

Reconstrucción mamaria con el colgajo toracodorsal de Holmström: análisis de 6 años de experiencia

Breast reconstruction with Holmström's thoracodorsal flap: analysis of 6 years experience



Carriquiry, C.

Carriquiry, C.*, Seoane, J.**, Ayçaguer, O.***, Londinsky, M.****

Resumen

Presentamos nuestra experiencia clínica con un método de reconstrucción mamaria publicado en la literatura científica internacional por Holmström y Lossing hace casi dos décadas, pero que ha recibido muy poca atención fuera del área escandinava. El colgajo toracodorsal lateral es un colgajo fasciocutáneo de trasposición, sin patrón axial demostrado, que junto con un implante submuscular permite la reconstrucción postmastectomía, en un tiempo operatorio breve y con poca disección de tejidos. Subrayamos algunos aspectos técnicos de relevancia en el diseño y ejecución del colgajo. Nuestra experiencia abarca 21 pacientes y 22 colgajos (1 caso bilateral), operados de forma diferida entre 1999 y 2005, con un seguimiento promedio de 34,5 meses. La tasa de complicaciones y resultados insatisfactorios ha sido comparativamente baja. Entendemos que este método constituye una opción a tener en cuenta como alternativa frente a otras técnicas que requieren implantes, como la expansión tisular y el colgajo de dorsal ancho.

Abstract

The authors' clinical experience with a method for breast reconstruction published in the international medical literature by Holmström and Lossing almost two decades ago is presented. This method has received little attention outside Scandinavia. The lateral thoracodorsal flap is a fasciocutaneous transposition flap without an established axial pattern. Together with a submuscular implant, postmastectomy reconstruction can be achieved in a short operative time and with little surgical dissection. Relevant technical details are highlighted regarding design, elevation and transposition of the flap. The authors' experience include 21 patients and 22 flaps (1 bilateral case), operated as a secondary procedure from 1999 to 2005, with a mean follow-up of 34.5 months. The complication rate and unsatisfactory results have been comparatively low. We believe that this method provides an option to take into account when other techniques requiring implants are considered, such as tissue expansion or the latissimus dorsi flap.

Palabras clave Reconstrucción mamaria. Colgajos.
Implantes mamarios.

Código numérico 5214-52140-52114

Key words Breast Reconstruction. Flaps. Breast
Implants.

Código numérico 5214-52140-52114

* Profesor Titular de Cirugía Plástica.

** Ex Profesor Adjunto de la Cátedra de Cirugía Plástica y Quemados
Cirujano Plástico, Cooperativa Médica de Florida. Florida (Uruguay).

*** Profesor Adjunto de la Cátedra de Cirugía Plástica y Quemados.

**** Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Montevideo (Uruguay).

Introducción

El colgajo toracodorsal lateral (CTDL) publicado por Holmström y Lossing, constituye un método de reconstrucción mamaria (sumado a la colocación de un implante submuscular) que ha recibido muy poca atención de la literatura especializada desde su publicación en 1986 (1). En efecto, en casi dos décadas sólo hemos podido identificar 12 artículos al respecto, con una clara mayoría de ellos procedentes del área escandinava. En los principales textos de referencia sobre reconstrucción mamaria y/o colgajos, no hay mención al CTDL (2- 5). En particular, no conocemos publicaciones al respecto generadas en las Américas, excepto una mención escueta por Haddad-Tame y colaboradores (6), ni en la Península Ibérica.

Nuestra experiencia clínica con este método comienza en 1999, tras conocerlo en detalle directamente de su autor. Los resultados obtenidos han sido comparativamente satisfactorios y la tasa de complicaciones baja. Las secuelas en el área dadora han sido mínimas, y el tiempo operatorio breve, con poca disección de tejidos. Por estos motivos, presentamos y discutimos nuestra experiencia, considerando que el CTDL es un recurso que debería tenerse presente más frecuentemente cuando se consideran opciones para reconstrucción mamaria.

Pacientes y Método

Entre 1999 y 2005 hemos intervenido 21 pacientes, realizando 22 colgajos (un caso de reconstrucción bilateral).

El tiempo de seguimiento ha sido de 65 a 4 meses (media 34,5) y las edades de las pacientes oscilaron entre los 24 y 68 años (media 44).

En todos los casos, la reconstrucción mamaria fue diferida. Las pacientes habían sido operadas por carcinoma mamario, con excepción de un caso de mastitis severa y rebelde bilateral en que se había realizado una mastectomía subcutánea.

La mayoría de las pacientes (77%) habían recibido radioterapia.

Empleamos el CTDL tal como fue descrito por Holmström y Lossing (1). Se trata de un colgajo fasciocutáneo de trasposición, con eje mayor horizontal, pediculado un par de centímetros por delante de la vertical trazada por el pliegue axilar anterior, y cuyo eje mayor es tangente al borde inferior del surco submamario (Fig. 1). Nunca fue necesario en nuestra experiencia superar la relación ancho de base – longitud más allá de 3 a 1. El colgajo se transpuso algo menos de 90° a un área receptora casi vertical, ligeramente oblicua hacia arriba y atrás, generada por una

incisión en esa dirección (Fig. 1 y 2). El punto pivote queda en el sector lateral del surco submamario (Fig. 1 y 2, c y d). El CTDL aprovecha el relativo exceso de piel en cara lateral del tórax, en el área subaxilar. En todos nuestros casos fue posible un cierre directo sin despegamiento del área dadora (Fig. 2- 4), generando una cicatriz horizontal.

En todos los casos se incluyó un implante mamario relleno de gel de silicona, retropectoral (Fig. 2b). A los efectos de lograr una buena posición del implante, y no someterlo a presión hacia fuera, se liberaron las inserciones costales y el tercio inferior de las esternales del pectoral mayor (Fig. 2a). Se emplearon implantes probadores, de forma previa a la selección del implante definitivo, intentando obtener la mayor simetría posible de volúmenes. Una vez colocado el implante, se realizó la transposición del colgajo unos 80° hacia arriba. El implante queda así cubierto por el pectoral mayor, excepto en sus bordes inferior y lateral (Fig. 2b), donde lo cubre la piel inmediatamente superior al surco submamario y el colgajo, respectivamente. En todos los casos se realizó antibioterapia profiláctica, usando una cefalosporina durante la inducción anestésica y continuando su pauta durante 24 horas. Se dejó drenaje aspirativo en todos los casos, con dos excepciones. En ningún caso se requirió transfusión.

Se realizó una segunda operación para simetrizar la mama contralateral cuando se consideró adecuado y la paciente lo deseaba. En aquellas que deseaban reconstrucción de aréola y pezón, se efectuó también en este momento (Estos datos se presentan más adelante).

Resultados

La evaluación de los resultados de un procedimiento de reconstrucción mamaria puede hacerse considerando diferentes aspectos: la presencia y severidad de las complicaciones (Tabla I), la necesidad de operaciones complementarias (Tabla II), la duración de la operación y la estancia hospitalaria requerida, el costo económico, calidad del resultado estético (Tabla III) y la satisfacción de la paciente (Tabla IV). La evaluación cuantitativa de estos dos últimos aspectos es difícil, particularmente la calidad estética del resultado (6) dado que intervienen fuertemente elementos de percepción subjetiva. Aún así, se han tenido en cuenta en este sentido la definición del surco submamario, la proyección, la afectación del área dadora, y la forma general lograda (distribución de volumen dentro de la mama y en comparación con el seno contralateral) (Fig. 3 y 4), evaluados en nuestro trabajo por el cirujano.

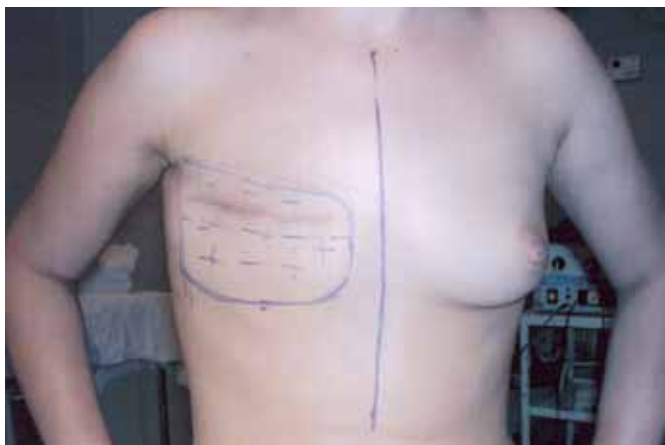


Fig. 1: a) Se marca, en espejo, la base de la mama remanente. Es importante delimitar la extensión horizontal y la vertical, para evitar errores de posición en ambos sentidos. Son a evitar en especial: una posición excesivamente lateralizada o demasiado alta. b) Se marca el colgajo en la proyección lateral del surco submamario, y la incisión en el área de mastectomía por la cual se colocará el implante y definirá la posición del colgajo transpuesto. El colgajo se ha diseñado asimétricamente, algo desplazado por debajo de su eje.

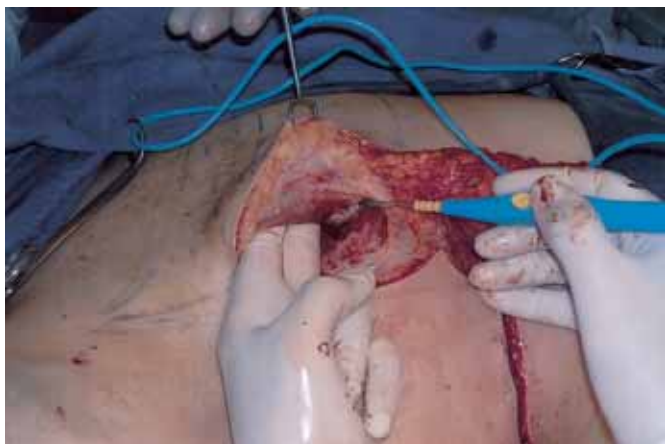


Fig. 2: a) Se seccionan las inserciones del pectoral mayor en el plano costal. b) Implante probador colocado por detrás del pectoral mayor. Sector lateral por fuera del borde muscular. Nótese la oreja de perro que se insinúa en el punto pivote. c) Implante definitivo colocado. Área dadora cerrada directamente. d) Colgajo totalmente transpuesto. Buena definición del surco submamario y distribución de volumen.

Con respecto a la satisfacción de las pacientes, a 12 de la serie se les solicitó que adjudicaran un puntuación de satisfacción sobre una escala de 10. El promedio de satisfacción fue de 7,75. Todas manifestaron haber mejorado la percepción de su imagen corporal y su calidad de vida en general. Ninguna manifestó que, visto el resultado, hubiera preferido no haberse realizado la reconstrucción.

El promedio de duración de la operación fue de 105 minutos (rango 95 a 115). La estancia hospitalaria promedio requerida fue de 30 horas. No hemos realizado una evaluación de los costos de este método porque, además de su multifactorialidad, está condicionado por el tipo de cobertura bajo el que se realiza. En el área de asistencia pública no arancelada la estimación de costos puede ser imprecisa y

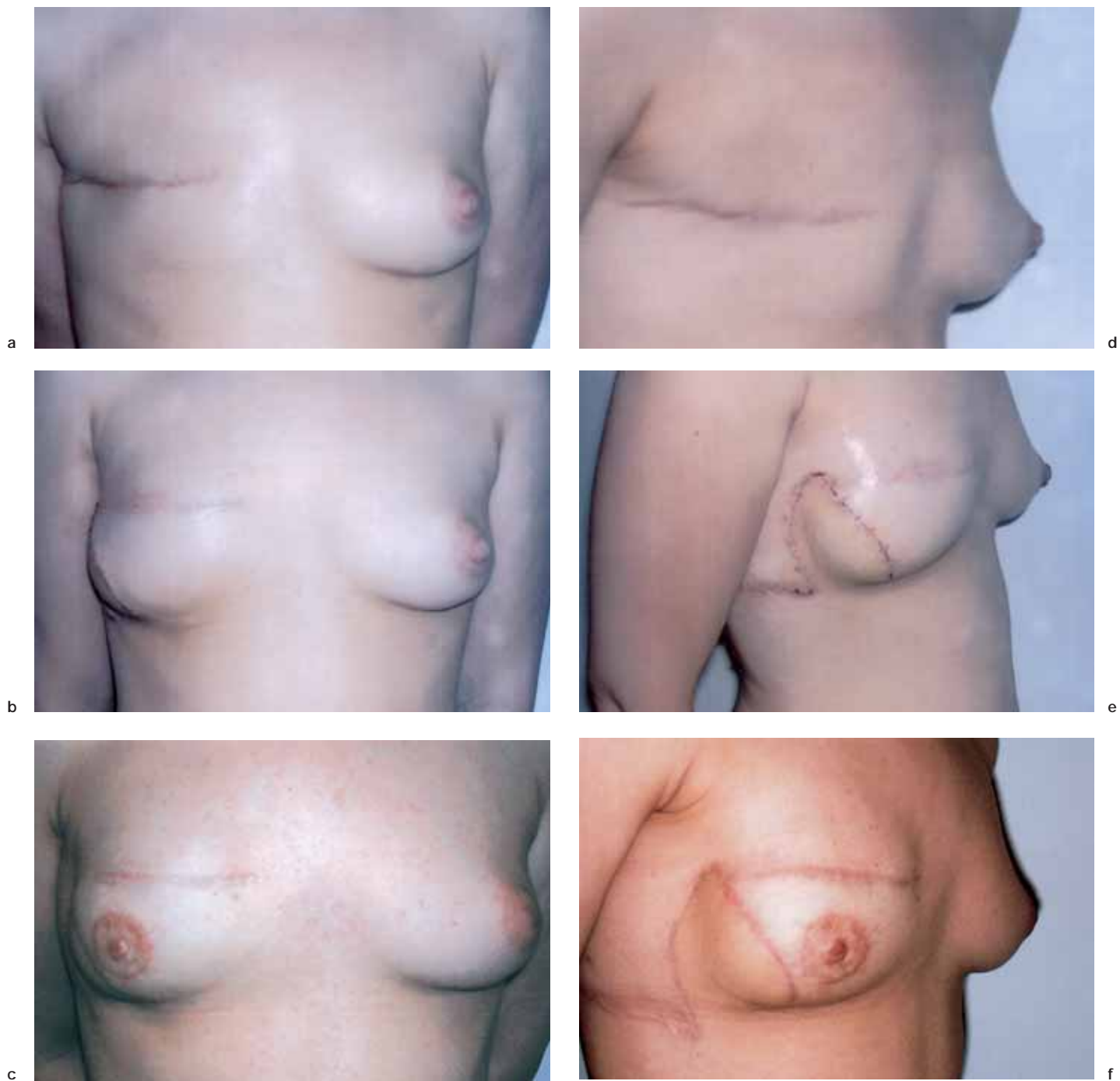


Fig. 3: a, b y c: Visión frontal; Pre y postoperatorio con reconstrucción final del CPA. d, e y f: Visión oblicua izda. Se observan definición de surco submamario, proyección, simetría y distribución de volumen adecuadas en mama pequeña.

bastante diferente a la del área privada o con seguro prepago.

Con referencia a las complicaciones inmediatas (Tabla I), no tuvimos infecciones, hematomas ni seromas. Hubo 3 necrosis distales (igual o menor al 15% distal del colgajo) de espesor total (una de ellas combinada con epidermolisis superficial). Se resecaron una vez definidas y se realizó cierre directo secundario en esa zona con mínima alteración de la forma final. En estos casos se prolongó la antibioterapia profiláctica. Hubo un caso de epidermolisis superficial flictenular que finalmente epitelizó, tratándose con

aplicación seriada de hidrocoloides hasta la curación. En ningún caso hubo que extraer el implante.

Como operaciones complementarias (Tabla II) se realizaron 5 mastopexias y/o reducciones contralaterales, y habrían estado indicadas 3 más que no se realizaron por decisión de la paciente. Se hicieron 5 reconstrucciones de aréola y pezón, Una capsulectomía (en una paciente con cobertura cutánea de mediocre calidad y pectorales atróficos por denervación), y hubieran estado indicadas otras 2, que no se realizaron por decisión de la paciente. Fue necesario redefinir el surco submamario en un caso, y corregir la posi-

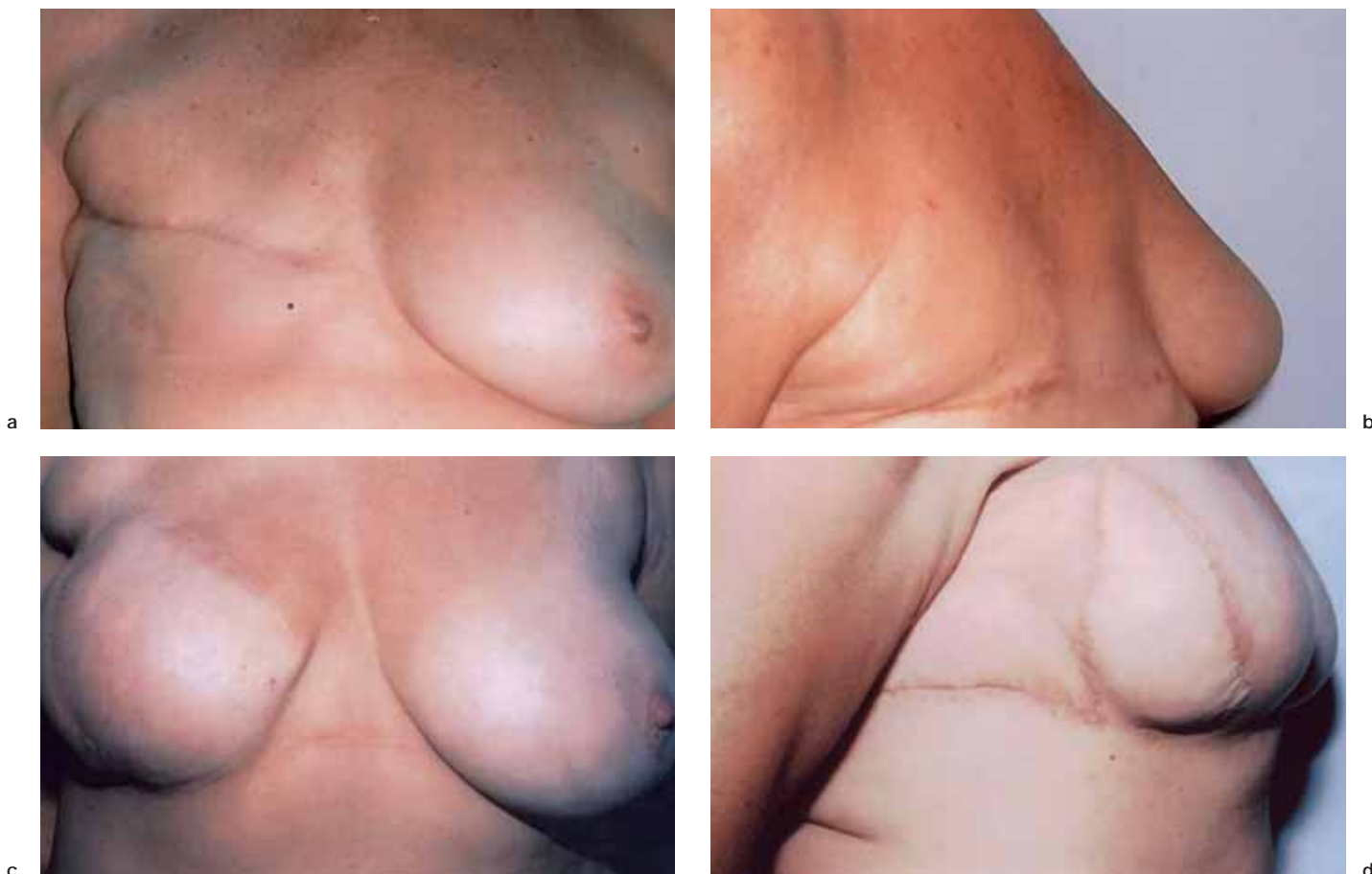


Fig. 4: a y b: Preoperatorio frente y perfil. c y d: Postoperatorio frente y perfil. Definición de surco submamario, proyección y distribución de volumen adecuadas en mama más voluminosa. Simetría aceptable; la paciente no solicitó revisiones.

ción muy lateralizada de 2 implantes y muy alta de otro caso (Fig. 5). En un cuarto caso, la paciente falleció antes de la corrección planeada.

La formación de cápsula periprotésica del tipo Baker III o IV fue del 18% en el período de seguimiento mencionado. En 3 casos (14%) la contractura fue evidente y alteraba la forma obtenida, justificando plenamente una capsulectomía. Una sola paciente decidió reoperarse.

Discusión

Resulta llamativa la escasa difusión internacional del CTDL para reconstrucción mamaria, según surge de una revisión de publicaciones periódicas y textos

principales (2- 5) referentes al tema. Sólo hemos podido identificar 12 artículos al respecto, la mayoría de ellos del área escandinava (1, 8-18). No conocemos artículos referentes al CTDL publicados en castellano o portugués, ni tampoco originados en la América anglosajona. Hay escasas publicaciones recientes sobre el CTDL en inglés, originadas en los Países Bajos y en Sudáfrica (16-18), y una muy breve mención en otra generada en México (6).

En nuestra experiencia desde 1999 sobre 21 operaciones con la técnica de Holmström, hemos encontrado que se trata de una opción muy útil para reconstrucciones mamarias con implantes que requieran aporte de piel, por lo que pasamos a analizarla.

En primer lugar, es un colgajo de buena fiabilidad

Tabla I. Complicaciones inmediatas

	Necrosis de espesor parcial: Epidermolisis, flictenas	Necrosis distales de espesor total	Infección	Seromas o hematomas	Sin complicaciones
Con extracción del implante	ninguna	ninguna	ninguna	ninguno	17
Sin extracción del implante	1	3			
Con infección	ninguna	ninguna			

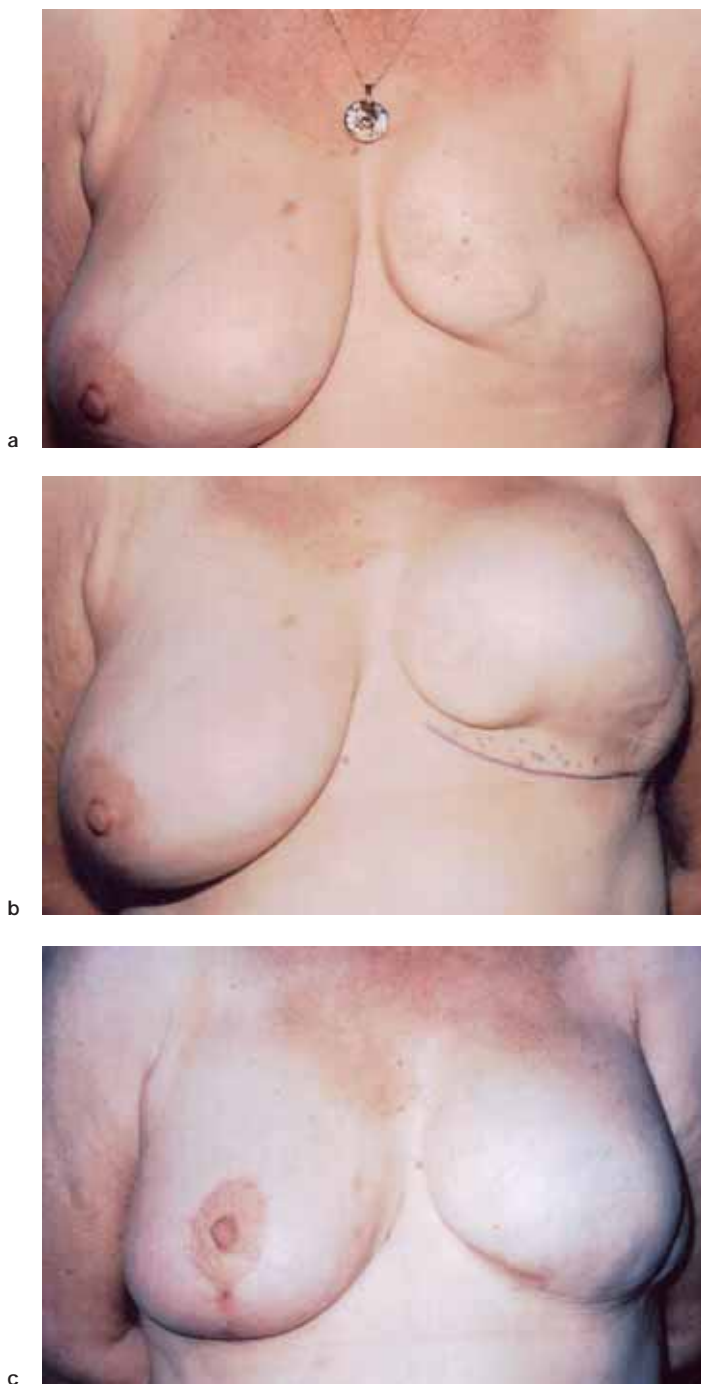


Fig. 5: a) Preoperatorio de frente en mama voluminosa. b) Postoperatorio: implante muy alto, sin definición de surco submamario. c) Después de revisión quirúrgica de posición y surco y reducción de mama contralateral se logra mejorar sustancialmente el resultado en una mama voluminosa (implante de 335 cc)

desde el punto de vista circulatorio (Tabla I). Hemos tenido 4 sufrimientos circulatorios distales en 21 colgajos; 3 de ellos de espesor total (nunca más del 15% distal) y 1 epidermolisis que reepitelizó sin secuelas. En los casos de espesor total, se reseco el sector necrosado y se suturaron bordes vitales, sin necesidad de extracción del implante, y con mínima afectación del resultado final. Se debe tener presente que 77% de las pacientes habían recibido irradiación que incluía buena parte del área de origen del colgajo y el área a

reconstruir. En comparación con otras series mayores (1,11, 17), esta tasa de sufrimiento vascular concuerda en líneas generales, salvo en que no hemos tenido necesidad de extraer ningún implante.

No hemos tenido infecciones, que son un porcentaje muy bajo pero presente en estas series mayores estudiadas. Hemos administrado antibioterapia profiláctica con cefalosporinas, siguiendo la comprobación de Blomqvist y colaboradores (13). Tampoco hemos tenido seromas ni hematomas.

La reconstrucción con CTDL permite la colocación de implantes relativamente voluminosos (hemos colocado hasta 335 cc.) con relativa holgura. Esto ha permitido lograr volúmenes simétricos con una única operación en 12 de 22 operaciones, es decir un 54% (no consideramos asimetrías por posición inadecuada). Posiblemente en esta buena tasa de simetría está influyendo una selección adecuada de pacientes. Aunque siempre se informó a todas las pacientes de otras opciones de reconstrucción, probablemente se les presentó como más ventajosa esta técnica para su caso a muchas integrantes de este serie. De haber sido así, un volumen moderado o pequeño de la mama remanente habría influido en el sesgo. Los demás casos de asimetría tras la reconstrucción se han resuelto con una pexia o reducción mamaria (Fig. 5), con excepción de 3 pacientes que no desearon una segunda operación porque consideraban haber logrado ya una mejoría suficiente (Tablas II y III). Recientemente se ha comunicado la posibilidad de asociar expansores a este método (17), lo que ha permitido colocar implantes mucho mayores.

Es importante resaltar que el volumen logrado se ha acompañado de buena definición del surco submamario (86%), de la proyección (82%), y de la distribución del volumen en el conjunto de la mama (68%) (Fig. 3- 5) (Tabla III), lo que implica que, con excepción de la mama puberal y de la adolescente, el perfil de una mama normal y adecuada estéticamente es algo más plano por encima del pezón y más convexo por debajo del mismo. En la vista de frente, hay un mayor relleno hacia el cuadrante ínfero-externo (19). La propia geometría del CTDL y su forma de trasposición hacen que, al desplazarse hacia arriba unos 75° a 80°, se cree una "oreja de perro" por encima del punto pivote que favorece el relleno de este cuadrante y la mayor proyección del área correspondiente al pezón; de modo que el CTDL coloca su máximo aporte de piel donde hay mayor necesidad de relleno y proyección.

Con referencia al surco submamario, esta técnica permite una buena definición en la gran mayoría de los casos. A diferencia de los colgajos toracoepigástricos de Tai y Hasegawa, Cronin, y Böhmert (20-22),

Tabla II: Operaciones complementarias

	Mastopexia y/o reducción contra lateral	Ajuste de posición de surco submamario	Ajuste de posición del implante (lateral o medial)	Resección de necrosis distal	Capsulectomía	Reconstrucción areola y pezón	Recambio del implante por volumen inadecuado
Efectuada	5	1	2	3	1	7	
Deseable pero no efectuada	3	0	1		2	13	2
Innecesaria						2 (conservados en la mastectomía)	

Tabla III: Parámetros estéticos

	Proyección		Surco submamario, definición		Simetría (en volumen, posición y forma)		Distribución de volumen		
	Buena	Insuficiente	Buena	Insuficiente	Adecuada inicialmente	Inadecuada inicialmente	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada luego de remodelación contralateral
Nº de pacientes	18	4	19	3	8	14	7	15	0

Tabla IV: Satisfacción de las pacientes

Puntuación subjetiva	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº de pacientes				1		1	5	1	1	3
Media: 7,66										

el CTDL no interrumpe el surco submamario (1), sino que más bien lo realza. En efecto, en primer lugar su base está en el extremo lateral del surco, y en segundo lugar, el cierre directo del área dadora genera un vector de tracción ligeramente oblicuo hacia arriba y afuera, dado que el borde superior llega con más tensión que el inferior, y tracciona en esos sentidos.

La secuela en el área dadora consiste en todos los casos en una cicatriz lineal horizontal (Fig. 3, 4 y 6). La calidad de la misma ha resultado aceptable para todas las pacientes. En ningún caso ha sido necesario tratamiento de cicatrices notoriamente hipertróficas. Tampoco hemos tenido dehiscencias ni otras complicaciones inmediatas. Por otra parte, la cicatriz permanece oculta bajo el sujetador o aún bajo trajes de baño con un diseño no muy somero. En este sentido, la comparación con otros métodos de reconstrucción mediante colgajos favorece al CTDL. En efecto, aunque muchas veces resulta una cicatriz muy aceptable por calidad y ubicación, el uso del TRAM no carece de riesgos de debilidad parietal y abombamiento (23). El dorsal ancho tiene una frecuencia alta de seromas en el área dadora, y la cicatriz en la misma puede ser ancha e incluso dehiscente (24).

La evaluación de la satisfacción de las pacientes (Tabla IV), para aquellas que adjudicaron una puntuación cuantitativa, está en niveles altos, aunque como corresponde a las últimas 12 pacientes operadas, puede estar sesgado por la curva de aprendizaje realizada. Todas las pacientes sintieron que su operación había valido el gasto y /o el tiempo y las molestias sufridos. Ninguna lamentó habérsela realizado. La valoración favorable más común respecto de la reconstrucción fue la posibilidad de vestirse normalmente con independencia de prótesis externas y realizar normalmente actividades deportivas o recreativas.

El promedio de hospitalización de nuestras pacientes ha sido de 30 horas; esto supone un tiempo bastante inferior al publicado recientemente por Woerdenman y colaboradores (17), y también si se compara con las 76 horas. que han estado internadas como promedio las pacientes de una serie del primer autor de este artículo de 42 reconstrucciones unilaterales empleando el TRAM unipediculado. La duración de la operación (105 min.) es muy similar a la de la serie referida (17), y se compara con los 224 min. de nuestra serie con TRAM. Duraciones operatoria y de hospitalización comparativamente breves coinciden con



Fig. 6: Cicatriz dadora oculta por el sujetador en pacientes de figuras 3 y 4

el estudio de Blomqvist y colaboradores (10), donde se muestra que el método de Holmström genera la menor respuesta metabólica al trauma quirúrgico comparado con el empleo del TRAM y del dorsal ancho. Sería razonable deducir de lo antedicho que, en términos de costos, el método de Holmström se valore también favorablemente. Más arriba hemos reseñado las dificultades que este tipo de estudio nos planteaba.

Todos los casos de nuestra serie han sido reconstrucciones diferidas en mastectomías radicales modificadas, pero resulta posible emplear este método en forma inmediata (16). También estamos empleando el CTDL para reconstruir secuelas de mastectomías parciales, con resultados muy alentadores (25), y esperamos estar en condiciones de hacer la correspondiente comunicación próximamente.

La incidencia de contractura capsular (Baker III y IV) del 18% es similar a la de otras series (14), aunque debe tenerse en cuenta que la nuestra es menor e incluye casos con menos de un año de seguimiento.

La técnica de de Souza Pinto (26), atractiva por su sencillez basada en la inteligente aplicación de una técnica básica de la Cirugía Plástica, presenta algunas similitudes con la de Holmström. Fundamentalmente, en que logra aportar, mediante su colgajo inferior (27), un suplemento de cobertura en el cuadrante ínfero-externo. Sin embargo, difiere en que no se trata propiamente de colgajos fasciocutáneos, y en que la geometría del diseño es más bien una Z-plastia que un colgajo de transposición. Por otra parte, estimamos que el CTDL aporta mayor superficie y facilita una mayor proyección al generar la “oreja de perro” en su punto pivote.

Conclusiones

El método de Holström, basado en la transposición del CTDL e implante de gel de silicona ha demostrado su validez como una opción para reconstrucción

mamaria. Inicialmente restringida al área escandinava, su uso satisfactorio ha sido comunicado recientemente en la literatura científica internacional desde otras regiones. Sin embargo, parece haber recibido relativamente poca atención, en términos de publicaciones al menos, fuera de su área de origen, y en particular, en las Américas y en la Península Ibérica.

Nuestra experiencia desde hace 6 años es coincidente con otras series mayores en número, en lo referente a la seguridad vascular del colgajo (aún estando incluido parcialmente en el campo de irradiación, y transpuesto a un área receptora también irradiada), a la calidad de los resultados que permite en cuanto a forma y proyección, y al escaso trauma quirúrgico que supone. Consideramos que debe tenerse presente como una opción valiosa cuando se encara una reconstrucción mediante implantes, preferentemente en mamas pequeñas o medianas, teniendo como ventajas las ya enumeradas, la mínima morbilidad del área dadora y el resultado inmediato que permite obtener.

Dirección del autor

Dr. Carlos Carriquiry
21 de Septiembre 2353, ap,201
Montevideo 11200
Uruguay
E-mail: carcarri@montevideo.com.uy
ccarriquiry@cenaque.org.uy

Bibliografía

1. **Holmström H., Lossing C.** “The lateral thoracodorsal flap in breast reconstruction”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1986; 77: 933.
2. **Bostwick J III.** “Tratado de mamoplastia”. Caracas: Amolca, 2002
3. **Strauch B., Váscquez L., Hall-Findlay E.** Editores “Grabb’s Encyclopedia of Flaps” Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998
4. **Hallock G.** “Fasciocutaneous flaps” Boston: Blackwell Scientific Publications, 1992
5. **Mathes S. and Nahai F.** “Reconstructive surgery: Principles, ana-

- tomy and technique" New York: Churchill Livingstone y Quality Publishing, 1997
6. **Haddad-Tame J.L., Hirsch M. J., Chávez, V., Sastré, N., Vecchyo C.** "Reconstrucción mamaria con tejidos autólogos." *Cir. Plas. Iberolatinoam.*, 2004; 30:183 .
 7. **Goldwyn R. M.** "How good are our breast reconstructions?" *Plast. Reconstr. Surg.* 2004 ; 114 Supplement: 41.
 8. **Lossing, C., Elander, A., and Holmström, H.** "Capsular contraction after breast reconstruction with the lateral thoracodorsal flap". *Aesthetic Plast. Surg.* 1989; 13: 81.
 9. **Bertucci D., Ferri M., Grimaldi M, Giudiceandrea F. and Cervelli V.** "Utilizzo del lembo di Holmstrom nella ricostruzione mamaria" *Minerva Chir.* 1997, 52:1267
 10. **Blomqvist L, Malm M., Berg A., Svelander L., and Kleinau S.** "The inflammatory reaction in elective flap surgery". *Plast. Reconstr. Surg.* 1998; 101:1524
 11. **Blomqvist L., and Malm M.** "Clinical experience with the lateral thoracodorsal flap in breast reconstruction". *Ann. Plast. Surg.* 1999; 43: 7.
 12. **Brandberg Y., Malm M., and Blomqvist L.** "A prospective randomised study, "SVEA", comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life and result." *Plast. Reconstr. Surg.* 2000; 105: 66.
 13. **Blomqvist, L., Malm, M., Holmström, H., and Lossing, C.** "The lateral thoracodorsal flap in breast reconstruction: A comparison between two plastic surgical centres". *Scand. J. Plast. Reconstr. Hand Surg.* 2000; 34: 327
 14. **Lossing, C., Holmström, H., Malm, M., and Blomqvist, L.** "Clinical follow up of the lateral thoracodorsal flap in breast reconstruction: Comparative evaluation from two plastic surgical centres". *Scand. J. Plast. Reconstr. Hand Surg.* 2000; 34: 331.
 15. **Lossing, C., Elander, A., Gewalli, F., and Holmström, H.** "The lateral thoracodorsal flap in breast reconstruction: A long-term follow up study." *Scand. J. Plast. Reconstr. Hand Surg.* 2001;35: 183
 16. **Hudson D. A. y Ndohe E.** "Using two flaps to achieve aesthetic autologous breast mound reconstruction." *Plast. Reconstr. Surg.* 2002;49:189
 17. **Woerdeman L. A., van Schijndel A., J. , Hage J., and Smeulders M.** "Verifying surgical results and risk factors of the lateral thoracodorsal flap" *Plast. Reconstr. Surg.* 2004; 113: 196
 18. **de Weerd L., Woerdeman L. A. and Hage J.** "The lateral thoracodorsal flap as a salvage procedure for partial transverse rectus abdominis myocutaneous or deep inferior epigastric perforator flap loss in breast reconstruction" *Ann. Plast. Surg.* 2005; 54:590
 19. **Bostwick J III.** "Tratado de mamoplastia". Caracas: Amolca, 2002 Pp. 126-130
 20. **Tai. Y. and Hasegawa H.** "A transverse abdominal flap for reconstruction after radical operations for recurrent breast cancer" *Plast. Reconstr. Surg.* 1973; 53: 52
 21. **Cronin T. D., Upton J. and Mc Donough J.** "Reconstruction of the breast after mastectomy" *Plast. Reconstr. Surg.* 1977; 59:1
 22. **Bohmert H.** "Experience in breast reconstruction with thoraco-epigastric and advancement flaps" *Acta Chir Belg.* 1980; 79(2):105
 23. **Calderón W., Gómez L., Israel G., Cabello R. and col.** "Comparación de la reconstrucción mamaria diferida versus la inmediata con TRAM pediculado" *Cir. Plas. Iberolatinoam.* 2001; 27:139
 24. **Bostwick J III.** "Tratado de mamoplastia". Caracas: Amolca, 2002 P. 973
 25. **Carriquiry C., Londinsky M. y Seoane J.** "El colgajo toracodorsal lateral para reconstrucción de secuelas de mastectomía parcial" Libro de resúmenes de ponencias y comunicaciones del XV Congreso de la FILACP y XXXIX Congreso de la SECPRE. Sevilla, 2004 Pp. 216-217
 26. **de Souza Pinto E. B. , da Costa Muniz A., Erazo P., Gonzalez Cação E, de Souza Pinto P. C.** "Reconstrução Mamária: Princípios Geométricos dos Retalhos Cutâneos em Duplo V" *Rev. Bras. Cir. Plast.* 1998; 13 (3) www.cirurgiaplastica.org.br/revista/indice/vol113_n3/souzapinto
 27. **Peña Vicente S., González Peirona E., Agulló Domingo A., Duato Jané F. y Elena Sorando E.** "Reconstrucción mamaria mediante colgajos cutáneos locales en doble V" *Cir. Plas. Iberolatinoam.* 2005; 31:53.

Comentario al trabajo «Reconstrucción mamaria con el colgajo toracodorsal de Holmström: análisis de 6 años de experiencia»

Dr. Elías González Peirona
Cirujano Plástico
Hospital Miguel Servet
Zaragoza (España)

El trabajo del profesor Carriquiry y colaboradores me parece muy interesante porque actualiza una técnica de reconstrucción mamaria que recurre a tejidos próximos a la zona a reconstruir, con una textura y unas características similares, que no produce déficit funcionales como sucede con la reconstrucción mamaria con el músculo dorsal ancho ni tiene la morbilidad o posibles complicaciones de una reconstrucción con TRAM, y que se puede utilizar en mamas radiadas. Tanto el tiempo de la intervención como el de la hospitalización, las complicaciones y el costo están a favor de esta técnica, que resuelve muy bien el surco submamario, aunque encuentro que la cicatriz de la mastectomía, que es el punto que tiene menor proyección de la mama antes de la intervención, y la que cede menos por tratarse de un

tejido cicatricial, no se toca y da la sensación de que la mama está como dividida en dos, por encima y por debajo de la misma, ya que el colgajo toracobraquial lateral y su diseño no tiene relación con la misma. La cicatriz producida por el colgajo queda muy bien disimulada por debajo de la axila y es de buena calidad y aunque no entiendo muy bien por qué no retocar la mama contralateral en el mismo acto quirúrgico para conseguir una mayor simetría, es una decisión opinable.

Creo que es una buena decisión revisar aquellas técnicas, que aunque no tuvieron en su momento una gran difusión y fueron eclipsadas por otras que a pesar de ser más complicadas y costosas gozaron de una innmerceda fama, porque como decía Baltasar Gracián: «lo bueno si breve, dos veces bueno».

Respuesta al comentario del Dr. González Peirona

Dr. C. Carriquiry

Aprecio mucho el análisis de nuestro trabajo por parte del Dr. González Peirona y la relevancia de sus comentarios. Me permito recoger la última frase, que comparto totalmente, para editorializar brevemente. En mi modesta percepción, existe actualmente una presión muy importante por publicar técnicas –y sus variaciones y refinamientos– necesariamente novedosas y diferentes, para mostrar que el autor, y tal vez la revista, están en el *cutting edge* (toléreseme el anglicismo) de la especialidad. Sin negar todo lo obviamente bueno que esta presión genera, se puede caer en el exceso de la novelería y, tanto peor, en el menosprecio, ignorancia, o falta de verificación en el tiempo de técnicas que han perdido el atractivo de la novedad. Como docente, les aconsejo a mis residentes que, por cada artículo leído en el último número de las revistas científicas, revisen otro publicado 10 años

atrás. No es raro que, con el alud de información que debemos afrontar mes a mes, se nos haya escapado un concepto o un procedimiento muy valioso y totalmente vigente hoy mismo. El colgajo toracodorsal probablemente esté en esta categoría.

Efectivamente la cicatriz de la mastectomía previa puede ir en detrimento de la reconstrucción con implante como lo hace notar claramente nuestro comentador. Creo que el colgajo toracodorsal disminuye su efecto de constricción transversal u oblicua cuando, al rotar unos 90° hacia arriba, interrumpe con su tejido más distensible el extremo lateral de dicha cicatriz. Tomo nota de la preferencia del Dr. González Peirona por la remodelación simultánea de la otra mama. Aunque algunas de mis pacientes no la han deseado, es posible que deba proponerla con mayor énfasis en el futuro.