavicular; esta elección se basó en que dicha técnica nos permitía abordar la tumoración mamaria y axilar, reducir el tamaño de las mamas mejorando los signos patológicos cervicales y conseguir un buen resultado estético, presumiblemente, mejor que el del abordaje directo de la tumoración. Diagnóstico anatomopatológico: macromastia (480 g mama derecha [fig. 2], 282 g mama izquierda). El estudio microscópico del tejido mamario demuestra: hiperplasia epitelial ductal moderada, sin atipia focal, ectasia ductal, fibrosis e infiltración adiposa y lipoma. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, el resultado estético a las 6 semanas de la intervención puede observarse en la figura 1 (inferior).

Para finalizar, queremos felicitar a los autores por la publicación y por incorporar al arsenal del cirujano general la mamoplastia de reducción, técnica habitualmente utilizada con fines fundamentalmente estéticos y en el ámbito de otra especialidad.

F. Hernanz y M. Gómez Fleitas

Servicio de Cirugía General II.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Bibliografía

1. Güemes Sánchez A, Souza Domínguez R, Salinas Payer JC, Torcal Aznar J, Burdío Pinilla F, Beltrán JM et al. Mamoplastia de reducción. Indicaciones y consideraciones técnicas. *Cir Esp* 2000; 68: 30-34.
2. Hernanz F, Cagigas JC; Moran JL, Álvarez A, Otetiza J, Díez et al. Experiencia inicial en la reconstrucción de mama post-mastectomía por un servicio de cirugía general. *Cir Esp* 1999; 66: 47.
3. Cothier Savey I, Otmezguine Y, Calitchi E, Sabourin JC, La Bourgeois JP, Baruch J. Interet de la plastie mammaire de reduction dans le traitement conservateur du cancer du sein. A propos de soixante-dix cas. *Ann Chir Plast Esthet* 1996; 41: 346-353.