



UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO

FACULTAD DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y
ESTÉTICA

TÍTULO:

EFICACIA DEL COLGAJO DORSAL ANCHO EN CIRUGÍA
MAMARIA EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA GUAYAQUIL EN
EL PERIODO 2015-2016

Trabajo de Investigación presentado como requisito previo a optar por el Grado
Académico de Especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética

AUTOR

Dr. Andrés Gustavo Vergara Olvera

TUTOR:

Dra. Sandra Angélica Chalen Zambrano

Samborondón, Diciembre 2016

DEDICATORIA

Dedico el siguiente trabajo de titulación a Dios por darme siempre la fuerza y su bendición en cada proyecto y en todo acto en mi vida.

A mi Padre Dr. Andrés Vergara Rivadeneira, por ser un gran ejemplo de vida y por el orgullo de ser su hijo y aunque ahora no estés en estado físico siempre estás a mi lado apoyándome y guiándome por el sendero correcto.

A mi Madre Lcda. Aida Olvera Martínez, por traerme a la vida, por sus valores, su apoyo, por sus consejos, amor, y por su infinita bondad de ayudarme en todo momento.

A mis hijos que adoro Andrea Sofía, Andrés, María Emilia y Martina a quienes son mi razón de vida y el motor que me impulsa a ser mejor.

A Diana Alvarez, mi amor, mi pareja, mi pilar, por estar siempre a mi lado en las situaciones y momentos difíciles y por haber confiado en mí capacidad de superación cada día.

Andrés Vergara Olvera

AGRADECIMIENTO

El siguiente trabajo de Titulación fue supervisado por la Dra. Sandra Chalen a la cual le agradezco por su ayuda, tiempo, paciencia, guía y dedicación puesta en la realización de mi tesis y así poder lograr un trabajo exitoso, que sirva de sugerencia a demás cirujanos plásticos en el campo de la reconstrucción de la pared torácica y mama.

Agradezco a mis Padres Andrés y Aida por ser mi guía, ejemplos de vida y trabajo a quienes admiro y guardo siempre en mi corazón.

Gracias Diana, por ser mi amor y por tu continuo apoyo desde el primer día que te conocí.

A Dios por darme la vida, su protección; por bendecirme y guiarme siempre por un camino correcto de bienestar, prosperidad y felicidad.

A mis hermanos por ser parte de mi familia y siempre creer en mí.

A los padres de Diana y su tía Lcda. Julia Angulo por brindarme su amistad y ayudarme en tiempos difíciles.

A cada uno de mis tutores quienes me brindaron sus guías y conocimientos para realizarme como profesional en esta hermosa carrera que es la cirugía plástica.

Agradezco a la universidad de especialidades Espíritu Santo “UEES” por abrirme las puertas y permitirme formar parte de ella y así fomentar mis conocimientos médicos en el postgrado de cirugía plástica reconstructiva y estética.

UNIVERSIDAD DE ESPECIALIDADES ESPÍRITU SANTO
FACULTAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA, RECONSTRUCTIVA Y
ESTÉTICA

Comisión De Titulación Universidad De Especialidades
Espíritu Santo

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación de tesis para optar por el título de Especialista en Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética, de la Facultad de Postgrados de la Universidad de Especialidades “Espíritu Santo”, certifico que:

He dirigido la tesis de grado presentada por el Doctor Andrés Gustavo Vergara Olvera, con CI número: 1203305428, cuyo tema es “EFICACIA DEL COLGAJO DORSAL ANCHO EN CIRUGÍA MAMARIA EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA GUAYAQUIL EN EL PERIODO 2015-2016”. Revisada y corregida la tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

Dra. Sandra Angélica Chalen Zambrano

TUTOR

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

DECLARO QUE:

El trabajo de investigación titulado: “EFICACIA DEL COLGAJO DORSAL ANCHO EN CIRUGÍA MAMARIA EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO SOLCA GUAYAQUIL EN EL PERIODO 2015-2016” ha sido desarrollado en base a una investigación original, respetando la confidencialidad de las historias clínicas participantes, conforme a las citas que constan en el marco del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Por lo consiguiente, este tema es de mi total autoría.

Bajo esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del trabajo de investigación suscrito.

Doctor Andrés Gustavo Vergara Olvera

CI número: 1203305428

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	IV
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	V
TABLA DE CONTENIDO.....	VI
TABLA DE ILUSTRACIONES	X
INDICE DE TABLAS	XI
RESUMEN	XII
SUMMARY	XIV
I. CAPITULO.....	1
1.1 INTRODUCCION DEL TEMA	1
II. CAPITULO	3
2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	3
2.1.1 Objetivos General.....	3
2.1.2 Objetivo Específicos	3
III. CAPITULO	4
3.1 MARCO TEORICO	4
3.1.1 Fundamentos Anatómicos: Anatomía de la mama	4

3.1.2	Circulación Mamaria	5
3.1.3	Inervación	6
3.1.4	Sistema Linfático	6
3.2	Cáncer de Mama	6
3.3	Reconstrucción Mamaria En El Cáncer Mamario	7
3.3.1	Historia de la Reconstrucción Mamaria en el Cáncer de Mama.....	8
3.4	Fases De La Reconstrucción Mamaria	10
3.4.1	Reconstrucción Del Volumen Mamario.....	11
3.4.2	Reconstrucción Del Complejo Aréola-Pezón.....	13
3.4.3	Reconstrucción Del Hueco Axilar	13
3.5	Tiempos De Reconstrucción	14
3.5.1	Ventajas Y Desventajas De Los Tiempos De Reconstrucción.....	14
3.6	Reconstrucción Mamaria Con Colgajo Dorsal Ancho	15
3.6.1	Anatomía del Colgajo de Músculo Dorsal Ancho o Latissimus Dorsi Flap	15
3.6.2	Irrigación.....	16
3.6.3	Inervación.....	16
3.6.4	Técnica De Colgajo Dorsal Ancho “Latissimus Dorsi Flap”.....	16

3.7	Técnica Quirúrgica.....	19
3.7.1	Levantamiento del Colgajo y Tallado.....	19
3.7.2	Transferencia del colgajo.....	20
3.7.3	Indicaciones.....	21
3.8	Complicaciones.....	21
IV.	CAPITULO	23
4.1	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	23
4.1.1	Diseño De La Investigación	23
4.1.2	Población Y Muestra	23
4.1.3	Variables.....	23
4.1.4	Criterios De Inclusión.....	24
4.1.5	Criterios De Exclusión	24
4.1.6	Instrumentos De Investigación	24
4.1.7	Metodología.....	25
4.1.8	Operacionalización de las variables	25
V.	CAPITULO	28
5.1	RESULTADOS.....	28
VI.	CAPITULO	39
6.1	DISCUSION.....	39
VII.	CAPITULO	43

7.1	CONCLUSIONES	43
VIII.	CAPITULO I	45
8.1	RECOMENDACIONES	45
IX.	CAPITULO	46
9.1	BIBLIOGRAFIA	46

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Reconstrucción mamaria inmediata con skin sparing mastectomies.....	30
Ilustración 2: Mastectomía de limpieza en región torácica derecha más reconstrucción de latissimus dorsi flap para cobertura de forma inmediata.	31
Ilustración 3: Reconstrucción mamaria secundaria a efectos nocivos de la radioterapia	32
Ilustración 4: Colgajo latissimus dorsi flap extendido sin implante mamario.....	33
Ilustración 5: Reconstrucción mamaria tardía con Colgajo latissimus dorsi flap más expansor mamario y mamoplastia contralateral.	34
Ilustración 6: Colgajo latissimus dorsi flap con implante anatómico 230ml.	35
Ilustración 7: Necrosis parcial del colgajo debido a seroma con efecto compresivo a nivel del pedículo vascular.....	36

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacional de las variables	25
Tabla 2: Tratamiento quirúrgico Oncológico.....	28
Tabla 3: Grupo de etario en la reconstrucción mamaria con colgajo dorsal ancho.	29
Tabla 4: Tipos De Reconstrucción.	30
Tabla 5: Distribución de la tecnica según el uso de materiales sintéticos.....	32
Tabla 6: Distribución de complicaciones presentadas en la tecnica de colgajo dorsal ancho.	35
Tabla 7: Escala de satisfacción de las pacientes posterior a la reconstrucción con colgajo latissimus dorsi flap.	37
Tabla 8: Escala de satisfacción de acuerdo a la eficacia de la simetría de mamas posterior a la reconstrucción con colgajo latissimus dorsi flap.	38

RESUMEN

La reconstrucción mamaria es una de las técnicas quirúrgicas que más satisfacción genera a una paciente oncológica mastectomizada.

Con el advenimiento de las técnicas de reconstrucción mamaria para cada paciente seleccionada como el uso de colgajos autologos se redujo las posibilidades de complicaciones y aumentaron los beneficios de aspecto estético. Actualmente se conoce un sinnúmero de técnicas para reconstrucción pero debemos guiarnos por la más confiables, útiles y que reflejen menos evidencia de secuelas al finalizar la reconstrucción.

La presente investigación es de tipo descriptivo realizada en el hospital oncológico de Solca de Guayaquil en el periodo 2015-2016, donde se usó el colgajo dorsal ancho para reconstruir pared torácica, y mamas de forma inmediata o tardía de acuerdo a las condiciones generales del paciente. Tomándose como referencia 20 pacientes oncológicos a quienes se realizó cobertura post mastectomías, dichas fueron: mastectomías radicales, mastectomías de limpieza, SSM (skin sparing mastectomies), NSM (nipple skin mastectomies), por lo cual la indicación para el uso del colgajo fue muy variado: cobertura, relleno y reemplazo de los tejidos.

Los datos fueron tomados del servicio de estadística del Hospital Solca de Guayaquil, historias clínicas, record quirúrgicos, los controles postoperatorios se los realizo mediante una hoja de recolección de datos.

Se obtuvo como resultados que las pacientes comprendían un límite de edad entre 35 a 56 años, las complicaciones que se presentaron fue un 10% la cual se resolvió favorablemente. Las pacientes presentaron un grado de satisfacción de excelente en un 80% la cual se consiguió mediante una escala de Likert de 5 caracteres.

PALABRAS CLAVES: reconstrucción mamaria, cobertura, colgajo dorsal ancho, mastectomía, satisfacción.

SUMMARY

Breast reconstruction is one of the surgical techniques that gives the most satisfaction to a mastectomized cancer patient.

With the advent of breast reconstruction techniques for each patient selected as the use of autologous flaps, the possibilities of complications were reduced and the benefits of aesthetic appearance increased. A number of reconstruction techniques are known today but we must be guided by the most reliable, useful and reflecting less evidence of sequelae at the end of the reconstruction.

The present investigation is of a descriptive type carried out in the cancer hospital of Solca de Guayaquil in the period 2015-2016, where the wide dorsal flap was used to reconstruct the chest wall, and breasts immediately or late according to the general conditions of the patient . Taken as a reference, 20 oncological patients who underwent mastectomies coverage were: radical mastectomies, mastectomies of cleaning, SSM (skin sparing mastectomies), NSM (nipple skin mastectomies), for which the indication for the use of the flap was very Varied: coverage, filling and replacement of tissues.

The data were taken from the statistical service of the Solca Hospital of Guayaquil, clinical histories, surgical records, postoperative controls were performed by means of a data collection sheet.

The results showed that the patients comprised an age limit between 35 and 56 years; the complications presented were 10% which

was resolved favorably. Patients presented an excellent satisfaction level of 80%, which was achieved using a 5-character Likert scale.

KEY WORDS: breast reconstruction, coverage, broad dorsal flap, mastectomy, satisfaction.

I. CAPITULO

1.1 INTRODUCCION DEL TEMA

La reconstrucción de la pared torácica y de la región mamaria es fundamental en aquellas mujeres que desean restaurar su imagen corporal y mejorar su calidad de vida después de una mastectomía ya sea curativa o paleativa. Existen diferentes opciones quirúrgicas dependiendo de las condiciones físicas y deseos de la paciente.

El objetivo de cualquier cirugía de mama es recrear una mama de consistencia blanda, simétrica, con una textura y color similar a la original, siempre y cuando el estadio de la paciente y su enfermedad de base lo permitan. En estadios avanzados se recurren a cirugías extremas en las cuales se hace necesario reconstruir la pared torácica.

La reconstrucción de mama se puede llevar a cabo de forma inmediata tras la mastectomía o bien de forma tardía, una vez concluido el tratamiento complementario, ya sea quimioterapia y/o radioterapia, y los tejidos locales han recuperado la normalidad.

Iginio Tansini en 1906 fue el primer autor en describir el uso del colgajo miocutáneo dorsal ancho para el cierre de un defecto creado en el tórax tras una mastectomía. Su uso se ha ido popularizando con el paso de los años al tratarse de un colgajo tipo V de la clasificación de Mathes y Nahai con una vascularización muy segura, que puede emplearse en la mayoría de las pacientes, especialmente en aquellas con un riesgo elevado de sufrir complicaciones con otras técnicas (TRAM, tabaco,

obesidad, etc.) o bien como salvamento tras el fallo de una reconstrucción previa con implantes o tejido autólogo, o por modificaciones indeseables post-radioterapias. Debemos considerar una reconstrucción combinada ya que en algunos casos, al colgajo se le debe de asociar un implante (expansor o prótesis) para conseguir el volumen dependiendo de la mama sana en especial en pacientes delgadas que no tienen mucho tejido adiposo en la espalda.

En el hospital de Solca se viene realizando en algunos pacientes, reconstrucción mamaria y de pared torácica postmastectomía usando el colgajo de dorsal ancho. Dichas mastectomías fueron: mastectomías radicales, mastectomías de limpieza, SSM (skin sparing mastectomies), NSM (nipple skin mastectomies), reconstrucciones mamarias secundarias, por lo cual la indicación para el uso del colgajo fue muy variado: cobertura, relleno y reemplazo de los tejidos.

Lo que se busca evaluar es la eficacia del colgajo de dorsal ancho en dichas indicaciones luego de su realización en pacientes oncológicos del hospital de Solca en el lapso del año 2015 y 2016, mediante la recolección de datos de los pacientes en el sistema de dicha institución y la observación de estos en la consulta externa.

II. CAPITULO

2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Objetivos General

Determinar la presencia de pacientes mastectomizadas en el hospital de Solca que hayan tenido indicación para uso de colgajo dorsal ancho en reconstrucción mamaria inmediata o tardía y en reconstrucción de pared torácica y determinar la eficacia de la tecnica y las complicaciones de este colgajo en dicho hospital.

2.1.2 Objetivo Específicos

1.- Cuantificar las pacientes mastectomizadas en las cuales hubo indicación de colgajo de dorsal ancho en el hospital de Solca entre el año 2015-2016.

2.- Describir la tecnica utilizada, diseño, levantamiento y tallado de este colgajo y su aplicación tanto en la cobertura de las mastectomías de limpieza o en la reconstrucción inmediata y tardía de mama sola o combinada con otros dispositivos.

3.- Evaluar la eficacia del colgajo dorsal ancho en la reconstrucción mamaria en el hospital de Solca.

4.- Describir y cuantificar las complicaciones de la tecnica.

5.- Calificar el grado de satisfacción de la paciente con la tecnica utilizada (escala numérica 1-10).

III. CAPITULO

3.1 MARCO TEORICO

3.1.1 Fundamentos Anatómicos: Anatomía de la mama

La mama es en términos biológicos una glándula sudorípara más del cuerpo humano, la cual se modificó para lograr la función de dar de lactar a la cría y a la vez como un componente sexual en la feminidad. Al ser una glándula que se desarrolla en la profundidad de la piel esta tiene componente embriológico ectodérmico la cual se atrofió en los seres humanos por lo que solo quedaron dos, a diferencia de los animales los cuales mantienen una fila de mamas a cada lado. No es raro encontrar en ciertas mujeres vestigios de estas glándulas lo cual llamamos mamas supernumerarias o en otras hay ausencia de la glándula (amastia).

Histológicamente la mama contiene un parénquima glandular compuesto por conductos o ductos y células alveolares los cuales se encuentran suspendidos por un tejido conjuntivo que sirve de soporte a la glándula.

La glándula mamaria es un órgano par (derecho e izquierdo) que va desde la III costilla hasta la VI, que por efectos de la gravedad y la edad se pueden ptosar y llegar hasta la VII costilla. Reposo sobre la aponeurosis del musculo pectoral mayor, su región lateral esta en relación con el musculo pectoral mayor y el musculo serrato mayor y en la región inferior con el musculo oblicuo mayor y el recto anterior del abdomen. En la parte inferior presenta el surco mamario el cual es una reflexión de la

fascia de scarpa a este nivel, la cual a partir de este punto se divide en dos fascia que envuelven la glándula, una anterior que está en contacto con la glandula y el tejido celular subcutáneo y un posterior que está en contacto con la aponeurosis del musculo pectoral mayor, estas capas se encuentran comunicadas entre sí por estructuras de tejido conectivo que salen de estas y atraviesan la glandula mamaria llamados ligamentos de Cooper.

A nivel del 4 y 5 espacio intercostal está localizado fisiológicamente el pezón el cual contiene la mamila que es de forma cónica y está rodeada por un halo que es la areola.

El glándula mamaria contiene en su interior de 15-20 lóbulos y cada uno de estos se dividen en lobulillos, de los cuales cada uno contienen de 10-100 alvéolos. ⁽⁸⁾

3.1.2 Circulación Mamaria

La mama esta irrigada por varias arterias importantes que atraviesan y llegan ramificándose por vasos de diferentes diámetros a la glándula propiamente dicha y a las estructuras adyacentes. La más importante es la arteria mamaria interna rama de la arteria subclavia que desciende hasta el 2 y 4 espacio intercostal para irrigar la porción medial y superior de la glandula mamaria aportando el 60% del el aporte sanguíneo total. La arteria torácica externa sale de las ramas mamarias laterales y va a dirigir a las partes laterales de la mama para irrigar la porción lateral e inferior aportando el 30% de aporte sanguíneo total. Las ramas anteriores y laterales de la 3, 4 y 5 intercostales siguen el trayecto de los dichos espacios intercostales y van a irrigar la porción profunda de la mama y aportan solo el 10% del aporte sanguíneo total. Los vasos de la arteria mamaria interna y la torácica externa se van a unir con los vasos intercostales para formar una red de vasos que van a irrigar a toda la mama, la confluencia de todos estos vasos aportan irrigación al complejo

areola-pezón mediante el plexo subdermico el cual también va a irrigar a la piel de la mama. ⁽⁹⁾

3.1.3 Inervación

La mama se encuentra inervada por ramos laterales del 3-4-5 y 6 nervios intercostales, y se encuentran distribuidas para inervar cada segmento, el pezón se encuentra especialmente inervado por el 4to nervio intercostal, en la porción superior se encuentra fibras del plexo cervical superficial, las ramas de la 2-4-5 y 6 inervan la porción medial e inferior de la mama y la 2da rama también desciende lateralmente y se une con ramos del mediano y del 3er espacio intercostal para inervar la porción lateral de la glándula. ⁽¹⁰⁾

3.1.4 Sistema Linfático

El sistema linfático en la mama es muy importante, ya que se encarga de recoger la linfa, del sistema inmunológico regional de la mama y por ende de combatir enfermedades. Los vasos linfáticos se encuentran distribuidos y conectados entre sí por un sistema de red por toda la mama los cuales van a drenar en los ganglios linfáticos a nivel de la región supraclavicular, infraclavicular, axilar, inter-pectoral, línea paraesternal, siendo la vía más importante las que llevan la linfa a las vías de drenaje lateral e intermuscular. Este sistema de ganglios es muy importante en el campo de la oncología los cuales nos sirven para conocer en ellos el grado de estadificación de un cáncer, la determinación de su tratamiento y suponer la predicción de la supervivencia del paciente. ^{(11), (12)}

3.2 Cáncer de Mama

El cáncer de mama tumor autosómico dominante, hormono dependiente es el más frecuente en las mujeres en América Latina y ocupa la segunda causa de muerte después del cáncer de pulmón. Esta

afecta principalmente a mujeres mayores de 35 años aunque se han encontrado casos en pacientes menores, no respeta raza ni posición social convirtiéndose así en un problema de salud pública, el cual no se ha mitigado con el pasar de los años, y aunque se han descubierto tratamientos para tratar de suprimir el cáncer en estadios tempranos, las secuelas que dejan en el tórax afectan al paciente en su entorno social y psicológico, por lo que los cirujanos plásticos entramos en el rol importante que es la reconstrucción de toda la pared torácica incluida la mama propiamente dicha generando finalmente un nivel de satisfacción aceptable para el paciente y su entorno.

4.1 Factores de Riesgo de Cáncer de mama

Mujeres mayores de 35 años

Menarquia menor a los 12 años

Menopausia mayor a los 55 años

Nuliparidad o embarazo por primera vez mayor a los 35 años

Antecedentes familiares

3.3 Reconstrucción Mamaria En El Cáncer Mamario

El cáncer de mama es una grave amenaza para la salud de la mujer a nivel mundial y en nuestra nación. Hemos visto un recrudecimiento de la enfermedad así como una presentación en edades cada vez menores, siendo la segunda causa de muerte en nuestro país si no se trata a tiempo.

Los tratamientos oportunos tienen eficacia en combatir la enfermedad, pero muchas veces se necesitan tratamientos más cruentos para erradicar el cáncer por lo cual la paciente es sometida prácticamente a una mutilación necesaria de la mama sin opción a la reconstrucción.

Las mamas son uno de los caracteres sexuales más importantes de la mujer, esencial en el proceso reproductivo, para alimentación del bebe y como arma de seducción de la mujer, así la importancia de su calidad de vida en la mujer es evidente, por lo que las mujeres en especial las más jóvenes que han padecido de cáncer de seno y se han sometido a una mastectomía los cambios en la apariencia y la sexualidad pueden ser más estresantes y afectar la autoestima de la paciente.

En este campo entramos nosotros los cirujanos plásticos reconstructivos ya que el traumatismo físico y psíquico producido por la mastectomía puede ser paliado mediante la reconstrucción mamaria inmediata o tardía.

Con todo esto la finalidad de la reconstrucción mamaria es restaurar el volumen y forma de la nueva mama, dar una mejor cobertura de piel, tejido adiposo y musculo, de manera permanente y crear un balance y simetrización adecuada con la mama contralateral.

3.3.1 Historia de la Reconstrucción Mamaria en el Cáncer de Mama

El cáncer de mama, enfermedad catastrófica y mortal, ha sido estudiada desde hace mucho tiempo atrás, es así que podemos encontrar información de que fue en 1895 donde Vincenz Czerny, cirujano alemán de Heidelberg el primero que reconstruyo una mama al trasplantar un lipoma del tamaño de un puño de la región lumbar derecha al pecho mastectomizado de una paciente.

No es hasta el año de 1896 donde Ignacio Tanzini realizo un colgajo de espalda para cobertura de un defecto en el tórax anterior. En el año 1905 Louis Obrendane realizo un colgajo de musculo pectoral menor para reconstrucción mamaria. En el año de 1906 Ignacio Tanzini realizo un colgajo de piel, grasa y musculo dorsal ancho para reconstruir una mama. En el año de 1956 Holdsworth publicó la reconstrucción mamaria

con un colgajo tubular transferido a la mama. Reinaldo Pontes también realizo un colgajo pero con la mitad de la mama contralateral. Gersuny (1899) y Ushida (1961) utilizaron la Parafina y la Silicona para dar volumen a las mamas reconstruidas con colgajos autólogo. Así mismo vinieron gran cantidad de materiales sintéticos los cuales traían muchas complicaciones y por lo tanto fracasaron. En año de 1961 Thomas Cronin y Frank Gerow crearon los implantes de gel de silicona, los cuales se utilizaron en el año 1962, los mismos que fueron evolucionando y modificando su forma y textura con el pasar de los años. En 1974 Brantigan menciona y describe el uso del colgajo de dorsal ancho para en el defecto de la resección del músculo pectoral mayor. Ese mismo año Tai y Hasegawa usaron colgajos de musculo abdominal para reconstrucción mamaria. Miguel Orticochea en el año 1973 realizo una reconstrucción mamaria mediante transposición de un colgajo pediculado de glúteo usando la muñeca como zona temporal hasta llegar a la mama (1). En 1976 Olvari reintrodujo el colgajo dorsal ancho para cobertura de zonas irradiadas en la región del torax, y en 1978 Boswick uso el colgajo dorsal ancho para reconstrucción mamaria, ya en 1982 fue descrito por Hartrampf, el colgajo miocutáneo de recto abdominal con isla transversal de piel infraumbilical (TRAM) el cual no estaba exento de complicaciones.⁽²⁾ En 1984 Becker describió el expansor permanente mediante un sistema de doble de compartimientos, uno externo de silicona que estaba en contacto con la superficie interna de la mama y uno interno que se llenaba con solución salina en un segundo tiempo. Posterior Maxwell y Falcone publicaron en 1992 al crear un expansor similar a la forma de la mama, válvula de llenado integrado y superficie texturada para posteriormente en un segundo tiempo cambiarla por una prótesis y así tener un resultado más natural.⁽³⁾ Con el ingreso de la microcirugía en 1959 por Seidenberg, esta se hizo rutina y en 1989 Koshima y Soeda realizan el colgajo DIEP (Deep inferior epigastric perforator).⁽⁴⁾ En 1994 Grotting describe el colgajo SIEA (superficial inferior epigastric artery) en el cual no es necesario usar el músculo recto

anterior del abdomen, ni incidir la fascia para identificar la arteria.⁽⁵⁾ El colgajo S-GAP (perforator superior gluteal artery) fue perfeccionado por Blondeel en 1999 para realizar reconstrucción mamaria en caso de dificultad de la anatomía de la pared abdominal utilizando una perforante de la arteria glútea superior.⁽⁶⁾ Con la posibilidad de reconstruir una mama posteriormente tratada su enfermedad, Werner Audretsch da por primera vez en 1994 el término de cirugía oncoplastia de mama (COM) el cual comprendía extirpar el tumor en su totalidad y dejar márgenes sanos libre para su posterior reconstrucción y así minimizar las secuelas de la cirugía cruenta.

No fue hasta 1996 cuando John Bostwick cambio el término a “Tumor-Specific Immediate Reconstruction” el cual no solo menciona las diferentes técnicas de prevención sino también las diferentes maneras de reconstrucción de la mama ya sea esta inmediata, tardía, en la reparación luego de exéresis de tumores avanzados localmente y en su recurrencia en la pared del tórax.⁽⁷⁾

3.4 Fases De La Reconstrucción Mamaria

Existen varias fases para la reconstrucción mamaria:

- 1.- Reconstruir el volumen y la forma de la mama
- 2.- Reconstruir el CAP
- 3.- Reconstrucción del hueco axilar

Actualmente disponemos de varias técnicas quirúrgicas para esta reconstrucción, en las que podemos utilizar:

- 1.- reconstrucción con colgajos, sean estos; locales o a distancia
- 2.- materiales sintéticos: entre los cuales tenemos; prótesis mamarias, expansores, oncoplastia, lipofiling y técnicas combinadas.

3.4.1 Reconstrucción Del Volumen Mamario

En la reconstrucción del volumen de la nueva mama debemos tener un buen montículo para tratar de conseguir la forma similar redondeada y cónica de una mama normal. Esto va a depender de múltiples factores en el área receptora como son: el tipo de colgajo que dejaron posterior a la mastectomía, el tipo de colgajo a usar, si estuvo expuesta o no a radioterapia, la presencia de deformidades o cicatrices, la habilidad del cirujano y la edad de la paciente.

Dentro del grupo de los colgajos a distancia tenemos el colgajo de dorsal ancho (latissimus dorsi flap).

Este colgajo muy versátil, aporta no solo musculo sino un buen tejido dermocutaneo que puede reemplazar o dar cobertura a la superficie mamaria perdida, además puede ser utilizado combinadamente con dispositivos expansores o implantes.

Lo importante de este colgajo es que es muy noble al poseer pocas complicaciones, no hay rechazo ya que es un tejido autólogo, aporta volumen, da cobertura y reemplaza tejidos dañados; no deja mayor defecto en el sitio donante, sin embargo entre las complicaciones citadas a nivel mundial está el alto índice de seromas del sitio donante.

Entre los resultados obtenidos resaltan una apariencia normal de la piel de la mama lo cual es estéticamente aceptada por la paciente, brindando así una recuperación de la autoestima de la paciente en la familia y la sociedad.

3.4.1.1 Tipos De Técnicas Quirúrgicas

Según el tipo de tecnica quirúrgica la reconstrucción con mamaria se puede dar por medio de: materiales sintéticos o tejidos autologos. ⁽¹⁹⁾

A. Materiales Sintéticos

Implante de una prótesis de silicona:

Es la tecnica más fácil, dependiendo de la cantidad de partes blandas y calidad de piel que se encuentre posterior al tratamiento del cáncer, colocándolos debajo del musculo pectoral mayor. Las pacientes adecuadas para este tratamiento son pacientes con mamas pequeñas.

Inserción de una prótesis expansora:

Esta tecnica nos permite expandir los tejidos tanto como deseamos para tener un volumen adecuado comparado al de la mama contralateral. Se lo usa en pacientes con buena calidad de piel pero con poca cantidad expansible de tejidos blandos luego de la mastectomía, colocándolo así mismo como las prótesis debajo el musculo pectoral para lograr un buen soporte y resistencia al insuflar. Requiere otro tiempo quirúrgico para colocar la prótesis definitiva o se la puede realizar en un solo tiempo quirúrgico mediante una prótesis expansora permanente.

El colgajo musculo-cutáneo de dorsal ancho es uno de los colgajos más usados y versátiles ya sea porque aporta buena cobertura ya sea de piel como de musculo, pudiendo dar cobertura definitiva siendo está sola o en conjunto con prótesis o expansores.

B. Tejidos Autólogos

Colgajos locales:

Estos colgajos los usamos cuando hay alguna perdida de sustancia en la mama de manera parcial o cuando la cobertura es insuficiente para lograr una adecuada cobertura de un expansor o prótesis de mamaria

Colgajos a distancia:

Colgajo autólogo del hipogastrio: Se los usa como donantes del abdomen en la reconstrucción mamaria pudiendo ser colgajos pediculados o libres como el TRAM, o de perforante como el DIEP, S-GAP, TMG, colgajos inguinales, costales o el libre de omento.

3.4.2 Reconstrucción Del Complejo Aréola-Pezón

Como último paso en la reconstrucción mamaria la reconstrucción del CAP se debería realizar solo cuando el cirujano está conforme con el volumen y la simetría bilateral de las mamas para así orientar la altura y proyección del nuevo CAP.

La fase de reconstrucción del nuevo pezón la podemos realizar por medio de varias técnicas: ⁽²⁰⁾

Trasplante del lado opuesto

Cirugía local mediante colgajos mediante:

Colgajo estrella modificado por Askenazi y Hartrampf

Colgajo patin

Colgajo CV

Colgajo en raya o “skate flap”

Injerto de piel total de labio menor

La técnica para reconstruir la areola es a partir de dos técnicas básicas que son:

Injerto de piel total de ingle

Tatuaje ^{(21), (22)}

3.4.3 Reconstrucción Del Hueco Axilar

Esta fase de reconstrucción está indicada para los oncólogos que han realizado extirpación completa por vaciamiento ganglionar en dicha región por estudio de marcaje de ganglio centinela.

Esta deformidad en dicha región puede ser reconstruida por medio de tejidos autólogos o lipotransferencia.

Así mismo en esta fase se pueden realizar mejoramiento de cicatrices contráctiles o contracturas.

3.5 Tiempos De Reconstrucción

Reconstrucción inmediata: La reconstrucción inmediata la realizamos en el mismo tiempo quirúrgico posterior a la mastectomía, siendo útil el colgajo dorsal ancho aplicado junto a un expansor en ese momento o una prótesis mamaria lo que nos ayudara al final un volumen mamaria adecuado a la mama contralateral, y finalmente reconstruiremos el pezón y areola.

Reconstrucción tardía: La reconstrucción tardía la realizaremos en un segundo tiempo quirúrgico posterior a la mastectomía que varía entre 6-12 meses, ya sea por una posible recurrencia del cáncer en dicha región, por necesidad de continuar con el tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia, y la posibilidad de provocar efectos mortíferos en el colgajo y además por tratar al paciente es su parte psicosocial al necesitar una nueva mama para su restaurar su autoestima.

Así mismo colocaremos un montículo con el tejido autólogo del paciente, simetrizaremos las mamas, reconstruiremos un nuevo surco mamario si lo amerita, y finalmente reconstruiremos el pezón y la areola.

(16)

3.5.1 Ventajas Y Desventajas De Los Tiempos De Reconstrucción

Ventajas de la reconstrucción inmediata:

Con una sola intervención quirúrgica ya queda formado el bolsillo cutáneo, no se ve afectado el surco mamario, aporta beneficio psicológico a la paciente, y mejor resultado estético

Ventajas de la reconstrucción tardía:

Mejor planificación preoperatoria, no necesita equipo multidisciplinario, evita los problemas asociados a la radioterapia

Desventajas de la reconstrucción inmediata:

Mayor tiempo quirúrgico, mayor personal multidisciplinario, no mayor tiempo de planificación

Desventajas de la reconstrucción tardía:

Mayor tiempo de afectación psicológica y social hasta llegar a la reconstrucción, menor resultado estético, mayor costo hay requerir varios tiempos quirúrgicos ^{(17), (18)}

3.6 Reconstrucción Mamaria Con Colgajo Dorsal Ancho

3.6.1 Anatomía del Colgajo de Músculo Dorsal Ancho o Latissimus Dorsi Flap

El dorsal ancho es el reflejo del musculo pectoral en la región de la espalda, es un musculo plano el cual tiene su origen desde las apófisis espinosas que van desde la séptima vértebra lumbar siguiendo en línea por las vértebras sacras hasta llegar a la cresta iliaca, se fija además desde la décima hasta la doceava costilla y una pequeña porción al músculo serrato anterior, redondo mayor y converse sus fibras a nivel de un tendón que va a llegar al canal del bíceps humeral en la zona infratroqueana. El músculo se encuentra libre en la parte medial inferior, no siendo así en la región medial superior el cual está en contacto con el músculo trapecio. Tiene como función realizar la rotación interna,

abducción y extensión del brazo, contribuye a realizar mecanismos como es el de abrazar, toser, llevar el brazo hacia atrás y trepar. ⁽¹³⁾

3.6.2 Irrigación

El latissimus dorsi corresponde al tipo V de la clasificación de los colgajos musculares de Mathes- Nahai, por poseer un pedículo principal y varios accesorios que van a todo el segmento del músculo. ⁽¹⁴⁾

La arteria dominante de este músculo es la arteria toracodorsal originaria de la arteria subescapular que cerca de su origen en la arteria axilar se divide en la arteria toracodorsal y la circunfleja escapular, además da unos ramos arteriales que van junto a dos venas cada uno hacia el músculo serrato el cual sirve de nutrición cuando el dorsal ancho es levantado para reconstrucción. La arteria toracodorsal tiene un diámetro aproximado de 1-2 mm y una longitud de entre 6-12 cm, entra por debajo de la escapula hacia la inferior del músculo dorsal ancho a unos 2.5-3 cm de su borde. ⁽¹⁵⁾

3.6.3 Inervación

La inervación del músculo dorsal ancho esta dado principalmente por el nervio toracodorsal. El nervio torácico corre por la fascia dl serrato en su parte inferior y esta suelto en el espacio axilar por tejido conjuntivo en la porción superior en el hueco axilar.

3.6.4 Técnica De Colgajo Dorsal Ancho “Latissimus Dorsi Flap”

3.6.4.1 Planificación Preoperatoria

Valoración del músculo dorsal ancho:

Antes de toda cirugía de reconstrucción con un colgajo dorsal ancho, debemos de revisar que este se encuentre indemne, por lo que podemos utilizar diferentes maniobras de acuerdo a la función de este

musculo como son las principales de rotación del brazo hacia dentro y también de llevarlo hacia atrás y hacia abajo.

El cirujano pide que el paciente realice abducción del brazo y mientras reconoce la parte externa del musculo sostiene el brazo abducido y le pide al paciente que baje el brazo con fuerza y así reconoce el borde externo del musculo dorsal ancho. Así mismo al paciente al oprimir ambas manos una contra la otra se podrá apreciar el musculo en su totalidad. Se suele pedir una ecografía doppler o arteriografía para visualizar el recorrido de la arteria toracodorsal. ⁽²³⁾

Valoración del defecto de mastectomía:

Debemos de valorar la magnitud del defecto para tener una relación aproximada de la cantidad de isla cutánea que vamos a necesitar en el proceso de reconstrucción. Para esto hay varias recomendaciones:

Orientar el patrón en las líneas de fuerza de la mama: para que haya la menor tensión posible a nivel de la línea ecuatorial de la mama (para colgajos en polo superior) o en líneas radiales externas (en colgajos en cuadrante supero externo). Para el grosor del musculo dorsal ancho, este no debería pasar de los 9 cm para evitar problemas al momento del cierre del defecto de despegamiento, teniendo una dimensión adecuada de 6-8 cm.

Se debe tratar incluir el tejido alrededor de la areola para abarcar lóbulos mamarias que puedan estar afectados por alguna propagación intraductal hacia el complejo areola-pezón, y así evitar en lo posible reintervenciones quirúrgicas por bordes comprometidos.

Abarcar el grado de movilización medial del complejo areola-pezón al momento de la aplicación del colgajo sobre el defecto. ⁽²⁴⁾

Colocación estratégica de la isla cutánea:

La elección para la colocación de la isla cutánea va a depender de la forma, tamaño y posición en la que se encuentre el defecto y además de la habilidad de asemejarla a una mama normal o semejar en lo posible a la mama contralateral. El posicionamiento de la isla cutánea puede ser inferior, transversal y vertical dependiendo del área afecta, y se realizan incisiones de relajación de forma arqueada o en losange al momento de la mastectomía para así lograr incluir el colgajo en una posición más anatómica. El mejor efecto tenemos al colocarla en el polo inferior ya que la mama tiene una mayor proyección en esta área y gana más naturalidad, no siendo así en el polo superior en una cicatriz transversal alta donde el área es plana y no moldea el colgajo al ser una piel más dura, la cicatriz vertical la usamos después de una mastectomía radical en cual también reconstruimos el pliegue axilar. ⁽²⁵⁾

Dimensiones del colgajo dorsal ancho: ⁽²⁶⁾

Las dimensiones musculares son: Longitud: 35 cm (límites 21-42 cm), ancho: 20 cm (límites 14-26 cm), grosor: 1.5 cm (límites 0.5-4.5 cm). Las dimensiones de la isla cutánea son: en dependencia de la cantidad de piel al realizar la maniobra del pinch test.

3.6.4.2 Marcaje Preoperatorio

El marcaje preoperatorio se lo realiza con el paciente de pie para dar con una correcta anatomía de las estructuras que vamos a trabajar. Se toman como referencia la línea media clavicular, el surco mamario y el área mastectomizada.

Posteriormente se marca la región a levantar en el dorsal ancho de acuerdo a las dimensiones del defecto y la orientación que esta va a tomar el área receptora debiendo ser en sentido de superior interna a inferior externa evitando así las futuras pliegues de rotación (dog ear).

Se marcan el borde externo del dorsal ancho y la punta del omoplato para limitar los bordes de este colgajo pidiendo al paciente que coloque sus manos sobre la cadera, se marca el borde superior de la cresta iliaca superior. Se dibuja un trazo que va desde la parte media de la cresta iliaca hasta la línea axilar posterior, el origen de la arteria toracodorsal va a estar de 10-12 cm desde el punto axilar aunque también puede ser ayudado por ecografía doppler para tener una localización más exacta. Esto nos servirá para ver hasta qué punto podemos rotar el colgajo sin lesionar la arteria y así llevarlo hasta la región anterior del tórax, desisertandolo inclusive desde su origen. El tamaño de la isla cutánea suele ser de 6-8 x 14-16 cm generalmente. ^{(27), (28), (29)}

3.6.4.3 Colocación del Paciente

La colocación más óptima para realizar este tipo de reconstrucción es decúbito lateral abarcando el campo quirúrgico toda el área del tórax anterior, posterior y axila. Se coloca la extremidad superior del lado afecto en un ángulo de 90°, igualmente se coloca el antebrazo sujeto a un arco para apoyo, el miembro inferior de apoyo sobre la mesa quirúrgica debe de estar flexionada y separa por una almohada de la otra extremidad la cual debe de estar estirada y fija en conjunto con la cadera a la mesa para tener mayor estabilidad. Posteriormente cuando se ha realizado el levantamiento del colgajo y la transferencia a la región torácica se coloca al paciente en posición decúbito dorsal para lograr la aplicación y modelado del colgajo. ⁽³⁰⁾

3.7 Técnica Quirúrgica

3.7.1 Levantamiento del Colgajo y Tallado

Se realiza la incisión de la piel sobre la parte anterior del fuso hasta llegar a la aponeurosis del músculo dirigiendo el bisel hacia afuera para conseguir más tejido graso, luego se va disecando en sentido medial visualizando el pedículo del colgajo, una vez verificado la arteria se realiza una incisión posterior y se sigue la circunferencia de la isla de piel marcada, disecando esta y la parte muscular donde va incluida su fascia para mayor viabilidad convirtiéndolo en un colgajo fascio-musculo-cutáneo tipo V en la clasificación de Mathes-Nahai. Posteriormente desinsertamos sus uniones 1) con el músculo trapecio para su desinserción con los músculos paravertebrales, 2) serrato anterior y 3) redondo mayor, ligando o cauterizando todos los vasos y ramas al momento del despegamiento sobre todo los intercostales y lumbares. Luego para el levantamiento ligamos la arteria toracodorsal para evitar un sangrado ineficaz y que la arteria solo quede circunscrita al colgajo que vamos a usar. Se disecciona en dirección axilar todo el pedículo en su grosor para evitar una lesión de los vasos toracodorsal que pasan por la región medial del músculo y la mayor parte de ramas de los nervios vasomotores toracodorsales en el cual se liga su haz en la parte inferior del músculo dorsal ancho.

Con la última desinserción del músculo redondo mayor hay un mayor eje de rotación del colgajo para poder movilizarlo hacia la parte anterior del tórax.

Posterior al levantamiento del colgajo se realiza el cierre del área donante en el que los bordes deben de acercarse sin tensión y suturar por planos para evitar algún tipo de dehiscencia en el futuro. Es mandatorio colocar un dren tubular aspirativo con múltiples orificios como medida preventiva para evitar colecciones hemáticas o seromas que puedan suceder horas posteriores a la cirugía, siendo esta la complicación más frecuente en la literatura médica.⁽³¹⁾

3.7.2 Transferencia del colgajo

Para la colocación del colgajo dorsal ancho a la pared anterior debemos de formar un túnel subcutáneo lo bastante cómodo para no provocar una constricción del pedículo vascular y llegara a producir sufrimiento o la muerte del nuevo tejido en el tórax.

Se debe de separar el musculo pectoral mayor del tejido subcutáneo cerca de la axila en el primer nivel inferior, y tiene que tener un diámetro aproximado de 6-8 cm lo que es suficiente para pasar el colgajo.

3.7.3 Indicaciones

- Reconstrucción mamaria inmediata: Cuando se realiza inmediatamente posterior a la mastectomía.
- Reconstrucción mamaria tardía: Cuando se realiza en un tiempo prudencial posterior a la mastectomía mínimo de 6 meses.
- Terapia conservadora de la mama: Cuando se logra conservar la mayor parte de piel y complejo areola- pezón, extirpando através de un segmento todo tumor como en las SSM (skin sparing mastectomies), NSM (nipple skin mastectomies).
- Mastectomía de limpieza: Cuando posterior a la mastectomía, no es posible el cierre directo de los bordes del tejido sano.
- Reconstrucción secundaria: reconstrucción de mama posterior a una primera reconstrucción fallida o post-radioterapia.

3.8 Complicaciones

Las complicaciones que se pueden dar son:

- Seroma
- Hematoma
- Dehiscencia parcial de la herida en la espalda
- Necrosis parcial o total del colgajo

Los resultados estéticos adversos son:

- Asimetrías
- Deformidades

(32)

IV. CAPITULO

4.1 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

4.1.1 Diseño De La Investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, realizado en el Servicio Reconstructivo de Mamoplastia Oncológica del Hospital de Solca de Guayaquil, en el periodo 2015-2016, contando como muestra de tipo no probabilístico por conveniencia.

4.1.2 Población Y Muestra

La población o el universo está constituido por todas las pacientes con antecedentes quirúrgicos de cáncer de mama que fueron mastectomizadas a las cuales se les realizo una cobertura y reconstrucción de la mama con colgajo dorsal ancho en el Hospital de Solca de Guayaquil en el año 2015-2016.

La muestra no probabilística coincide con el universo, en el que se realizó estudio de todas las pacientes que integraron este grupo.

4.1.3 Variables

4.1.3.1 Variable Dependiente

- ✓ Momento en que se realiza la reconstrucción
- ✓ Cobertura de colgajo dorsal ancho en región anterior del tórax

- ✓ Grado de satisfacción de la paciente con el resultado obtenido luego de la reconstrucción (escala de Likert)
- ✓ Índice de complicaciones

4.1.3.2 Variable Independiente

- ✓ Tratamiento quirúrgico oncológico recibido por el cáncer de mama
- ✓ Edad

4.1.4 Criterios De Inclusión

Pacientes con antecedentes quirúrgicos de cáncer de mama que fueron mastectomizadas a las cuales se les realizó una cobertura y reconstrucción de la mama con colgajo dorsal ancho en el Hospital de Solca de Guayaquil en el año 2015-2016.

- ✓ Pacientes de edad entre los 35 y los 65 años de edad.
- ✓ Pacientes sin signos de malignidad en la mama contralateral.
- ✓ Pacientes no fumadoras.
- ✓ Pacientes que estuvieron de acuerdo con la alternativa de reconstrucción con colgajo dorsal ancho

4.1.5 Criterios De Exclusión

- ✓ Pacientes con tumor en mama contralateral.
- ✓ Mujeres que se negaron a la reconstrucción previa información del tratamiento.
- ✓ Pacientes fumadoras en estado activo.

4.1.6 Instrumentos De Investigación

- Expediente clínico completo de las pacientes tratadas para reconstrucción con colgajo dorsal ancho.
- Hoja de recolección de datos.

- Demostración fotográfica preoperatoria y postoperatoria.
- Hoja de recolección de resultados.

4.1.7 Metodología

- Los expedientes clínicos se los tomaron del sistema de registro del Hospital de Solca de Guayaquil donde constaba historia clínica, antecedentes personales, familiares y quirúrgicos, record quirúrgicos y seguimiento postquirúrgicas.
- Para medir el grado de satisfacción de las pacientes se tomó la escala de Likert.
- Se evaluó la presencia o no de complicaciones y el tipo.
- Se realizó una tabla de tabulación para medir los datos de las variables dependientes e independientes y analizarlos según la técnica descriptiva.

4.1.8 Operacionalización de las variables

Tabla 1: Operacional de las variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDADES	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE			
Tratamiento quirúrgico oncológico Recibido	Técnica quirúrgica	Mastectomía de limpieza, Mastectomías radicales, Skin sparing mastectomy, Nipple skin mastectomy	Nominal

Edad	35-36 años 40-45 años 45-50 años 55-56 años	Colgajo extendido, Colgajo con expansor, Colgajo con implante, Posterior a mastectomía de limpieza, Secundaria	Cuantitativa numérica
VARIABLE DEPENDIENTE			
Momento en que se realiza la reconstrucción	Tiempo, junto al tratamiento oncológico o no	Inmediata, o Tardía	Nominal
Cobertura del colgajo a la región anterior del tórax	Técnica quirúrgica	Tejido autólogo dorsal ancho solo o combinado con dispositivos de expansión o implantes	Nominal
Índice de complicaciones	Situación imprevista agravante que afecta a la técnica quirúrgica	Necrosis parcial del colgajo por seroma, Extrusión del implante	Cualitativa nominal
Grado de satisfacción de la paciente con el resultado obtenido	Escala de Likert (cualitativa)	Malo Regular Bueno Muy Bueno	Cualitativa nominal a escala

luego de la reconstrucción		Excelente	
Grado de satisfacción del cirujano por la eficacia de la simetría post reconstrucción	Escala de Likert (cualitativa)	Malo Regular Bueno Muy Bueno Excelente (según surco mamario, volumen y posición)	Cualitativa nominal a escala

Fuente: Base de datos Hospital Oncológico SOLCA de Guayaquil

Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

V. CAPITULO

5.1 RESULTADOS

El estudio que se realizó incluyo 20 pacientes femeninas, las cuales fueron intervenidas para reconstrucción mamaria unilateral con colgajo dorsal.

Las pacientes fueron sometidas en primera instancia a una cirugía oncológica en las cuales la mastectomía de limpieza represento el 35%, la mastectomía radical el 55%, la skin sparing mastectomy con el 5% y con nipple skin mastectomy el 5%.

Tabla 2: Tratamiento quirúrgico Oncológico

TRATAMIENTO QX		Frecuencia	%
ONCOLOGICO			
Mastectomía de limpieza		7	35%
Mastectomías radicales		11	55%
Skin sparing mastectomy		1	5%
Nipple skin mastectomy		1	5%
Total		20	100%

Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.

Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

Según el rango etario de las pacientes que fueron sometidas a reconstrucción con colgajo dorsal ancho estas variaron entre 35 y 56 años de edad, la mayor incidencia de reconstrucción con este colgajo se dio entre la edad de 40-45 años representado por el 50% (n:10) del total de las pacientes. Las pacientes más jóvenes fueron entre los 35 a 36 años de edad representando el 10% (n:2) del total de las pacientes.

En la tabla 3 se presenta la distribución numérica y porcentual de las pacientes de acuerdo al tipo de cobertura en la reconstrucción mamaria y la variable edad.

Tabla 3: Grupo de etario en la reconstrucción mamaria con colgajo dorsal ancho.

TIPO DE COBERTURA	EDAD				TOTAL (%)
	35-36 A	40-45 A	45-50 A	55-56 A	
Colgajo extendido	2 (10%)				2 (10%)
Colgajo expansor		3 (15%)	2(10%)	1(5%)	6 (30%)
Colgajo implante		3 (15%)			3 (15%)
Post a M. Limpieza		3 (15%)	4 (20%)		7 (35%)
Secundaria		1 (5%)	1 (5%)		2 (10%)
Total	2 (10%)	10(50%)	7 (35%)	1 (5%)	20 (100%)

Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.

Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

Las reconstrucciones fueron 9 inmediatas y 11 tardías, dependiendo el estadio del cáncer que presentaban o el tipo de tratamiento coadyuvante que realizaban. Así también usándolo como medio de cobertura en las mastectomías de limpieza.

Tabla 4: Tipos De Reconstrucción.

TIPO	DE	Inmediata	Tardía	Total	%
COBERTURA CDA					
Colgajo extendido		2		2	10%
Colgajo expansor			6	6	30%
Colgajo implante			3	3	15%
Post a M. limpieza		7		7	35%
Secundaria			2	2	10%
Total		9	11	20	100%

Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.

Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

En la fotografía número 1 se observa la imagen frontal y lateral de una paciente con reconstrucción mamaria inmediata mediante skin sparing mastectomy.

En la fotografía 2 se observan 3 imágenes frontales de una paciente intervenida de una mastectomía de limpieza en región torácica derecha más reconstrucción de latissimus dorsi flap para cobertura de forma. La primera es previa a la cirugía, la segunda en el transquirúrgico y la tercera en el post operatorio.

Ilustración 1: Reconstrucción mamaria inmediata con skin sparing mastectomies



Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil
Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

Ilustración 2: Mastectomía de limpieza en región torácica derecha más reconstrucción de latissimus dorsi flap para cobertura de forma inmediata.



Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.
Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

En la fotografía 3 se presentan 3 imágenes: dos frontales y una posterior, de una paciente intervenida de una reconstrucción mamaria secundaria a efectos nocivos de la radioterapia. En las dos primeras imágenes se aprecia el preoperatorio y en la tercera el postoperatorio.

Ilustración 3: Reconstrucción mamaria secundaria a efectos nocivos de la radioterapia



Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.
Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

En el 30% de las pacientes por falta de tejido adiposo se requirió añadir a la técnica un dispositivo expansor para posterior cambio con prótesis anatómicas o directamente colocación de prótesis como el 15% en el mismo tiempo para lograr un resultado más simétrico con la mama contralateral.

Tabla 5: Distribución de la técnica según el uso de materiales sintéticos.

TÉCNICA	Nº	%
Colgajo de dorsal ancho sin materiales sintéticos	11	55%
Colgajo dorsal ancho + expansor	6	30%
Colgajo dorsal ancho +	3	15%

implante mamario

Total

20

100%

Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.

Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

En la fotografía 4 se presentan las imágenes frontal, dorsal y lateral de una paciente intervenida con la técnica Colgajo latissimus dorsi flap extendido sin implante mamario. La primera imagen en el preoperatorio, con vista frontal y dorsal. La tercera imagen en el transoperatorio y la cuarta imagen en el post operatorio.

Ilustración 4: Colgajo latissimus dorsi flap extendido sin implante mamario



Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.

Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

En la fotografía 5 se presentan las imágenes frontales y dorsales de una paciente intervenida con técnica de reconstrucción mamaria tardía con colgajo latissimus dorsi flap más expansor mamario y mamoplastia contralateral. La primera imagen en el preoperatorio, con vista frontal, la segunda y tercera imagen corresponde a la planificación transquirúrgico y

la cuarta imagen al resultado del post operatorio, con prótesis mamaria derecha. Nótese el valor estético en el resultado post operatorio que ofrece esta técnica.

Ilustración 5: Reconstrucción mamaria tardía con Colgajo latissimus dorsi flap más expansor mamario y mamoplastia contralateral.



Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.

Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

En la fotografía 6 se observan las imágenes frontales y dorsal de una paciente intervenida con la técnica del c Colgajo latissimus dorsi flap con implante anatómico 230ml. La primera y la segunda imagen corresponden a la planificación preoperatoria, mientras que la tercera al resultado post operatorio. Nótese la presencia de prótesis mamaria izquierda y la esteticidad de resolución de la cicatriz en comparación al preoperatorio.

En relación a las complicaciones, el 90% del grupo que se estudió no presentaron complicaciones, pero el 10% de las reconstrucciones

mamarias restantes presentaron: necrosis parcial del colgajo por compresión de un seroma en el pedículo vascular, y extrusión del expansor, las cuales fueron tratadas a tiempo logrando un resultado satisfactorio.

Ilustración 6: Colgajo latissimus dorsi flap con implante anatómico 230ml.



Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.
Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

Tabla 6: Distribución de complicaciones presentadas en la técnica de colgajo dorsal ancho.

TIPO	PACIENTES	%
Necrosis parcial del colgajo por seroma	1	5%
Extrusión del expansor	1	5%
Ninguna	18	90%
Total	20	100%

Fuente: Complicaciones presentadas en el colgajo dorsal ancho.
Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.
Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

En la fotografía 7 se observa la imagen frontal de una paciente con Necrosis parcial del colgajo debido a un seroma con efecto compresivo a nivel del pedículo vascular.

Ilustración 7: Necrosis parcial del colgajo debido a seroma con efecto compresivo a nivel del pedículo vascular.



Fuente: Complicaciones presentadas en el colgajo dorsal ancho.
Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil.
Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

El grado de satisfacción de las pacientes posterior a la reconstrucción con este tipo de colgajo fue muy alta en un 80% como excelente al final de la investigación lo cual se logró en la consulta externa mediante la escala de Likert que consto en 5 caracteres: malo, regular, bueno, muy bueno y excelente, el 5% paciente califico de bueno el procedimiento al no culminar la reconstrucción debido a que se presentó

extrusión del implante por infección tardía, y el 15% calificaron solo como bueno el procedimiento por la presencia de cicatriz en la espalda.

En la tabla 7 se detalla el resultado de la aplicación de la Escala de satisfacción de las pacientes posterior a la reconstrucción con colgajo latissimus dorsi flap.

Tabla 7: Escala de satisfacción de las pacientes posterior a la reconstrucción con colgajo latissimus dorsi flap.

GRADO DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	%
Malo	0	0%
Regular	0	0%
Bueno	1	5%
Muy bueno	3	15%
Excelente	16	80%
Total	20	100%

Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil

Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

El grado de satisfacción por la eficacia de la simetría fue valorada de forma visual en el control de las pacientes en la consulta externa, presentando una simetría excelente en un 85% de las pacientes luego de valorar el surco mamario, el volumen y la posición de la mama, el 15% fue muy bueno ya que bajo 3 puntos al no coincidir por poco la posición con la mama contralateral ya que se encontraba un poco lateralizada.

En la tabla 8 se detalla el resultado de la aplicación de la Escala de satisfacción del cirujano valorando la eficacia de la simetría de las mamas de manera visual posterior a la reconstrucción con colgajo latissimus dorsi flap

Tabla 8: Escala de satisfacción de acuerdo a la eficacia de la simetría de mamas posterior a la reconstrucción con colgajo latissimus dorsi flap.

GRADO DE SATISFACCIÓN	Surco mamario Volumen Posición	%
Malo	0	0%
Regular	0	0%
Bueno	0	0%
Muy bueno	3	15%
Excelente	17	85%
Total	20	100%

Fuente: Base de datos Hospital Oncológico Solca de Guayaquil

Elaborado por: MD. Andrés Vergara Olvera

VI. CAPITULO

6.1 *DISCUSION*

El colgajo dorsal ancho tiene varias bondades como la de ser uno de los colgajos más grandes del cuerpo lo que nos permite abarcar grandes defectos pudiendo confeccionarse de diferentes tamaños de acuerdo a las necesidades de este, al ser pediculado es un colgajo muy versátil pudiendo reconstruir zonas cercanas a él y por su arco de rotación de hasta 180° llegar hasta la línea media del tórax anterior, la isla de piel puede orientarse en varias posiciones dependiendo el defecto a cubrir y cuando es musculocutáneo aportar volumen y contorno, al ser un tipo V de la clasificación de Mathes y Nahai su irrigación es muy bondadosa convirtiéndolo en un gran caballo de guerra para resolver complicaciones y problemas secundarios.

El colgajo de dorsal ancho o latissimus dorsi flap es un colgajo ya conocido por muchos cirujanos plásticos reconstructivos, poco valorado en nuestros tiempos debido a la aparición de diferentes técnicas como el TRAM, SIEA, DIEP, para reconstrucción del tórax y la mama, pero debemos categorizar e individualizar a cada una de las pacientes para optar por la más conveniente.

En la reconstrucción mamaria con tejidos autologos el colgajo dorsal ancho se mantiene como la tecnica reconstructiva más común en todo el mundo empezándose a usar desde 1976 por Olivari para reconstrucción mamaria y luego usada por Boswick en 1978 para reconstrucción de la pared del tórax por ulceras de radiación, llegándose a perfeccionar la

técnica hasta convertirlo en colgajo libre para otros usos, son pocas las contraindicaciones para realizar una reconstrucción inmediata o tardía con este tipo de colgajo. La técnica quirúrgica requiere conocimientos amplios de anatomía, vascularización e inervación de la pared torácica posterior y anterior, destreza y experiencia para así lograr una sobrevida del colgajo y un excelente resultado.

La reconstrucción de la pared torácica y mamaria para pacientes mastectomizadas por cáncer es una cirugía muy usada hoy en día en países de primer mundo y en países en desarrollo como el nuestro, así tenemos que en la actualidad el índice de reconstrucción mamaria bordea el 25-30% a nivel mundial, lo cual puede ir aumentando a futuro cuando se brinde una mayor información en los servicios oncológicos.

En nuestros días hemos visto un recrudecimiento de los pacientes con cáncer de mama presentando estadísticamente un número de 1405 casos nuevos entre el 2007-2010, y ahora un aumento de este en pacientes jóvenes menores de 35 años (33) (34).

El colgajo de dorsal ancho no es una técnica de primera elección en la mayoría de las pacientes pero si nos permite usarla en primera instancia para cobertura en mastectomías inmediatas, mastectomías tardías y para solucionar complicaciones o problemas secundarios a otros tratamientos en la reconstrucción del tórax y la mama.

En nuestro estudio contamos con 20 pacientes, 2 de las pacientes acudieron luego de mucho tiempo a causa que los efectos de la radioterapia en el tratamiento adyuvante dañaron el resultado de la reconstrucción y la piel que cubría el implante, por lo que se decidió la aportación de piel sana del colgajo dorsal ancho como reemplazo de la piel lesionada y al mismo tiempo cubrir el mismo implante. Se les realizó

el colgajo a todas estas pacientes que recibieron radioterapia las cuales tuvieron un lecho receptor de muy mala calidad posterior a la mastectomía por lo que requirieron los beneficios de colgajos con tejidos autologos, por ello el colgajo dorsal ancho nos brinda una muy buena cobertura a diferencia de los otros colgajos como el TRAM que se encuentran en zonas próximas a la radiación. Así mismo la gran extensión de tumores en estadio IV en 7 de las pacientes llevo a que se realice por parte del equipo oncológico una gran mutilación de la mama lo que provoco un aumento del defecto de pared resultando imposible el cierre directo, por lo cual se recurre a este colgajo para que aporte la cantidad de piel de buena calidad necesaria para realizar un cierre completo del defecto y así el paciente continúe con su tratamiento; 2 de las pacientes más jóvenes fueron sometidas a una mastectomía inmediata con conservación de piel y debido al pequeño tamaño del área cruenta y que era una mama mediana se usó el colgajo dorsal ancho para llevar volumen suficiente desde la región dorsal a la mama y así cubrir ese defecto e igualar la mama contralateral. Así mismo, en 9 de las pacientes mayores se usaron dispositivos expansores para lograr un bolsillo anatómico para una posterior colocación de implantes y así lograr un volumen adecuado, en 3 pacientes de estos se realizó reconstrucción inmediata con este colgajo más la colocación de un implante directamente ya que al tener mamas pequeñas o medianas se pudo intentar lograr la máxima simetría con la mama contralateral sin tensión de cierre.

Los pacientes pueden manejar sus vidas tranquilamente posterior a la cirugía con este tipo de colgajo ya que permanecen hospitalizados máximo 3 días para supervisión de este y no se afecta su limitación funcional en su totalidad para desempeñar sus roles en su entorno ya que se conserva parte del musculo, así mismo la tolerancia al dolor posterior a la cirugía es muy buena en comparación al colgajo TRAM donde el dolor es más intenso.

El futuro de la cirugía del cáncer de mama pasara por técnicas reconstructivas menos agresivas para no mutilar la mama por parte del cirujano oncólogo y conseguir los cirujanos plásticos un resultado más estético, es así como debemos entender las nuevas técnicas y dominarlas en su totalidad para usarlas de acuerdo a las necesidades de cada paciente y buscar una buena integración con el cirujano oncólogo y lograr un excelente resultado estético lo que ayudara al paciente y el entorno en que se desenvuelve.

VII. CAPITULO

7.1 CONCLUSIONES

En nuestro estudio cuantificamos el número de pacientes mastectomizadas reconstruidas con colgajo dorsal ancho las cuales fueron 20 en el lapso de año 2015-2016 comprendiendo un grupo etario entre 35 y 56 años, que cumplían criterios para realizar reconstrucción mamaria y tórax, las indicaciones fueron realizadas en base a la cobertura en pacientes sometidas a radioterapia, en recepciones excesivas debido al gran tamaño tumoral con necesidad de aporte de tejidos para cierre directo, en mastectomías con conservación piel donde aportar volumen.

En el desarrollo de nuestro trabajo, hemos descrito la tecnica en el que usamos el musculo dorsal ancho junto a una isla de piel que dependerá de la necesidad del paciente junto a una tecnica depurada donde hemos podido obtener islas relativamente grandes de hasta 15 x 8.5 cm en nuestros pacientes sin complicaciones y que han sido utilizadas en reconstrucciones inmediatas, tardías con o sin implantes, mastectomías de limpiezas, y secundarias en donde queremos aportar una cobertura de óptima calidad.

La buena cobertura que nos brinda la isla de piel, su textura y su volumen nos permitieron recrear mamas, ya sea usando en, mastectomías inmediatas el colgajo solo o en mastectomías tardías con uso de dispositivos de expansión e implantes para lograr mamas muy naturales y con gran simetría contralateral lo que equivale a la gran

eficacia del colgajo la cual fue medida mediante una escala de satisfacción que midió el surco mamario, volumen y la posición, obteniendo un resultado excelente.

Las complicaciones que tuvimos representan un 10% las cuales fueron una necrosis parcial del colgajo por seroma y una extrusión del implante lo que demuestra que el colgajo dorsal ancho es una alternativa segura y con bajo índice de morbilidad.

Se observó en la mayoría de las pacientes un alto grado de satisfacción siendo de 80%, al tener la misma tonalidad, turgencia y suavidad de la piel reemplazada y la mínima expresión de una cicatriz no deseada que pueda llegar a ocultarse fácilmente con la vestimenta, se lo consideró al colgajo dorsal ancho como una buena alternativa para pacientes de todos los grupos etarios mejorando las expectativas en las pacientes más jóvenes. De todos los pacientes, 3 de ellos que representaron el 15% califico su satisfacción un poco más bajo por la calidad de la cicatriz en la espalda.

VIII.CAPITULO I

8.1 *RECOMENDACIONES*

Evaluar a la paciente de manera individual para designar cual es el mejor tipo de reconstrucción que amerita de acuerdo a su situación general.

Informar a toda paciente sobre la tecnica a realizar y las posibles complicaciones y modificaciones que se darán posterior al tratamiento quirúrgico.

Coordinar y trabajar en conjunto con el cirujano oncólogo para trazar un plan quirúrgico que optimice el tratamiento reconstructivo.

Se puede usar materiales complementarios para lograr una simetría con la mama contralateral.

Manejar adecuadamente las complicaciones para evitar la pérdida del proceso reconstructivo.

Incentivar a tratamientos microquirúrgicos futuros en dicho Hospital lo cual nos abrirá un gran abanico de posibilidades en reconstrucción mamaria.

IX. CAPITULO

9.1 BIBLIOGRAFIA

1. Gabka CJ. Anatomía mamaria. In Cruz GS, editor. Cirugía Plástica y Reconstrucción mamaria. Venezuela: Amolca; 2008. p. 4.
2. Gabka CJ. Circulación sanguínea. In Cruz GS, editor. Cirugía plástica y Reconstrucción de la mama. Venezuela: Amolca; 2008. p. 4.
3. Gabka CJ. Inervación. In Cruz GS, editor. Cirugía Plástica y Reparadora de la mama. Venezuela: Amolca; 2008. p. 4.
4. Muñoz DGH. Sobrevida en pacientes con ganglios negativos que se realizaron vaciamiento axilar o ganglio centinela. Revista Venezolana de oncología. 2008 marzo; 20(1).
5. Gabka DCJ. Sistema linfático. Segunda ed. Cruz gs, editor. Venezuela: Amolca; 2008.
6. López RS. Breve historia de la reconstrucción mamaria. Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva. 2013 junio; 19(1).
7. Dr. Mauricio Ibáñez R DGIRDNPC. Reconstrucción mamaria con colgajo TRAM pediculado. Revista chilena de cirugía SciElo. 2012 febrero; 64(1).
8. Escudero FJ. Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2005 febrero; 28(2).
9. Bohmert CJG. Cirugía plástica y reconstructiva de mamas. Segunda ed. Cruz GS, editor. Alemania: Amolca; 2008.
10. Drs. DIEGO POLANCO M. JFCR, IOC, ECG. Utilidad de la angioresonancia en la planificación preoperatoria de reconstrucción Mamaria mediante colgajos libres abdominales DIEP, SIEA y TRAM. Revista chilena de cirugía. 2010 octubre; 62(5).
11. Blondeel AGyP. Colgajo S-GAP. In Cruz GS, editor. Cirugía plástica y reconstructiva de mama. Alemania: Amolca; 2008. p. 169-179.

12. Adriana Diéguez rdlSyRRrdlANdM. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cirugía Oncoplastia en Cáncer de Mama 2012. Consenso Nacional Inter-Sociedades. 2012 abril; p. 347.
13. Gabka C. RECONSTRUCCION MAMARIA SECUNDARIA. In Cruz GS, editor. Cirugía plástica y Reconstrucción de mamas. Venezuela: Amolca; 2008. p. 85-86.
14. PASQUALEI G. EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA. Revista venezolana de oncología. 2006 junio; 18(2).
15. Marre DD. RECONSTRUCCION MAMARIA: ESTADO ACTUAL DEL TEMA. Revista Chilena de Cirugía. 2016 abril; 68(2).
16. Fernández MER. Impacto de la reconstrucción mamaria. Universitas Psychologica. 2012 Enero-Marzo; 2(1).
17. Gabka C. Reconstrucción areola-pezones. In Cruz GS, editor. Cirugía plástica y reconstructiva de mamas. Venezuela: Amolca; 2008. p. 191-102.
18. Jones G. nipple areola reconstruction. Surgical Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery. 1994 julio; 1(1).
19. A N. Nipple-areola complex reconstruction. Gland surgery. 2014 febrero; 1(3).
20. Ohlbauer GGM. Colgajo dorsal ancho. Primera ed. Rodríguez AJSyED, editor. España: Elsevier; 2011.
21. Hallock GG. Clasificación de los colgajos. In Rodríguez AJSyED, editor. Colgajos en cirugía reparadora. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 10-11.
22. Gabka CJ. Colgajo muscular del musculo dorsal ancho. In Cruz GS, editor. Cirugía plástica y reconstructiva de mama. Venezuela: Amolca; 2008. p. 101.
23. Gabka C. colgajo musculo dorsal ancho. In Cruz GS, editor. cirugía plástica y reconstructiva de mama. Venezuela: Amolca; 2008. p. 103.
24. Nebrija BA. Reconstrucción con colgajo dorsal ancho. In Edid DL, editor. TECNICAS ONCOPLASTICAS EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE MAMA. España: Elsevier; 2008. p. 197-198.
25. Gabka C. Colocacion estratégica de la isla cutánea. In Cruz GS, editor. Cirugía plástica y reconstructiva de mama. Venezuela: Amolca; 2008. p. 103-105.
26. Ohlbauer GGM. Dimensiones del colgajo dorsal ancho. In Narin DJPB, editor. COLGAJOS EN CIRUGIA REPARADORA. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 23.

27. Nebrija BA. Reconstrucción parcial con colgajo del dorsal ancho. In EdiDE SL, editor. Técnicas oncoplastia en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 198-199.
28. Gabka CJ. Marcaje preoperatorio. In Cruz GS, editor. Cirugía Plástica y Reconstructiva de Musculo. Venezuela: Amolca; 2008. p. 105.
29. Ohlbauer GGM. Colgajo de dorsal ancho. In Nerín DJPB, editor. colgajos en cirugía reparadora. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 293.
30. Ohlbauer G. colocación del paciente para colgajo dorsal ancho. In Nerín DJPB, editor. Colgajo en cirugía reparadora. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 293.
31. Gabka CJ. Despegamiento del colgajo dorsal ancho, tecnica quirúrgica. In Cruz GS, editor. Cirugía Plástica y Reconstructiva de Mamas. Venezuela: Amolca; 2008. p. 105-109.
32. Nebrija BA. Episodios adversos. In Masson, editor. Técnicas oncoplasticas en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 208-214.
33. oliva DHG. Cáncer de mama en mujeres menores de 35 años. Revista Oncológica. 2010 enero-junio; 20(1-2).
34. Solca. Index-Solca[Online].; 2013 [cited 2016 11 8. Available from: HYPERLINK "file:///C:/Users/Dianita/Desktop/TESIS/www.estadisticas.med.ec" www.estadisticas.med.ec.

ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº Hc:

EDAD:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

AGO:

GESTA: PARA: CESA:

ABO:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

PERSONALES:

.....

CIRUGIAS PREVIAS:

.....

HABITOS:

.....

DIAGNOSTICO:

.....

MAMA

DERECHA:.....

IZQUIERDA:.....

TRATAMIENTO ONCOLOGICO:

.....

.....

.....

TRATAMIENTO ADYUVANTES:

.....

.....

ANEXO 2: ESCALA DE LIKERT
GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

ESCALA DE LIKERT

Evaluación del grado de satisfacción luego de la reconstrucción con colgajo dorsal ancho por parte del paciente

Malo

Regular

Bueno

Muy bueno

Excelente

ANEXO 3: ESCAKLA DE LIKERT
GRADO DE EFICACIA EN SIMETRIAS

ESCALA DE LIKERT

Evaluación del grado de eficacia en la simetrización en surco mamario, volumen y posición de las mamas luego de la reconstrucción con colgajo dorsal ancho por parte del cirujano

Malo

Regular

Bueno

Muy bueno

Excelente