

MESA REDONDA: *LIPOFILLING* EN CIRUGÍA MAMARIA

Reconstrucción mamaria postumorectomía con *lipofilling*

Joan Fontdevila Font

Barnaclínic, Hospital Clínic, Barcelona, España

Con el objetivo de proporcionar nuevos datos acerca del comportamiento de los injertos de tejido adiposo en la mama y de su seguridad diseñamos un estudio clínico observacional en pacientes con cáncer de mama tratadas mediante cirugía conservadora.

El criterio de inclusión principal era presentar un defecto volumétrico importante en la mama, lo que acostumbra a relacionarse con haber padecido previamente un tumor grande, que en la clasificación TNM fuera igual o superior a T2.

Los injertos de tejido adiposo se obtuvieron preferentemente de zonas donantes del tronco (abdomen o lumbar), mediante aspiración a baja presión con cánulas atraumáticas, y purificados mediante centrifugación y posterior implante con cánulas finas atraumáticas. El tratamiento se planificó en 2 o más procedimientos con el fin de evitar complicaciones relacionadas con la sobrecorrección, como pueden ser los quistes oleosos, focos de esteatonecrosis, macro y microcalcificaciones, etc.

Todas las pacientes analizadas fueron tratadas y seguidas del cáncer de mama en la misma institución en la que se realizó el procedimiento y el seguimiento. Se registraron los cambios en la puntuación de BI-RADS y de las mamografías.

Cumplieron con los criterios de inclusión y los controles programados 27 pacientes; 21 de ellas presentaron tumores T2, 6 T3, y nadie presentó un tumor T4; 3 completaron 4 años de seguimiento, 8 completaron 3, 9 completaron 2 y 9

completaron 1 año. Quince se sometieron a 2 procedimientos de injertos de grasa, 11 se sometieron a 3 y 1 paciente logró el resultado deseado con sólo 1. Los controles clínicos y mamografías no mostraron ninguna paciente con recaída de la enfermedad. Ninguna paciente presentó complicaciones destacables. La necrosis grasa no se detectó en ninguna paciente. La puntuación de BI-RADS no cambió, pero los radiólogos apreciaron en varios casos que la evaluación de la mamografía era más fácil que en la exploración basal. Todas ellas experimentaron una mejora total en la forma del pecho.

De estos resultados se deduce que es posible una recuperación completa de la forma del pecho con los injertos de grasa tras cirugía conservadora del cáncer de mama. A pesar de que implica colocar el injerto en el parénquima mamario, esto parece ser seguro y no crear lesiones que pudieran interferir con la detección del cáncer.

Reconstrucción mamaria con tejido adiposo autólogo

Lourdes Martínez^a, José María Serra-Mestre^b y José María Serra-Renom^a

^aInstituto de Cirugía Plástica y Estética Dr. Serra Renom, Hospital Quirón, Barcelona, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España

^bDepartamento de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli, Italia

Introducción

La reconstrucción mamaria con tejido adiposo es muy útil para corregir y modificar el tamaño y la simetría mamarias, pero la reconstrucción de una mama únicamente con grasa es difícil porque la forma resultante suele ser plana en lugar de cónica. Presentamos nuestra técnica de reconstrucción mamaria utilizando únicamente tejido adiposo autólogo que nos permite obtener mamas con la forma cónica deseada.

Método

Nuestra técnica de reconstrucción mamaria está indicada en pacientes con piel elástica y flácida, y se realiza mediante inyecciones múltiples, constandingo de 2 o 3 etapas:

- En la primera etapa se inyectan unos 150 ml de tejido adiposo obtenido mediante la técnica de liposucción a bajas presiones con cánula de 3 mm. En este primer tiempo quirúrgico se decide la localización del nuevo surco, donde se llevan a cabo unos puntos de fruncimiento. Para ello, se realiza una incisión de 4 cm de longitud en epidermis y dos tercios de dermis. En cada extremo de esta incisión se realiza un corte de 3 mm hasta llegar a tejido graso. Con una sutura de material trenzado permanente del número 0 se realiza un punto para provocar el fruncimiento del tejido.
- La segunda etapa se realiza a los 3 meses de la primera. Se inyectan nuevamente unos 150 ml de tejido adiposo

autólogo y si ya tenemos el volumen suficiente se remodela la mama para obtener la forma de cono deseada. Para ello diseñamos un triángulo isósceles desde la nueva posición donde queremos situar el complejo areola-pezones hasta el surco submamario, lo suficientemente amplio para crear la forma de cono buscada al unir los 2 lados con una "T" invertida. Desepidermizamos el triángulo y mediante una incisión donde se realizaron las suturas de fruncimiento disecamos el tejido en el plano prepectoral. Seguidamente suturamos los pilares y anclamos el tejido mamario hasta que el surco coincida con la sexta costilla. Se reconstruye el complejo areola-pezones. Finalmente se puede completar la remodelación de la nueva mama con inyecciones de tejido adiposo. A nivel del surco, la herida se cierra con un pequeño *lifting* de la piel abdominal. En la mama contralateral, casi siempre es necesario realizar una reducción-pectaxia mamaria que efectuamos con una cicatriz en "T" invertida procurando obtener la mayor simetría de forma y cicatrices entre los 2 lados.

Resultados

Entre 2008 y 2011 hemos realizado nuestra técnica en 10 pacientes (edades comprendidas entre 54 y 68 años), en una de ellas de manera bilateral. Los resultados han sido positivos, permaneciendo el tejido injertado y la forma cónica de la mama estables en el tiempo. Los volúmenes me-

dios de tejido adiposo inyectado fueron de 150 ml, tanto en el primer como en el segundo estadios¹.

Discusión

La posibilidad de reconstruir una mama únicamente con tejido adiposo ha sido descrita por varios autores, con diversos grados de reabsorción de la grasa y con una forma resultante aplanada, resultando difícil remodelar la grasa para obtener la forma de cono deseada². Se han descrito diferentes sistemas de expansión externa con el objetivo de mejorar la forma de la neomama, con resultados desiguales y con el principal inconveniente de la incomodidad por parte de las pacientes, al tener que llevar el sistema durante varios meses³.

Con nuestro protocolo de reconstrucción mamaria únicamente con tejido adiposo en 2 o 3 estadios obtenemos un tejido graso de volumen suficiente para modelarlo y dar forma a la mama. Durante las inyecciones aplicamos suturas de fruncimiento en el lugar donde se desea ubicar el nuevo surco submamario. Posteriormente creamos la forma de cono deseada desepidermizando un triángulo central, disecando en el plano prepectoral, suturando pilares, dando proyección al cono con suturas a nivel del pectoral mayor

y anclando el nuevo surco a nivel de la sexta costilla, obteniendo como resultado una mama con la forma deseada.

Conclusiones

Con nuestra técnica de reconstrucción mamaria con injertos grasos, suturas de fruncimiento y formación de un cono al final del procedimiento con pexia y reinserción del surco submamario a nivel de la sexta costilla somos capaces de reconstruir la mama únicamente con grasa en pacientes con la piel suficientemente elástica obteniendo un resultado estético con forma cónica en lugar de plana.

Bibliografía

1. Serra-Renom JM, Muñoz-Olmo JL, Serra-Mestre JM. Breast reconstruction with fat grafting alone. *Ann Plast Surg.* 2011;66:598-601.
2. Fitoussi A, Pollet AG, Couturaud B, et al. Secondary breast reconstruction using exclusive lipofilling. *Ann Chir Plast Esthet.* 2009;54:374-8.
3. Khouri RK, Schlenz I, Murphy B, et al. Nonsurgical breast enlargement using an external soft-tissue expansion system. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 2000;105:2500.

Aplicaciones del tejido adiposo autólogo en el aumento de mamas

Jesús Benito Ruiz

Servicio de Cirugía Plástica, Clínica Tres Torres, Barcelona, España

En 1987 Bircoll publicó los primeros trabajos sobre inyección de grasa autóloga en la mama. En ese mismo año, la Sociedad Americana de Cirugía Plástica y Reconstructiva recomendó que el uso de esta técnica fuera prohibido debido a la presencia frecuente de complicaciones que comprometía el *screening* del cáncer de mama. Sin embargo, algunos grupos continuaron trabajando en la técnica. El principal problema de la supervivencia de la grasa era con respecto a la técnica de obtención y a la metodología usada en su procesamiento e inyección, lo cual fue resuelto por Coleman con su descripción de la "lipoestructura". La técnica de Coleman ha sido validada mundialmente por numerosos grupos de trabajo.

El mismo Coleman publicó un trabajo en 2007 en el que demostraba la seguridad y resultados con su técnica en aumento de mamas. Desde entonces varios equipos han estado trabajando en el uso de tejido, adiposo tanto en reconstrucción como en aumento de mamas.

Khouri ha presentado muy buenos resultados con pre-expansión (BRAVA) e injerto de grasa posterior (*Clin Plast Surg.* 2009;36:269-80). Del Vecchio ha refrendado estos resultados muy recientemente (*Plast Reconstr Surg.* 2011;127:2441-50). Petit et al han presentado una expe-

riencia de 10 años con más de 800 casos de injertos de tejido adiposo en cirugía mamaria con resultados estables y sin mayor incidencia de cáncer de mama (*Plast Reconstr Surg.* 2011;128:341-6).

Los principales interrogantes con respecto a la técnica se basan en los cambios que puede producir en la mamografía debido a necrosis grasa y calcificaciones.

Nosotros comenzamos usando la técnica en pacientes con reconstrucción mamaria, como complemento a procedimientos ya realizados (expansor, TRAM, defectos tras cirugía conservadora). Posteriormente, como técnica única en reconstrucción mamaria y, finalmente, en cirugía estética de la mama (dobles contornos, aumento primario).

Presentamos la técnica utilizada y nuestra experiencia inicial en cirugía estética de la mama (aumento). Las ventajas de la técnica son, en nuestra opinión:

- Ideal para mujeres que acuden a la consulta para un contorno corporal (liposucción, abdominoplastia) y que solicitan también aumento del volumen mamario (típico de mujeres tras embarazos).
- La mama obtenida es muy natural, tanto en forma como en tacto, y sin cicatrices visibles.

- Ideal para mujeres que no desean implantes.
- Complemento al aumento mamario con prótesis y pacientes con defectos de forma (mamas tuberosas)

Las desventajas son:

- Limitación en cuanto al volumen conseguido en una sola operación (máximo una copa). Si se desea más volumen se

precisan varias intervenciones (lo que incrementa el coste y riesgos para la paciente).

- Técnica larga y tediosa (puede hacer cometer errores en la inyección).
- No indicada en toda la población femenina (sólo mujeres con acúmulos grasos susceptibles de ser utilizado).
- Faltan estudios a largo plazo con respecto al impacto en el *screening* mamario.