

Incisión cosmética submamaria para esternotomía media en mujeres.

TALLEDO Oscar *; ASTE Hernán **; BRACAMONTE Luis **, GUERRERO Rafael **

SUMMARY

Objective: To show the technique and results of the use of a cosmetic incision in surgical procedures (i.e.: heart surgery) that require a median sternotomy, trying to reduce the psychological problems on young women who need this kind of surgery, by avoiding the use of the regular vertical incision that leaves a more notorious scar. *Material and Methods:* We present six cases of bilateral submamary cosmetic incision done in young women who had to follow cardiac and/or mediastinal surgical procedures through a median sternotomy with follow up of up to three years. *Results:* In all the cases we obtained optimal surgical exposure. All the wounds healed well. There were no hematomas. There was a recovery of the initial hyposthesia and the sternum healed well. The cosmetic results were at the entire satisfaction of all patients. *Conclusions:* The bilateral submamary insicion for median sternotomy offers excelent surgical exposure of the mediastinum and heart. It can be done in our media without additional risks and obtains notorious psychological benefits in female patients. (*Rev Med Hered 1998; 9:10-13*).

KEY WORDS: Bilateral submamary incision, cosmetic incision for median-sternotomy.

RESUMEN

Objetivo: Demostrar la técnica y resultados del uso de una incisión cosmética en procedimientos quirúrgicos (p.ej.: cirugía cardíaca) que requieran de esternotomía media, con la finalidad de reducir problemas de tipo psicológico en mujeres que se deban someter a esta cirugía; ya que si se realizara con una incisión dérmica vertical medioesternal dejaría una cicatriz mucho más notoria. *Material y Métodos* Se presentan seis casos de incisión cosmética submamaria bilateral y esternotomía media en mujeres jóvenes que se sometieron a procedimientos cardíacos y/o mediastínicos, con seguimiento de hasta tres años. *Resultados:* En todos los casos se obtuvo buena exposición quirúrgica, las heridas cicatrizaron bien. No hubo hematomas. No hubo mortalidad operatoria. Hubo recuperación del déficit sensitivo mamario y periareolar. El esternón consolidó bien. El resultado cosmético de la incisión fue de entera satisfacción para todas las pacientes. *Conclusiones:* La incisión submamaria bilateral para esternotomía media ofrece excelente exposición quirúrgica del mediastino y corazón. Su utilización es factible de realizar en nuestro medio sin agregar riesgo adicional y obteniendo un beneficio psicológico notorio en pacientes mujeres. (*Rev Med Hered 1998; 9:10-13*).

PALABRAS CLAVE: Incisión submamaria bilateral, incisión cosmética para esternotomía media.

* Cirujano de Tórax y Cardiovascular. Clínica Anglo-Americana, Clínica San Felipe. Ex-Asistente del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
"Cirujanos Torácicos y Cardiovasculares Asociados"
** "Cirujanos Torácicos y Cardiovasculares Asociados"

INTRODUCCIÓN

La incisión que ofrece mayor exposición para los procedimientos quirúrgicos que involucran el mediastino anterior, incluyendo la cirugía cardíaca y cirugía bilateral de pulmones, es la esternotomía media. Sin embargo, y especialmente en mujeres, la incisión vertical de piel que usualmente se utiliza es cosméticamente deficiente.

La cicatriz vertical es muy notoria y difícil de ocultar siendo un problema muy importante para el resto de la vida, especialmente en mujeres jóvenes.

La evolución de una cicatriz es siempre impredecible, y si hace cicatriz queloide, el resultado psicológico puede ser muy negativo. En la incisión vertical las líneas de Langers son seccionadas en ángulos rectos, y por eso hay una mayor tendencia a producir una cicatriz gruesa (1).

En pacientes mujeres, si el procedimiento quirúrgico es corto y de bajo riesgo, bien vale el esfuerzo de realizar una cicatriz menos visible o, mejor dicho, más oculta. Por lo tanto, realizar la esternotomía media con una cicatriz cosmética sería lo ideal.

La incisión submamaria bilateral ha sido descrita desde 1960 (2). Diversos autores han publicado sus experiencias en poblaciones de sexo femenino de variable edad donde han logrado buenos resultados a corto y largo plazo, sin morbilidad o mortalidad adicional (1,3,4,5).

En el presente trabajo se presentan seis casos de incisión cosmética submamaria bilateral realizadas por el autor entre enero de 1994 y marzo de 1997 en la ciudad de Lima - Perú, en mujeres jóvenes que solicitaron cirugía cosmética para procedimientos cardíacos y/o mediastínicos. Se presenta la técnica, indicaciones, resultados y contraindicaciones con discusión de la bibliografía internacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fueron incluidas seis pacientes mujeres con edad entre 17 y 36 años. Cuatro pacientes fueron operadas de Comunicación interauricular Osteum secundum (CIA OS), una paciente de teratoma y una paciente de CIA Seno venoso.

En todos estos casos las pacientes tenían serias preocupaciones sobre los resultados cosméticos de la cicatriz operatoria vertical con esternotomía media que se realizaría para el tratamiento definitivo de su mal. A

todas se les propuso realizarles la cicatriz submamaria bilateral, la que fue gratamente aceptada.

Técnica quirúrgica

Con la paciente en posición decúbito dorsal, semifowler, se marca con tinta una incisión bilateralmente a lo largo del pliegue submamario o, en el caso de las niñas pequeñas que no han desarrollado sus glándulas mamarias, a nivel del 5to. espacio intercostal (4). Estas líneas bilaterales se continúan en el centro con una curva que se eleva en la línea media hacia un nivel que no sobrepase la línea interareolar o punto de unión entre los dos tercios superiores y el tercio inferior del esternón.

Una vez anestesiada la paciente, la línea dibujada se marca con pequeños rasguños verticales que cruzan la línea de trazo para facilitar la exacta aposición de bordes al momento del cierre. Debe tenerse cuidado de no sobrepasar lateralmente las líneas areolares verticales a cada lado, para evitar lesiones sensitivas serias. También se debe evitar que la curva elevada del centro sea aguda o picuda, para evitar la isquemia de su parte más alta. Con bisturí se incide la piel y el tejido celular subcutáneo hasta la fascia del pectoral por sobre lo marcado, de un lado a otro. Luego se decolan dos colgajos utilizando electrocauterio a baja intensidad, separando la piel, el tejido celular subcutáneo y la glándula mamaria de la fascia pectoral. Uno será un colgajo triangular superior cuyo vértice será la escotadura esternal y el otro será un colgajo romboidal inferior, cuya región más caudal será aproximadamente cuatro cm. debajo del apéndice xifoides sobre la línea alba.

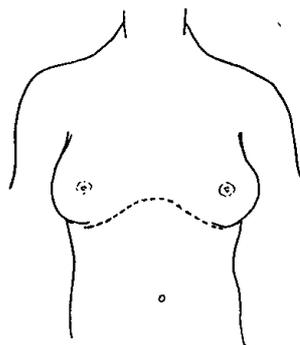


Figura N° 1 Línea de incisión submamaria bilateral o en mariposa.

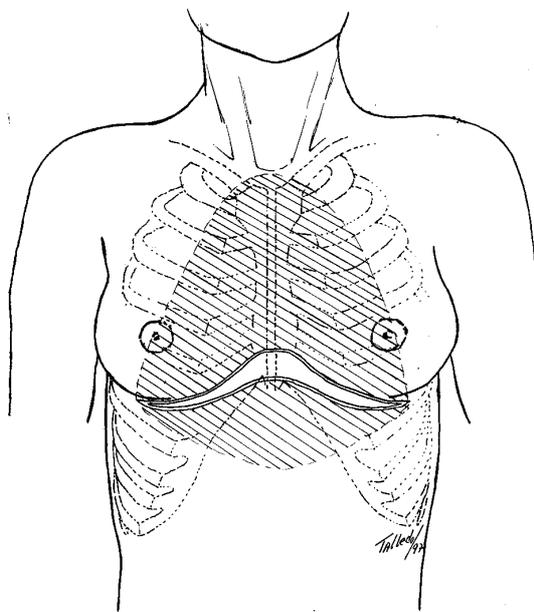


Figura N° 2 Incisión submamaria bilateral, área de decolaje submamario (líneas oblicuas) y esternotomía media.

Luego se abre el tórax mediante esternotomía media vertical usando la técnica usual con una sierra, se coloca el separador de esternón y se separan los bordes esternales. Seguidamente, se tracciona el borde de la piel del colgajo superior con puntos hacia el periostio del manubrio esternal, de tal manera que se retraiga la piel hacia arriba, cefálicamente, dejando completa exposición del mediastino anterior. El colgajo inferior se debe evertir envuelto en un apósito embebido en suero fisiológico tibio, sin acodarlo, cuidando de evitar que se obstruya la irrigación arterial o, peor aún, el drenaje venoso y/o linfático, que serían causas de edema e isquemia. Para evitar esto no debe colocarse peso encima de este colgajo y debe mantenerse siempre húmedo, con suero fisiológico, durante toda la operación. Luego de colocado el separador esternal y expuesto el mediastino y el corazón, se realiza la operación que puede ser con o sin uso de circulación extracorpórea.

Terminada la operación, se hace hemostasia y se coloca el drenaje mediastínico y alambres de marcapaso transitorio (si fuera cirugía cardíaca) de la manera usual. A continuación se procede al cierre esternal utilizando las suturas de alambres o suturas no absorbibles. Sobre esto, a veces es posible la aproximación de la fascia del músculo pectoral para cubrir los alambres, utilizando sutura absorbible continua 2-0. Se deben dejar dos drenes a succión en el espacio subcutáneo, cada uno saliendo por contrabertura en la piel del colgajo inferior debajo de la cicatriz, uno a cada lado. Luego se aproxima el tejido celular subcutáneo del colgajo superior al colgajo inferior, con sutura separada absorbible 2-0, y finalmente la piel con sutura

absorbible 3/4-0 en forma subcuticular, pudiendo reforzarse con Steri Strips.

El dren de succión debe permanecer un mínimo de tres a ocho días para evitar la formación de colecciones líquidas (sangre o suero) que impediría la aposición de planos e irrigación sanguínea de determinadas áreas de la piel desde la fascia, por donde también recibirá nutrición. Finalmente, los tubos de drenaje y los alambres de marcapaso, de haber sido requeridos, se retiran de la manera usual.

Debe también colocarse una discreta compresión con las gasas durante la primera curación, para evitar que se formen colecciones líquidas.

RESULTADOS

En los casos 3 y 4 hubo una pequeña zona de la porción medial de la herida que sufrió isquemia transitoria con infección superficial subsecuente, la que se trató con debridación y curaciones. Luego de una semana se realizó resutura con excelentes resultados.

El caso 5 se trató de una paciente con sobrepeso, a la que fue necesario tratar ambulatoriamente un seroma subcutáneo por punción percutánea. Ésto debido a que en el intraoperatorio no hubo disponibilidad de drenaje subcutáneo # 8 y se usó uno más delgado que se obstruyó tempranamente.

En todos los casos las heridas cicatrizaron bien. No hubo hematomas. Hubo hipoestesia en la región ántero pre-esternal que mejoró progresivamente recuperando sensibilidad al sexto mes, al cabo del cual hubo recuperación notoria del déficit sensitivo mamario y periareolar. El esternón consolidó bien en todos los casos.

Las seis pacientes quedaron muy satisfechas con los resultados cosméticos y no manifestaron problemas por la hipoestesia transitoria pre-esternal o intermamaria

DISCUSIÓN

Por consideraciones cosméticas y por ende también psicológicas, se decidió utilizar una incisión submamaria bilateral que suplantara a la incisión dérmica vertical para la realización de una esternotomía media en mujeres jóvenes que requerían de tratamiento quirúrgico de corazón o mediastino.

Se mantuvo un estricto cuidado de los detalles técnicos de preservación de irrigación e innervación de las estructuras comprometidas. Los resultados fueron satisfactorios. Esta técnica está indicada en todo procedimiento quirúrgico electivo, definitivo, corto y de bajo riesgo, que deba realizarse en mujeres o niñas, en las que se desee evitar una cicatriz visible. No debe usarse en aquellos procedimientos que impliquen mucho tiempo operatorio, o la posibilidad de volver a operar en el futuro en la misma zona, ya sea para una corrección quirúrgica completa diferida o para reparar una posible recurrencia de la misma enfermedad.

El método tiene como principal ventaja el beneficio estético, sin comprometer la exposición y aumentar la morbi-mortalidad (4).

Tiene como desventaja que la abertura torácica toma algo más de tiempo en realizar, hay un pequeño riesgo de isquemia del colgajo inferior y, si se necesitara una re-exploración de urgencia por ejemplo en la Unidad de Cuidados Intensivos, ésto sería algo más difícil de realizar que con la incisión vertical.

La incisión unilateral inframamaria derecha para toracotomía derecha ha sido usada para reparo de lesiones cardíacas a través de aurícula derecha, como comunicaciones interauriculares. Tiene como desventaja el presentar mayor dolor postoperatorio, cicatriz asimétrica y distorsión mamaria por cicatrización y fijación del tejido movilizado unilateralmente (6). Además da un acceso restringido a la aorta y al ventrículo izquierdo. Otra desventaja es la de no ser aplicable a otros procedimientos mediastínicos.

Estudios de seguimiento a largo plazo de ocho y diez años han mostrado que el tercio medio de la cicatriz operatoria submamaria, especialmente si está elevada, tiene mayor tendencia a la hipertrofia (5). También ha demostrado que el desarrollo de las mamas es generalmente simétrico, excepto cuando se realiza una incisión alta que involucre la región mamaria (5), lo que sucedería especialmente en niñas pequeñas en que por falta de desarrollo de la glándula, no fuera posible predecir el sitio exacto del pliegue submamario. Es por ésto que ahora se usa como regla elegir el 5to. espacio intercostal para dicha incisión.

La sensibilidad areolar, considerada muy importante como detonante del reflejo neurohumoral para la lactancia, ha sido materia de preocupación puesto que en algunos pacientes aparece una hipoestesia peri-operatoria inmediata. Sin embargo, estudios de seguimiento han demostrado que ésta tiende a corregirse en los siguientes dos años después de la operación, y la lactancia ha sido posible de realizar en varios casos en pacientes operadas con esta incisión (5).

Otros autores publican que esta incisión también ha sido posible de realizar sin complicaciones en pacientes que previamente tenían cirugía de mamoplastía de aumento o de mamoplastía de disminución, en pacientes con previas toracotomías o incluso en pacientes con previa incisión submamaria (3). También se ha usado en la corrección de algunos pectum excavatum (1).

La incisión submamaria bilateral para esternotomía media ofrece excelente exposición quirúrgica del mediastino y corazón. Su utilización es factible de realizar sin agregar riesgo adicional y obteniendo un beneficio psicológico notorio en pacientes mujeres.

Correspondencia:

Dr. Oscar Talledo Q.
Clínica Anglo-Americana. Calle Alfredo Salazar 3ra. cdra. Lima 27 - Perú.
Teléfonos: 221-3656 extensión 130. 438-1060 abonado 22452

BIBLIOGRAFÍA

1. Laks H, Hammond GA. Cosmetically acceptable incision for the median sternotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 79:146-149.
2. Willman WL, Hanlon CR. Median sternotomy using a transverse submammary skin incision. *Ann Thorac Surg* 1960; 100:79.
3. Bedard P, Keon WJ, Brais MP, Goldstein W. Submammary skin incision as Cosmetic Approach to Median Sternotomy. *Ann Thorac Surg* 1986; 41:339-341.
4. Bentz ML, Dunn JM. The Inframammary incision for Median Sternotomy in Pediatrics. *J-Card-Surg* 1987; 2:499-502.
5. Deutinger M, Domanig E. Breast development and areola sensitivity after submammary skin incision for median sternotomy. *Ann Thorac Surg* 1992; 53:1023-1024.
6. Wilson WR, Ilbawi MN, DeLeon SY, Piccione W, Tubeszewski K, Cutiletta AF. Partial Median Sternotomy for repair of Heart Defects: A Cosmetic Approach. *Ann Thorac Surg* 1992; 54:892-893.