

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

INJERTO AUTÓLOGO DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN

ANGEL EMIRO RIVAS

SERVICIO DE CIRUGÍA II, HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY, MARACAY, VENEZUELA

Sobre el juicio crítico y sugerencias realizados por el Dr. Rafael Casanova, sobre el trabajo publicado por la Revista Venezolana de Oncología (Rev Venez Oncol 2002;14(1):16-24), creo que son perfectamente válidos y pertinentes aunque difiero en algunos aspectos. El Dr. Rafael Casanova viene siguiendo mis trabajos y, siempre le ha motivado cuando comencé a principios de los años ochenta, iniciándolos por primera vez en Venezuela, y los cuales, han causado mucha polémica y controversia, para ese entonces, cuando no se vislumbraba posibilidad alguna de reconstrucción mamaria utilizando colgajos miocutáneos; técnica a la que le he hecho diversas modificaciones: colgajos miocutáneos en cuña, colgajos miodermograsos y otras variantes hasta ir perfeccionando y depurando la técnica.

En el presente artículo que se publicó en la Revista Venezolana de Oncología, al Dr. Rafael Casanova le llama la atención que en 15 años de experiencia no hayan ocurrido recurrencias, debe destacarse que cuando comencé a trabajar sobre el autoinjerto del complejo areola-pezón, lo “sembraba” en un sitio distinto, que podía ser

la región inguino-crural, o una de las fosas ilíacas para después de un tiempo, trasladarlo para la reconstrucción definitiva.

Luego de esta experiencia decidí usarlo como injerto libre en el mismo momento de la intervención (mastectomía y reconstrucción).

Siempre preservamos principios oncológicos para realizar este procedimiento y, la literatura al respecto, habla de una distancia de 2 cm de la lesión al complejo areola-pezón, pero quizás el detalle más importante para que no haya recurrencias es que prácticamente “afeitamos” los ductos terminales del pezón.

El comentario más riguroso que el Dr. Rafael Casanova realiza “en forma inquisitiva y hasta como antioncológicos pueden ser aceptados actualmente como válidos”, sólo podría responderle: que el problema nuestro como latinos es la dificultad en formar equipos y esperar que los demás ejecuten, para luego nosotros aceptar y después actuar.

La creatividad del cirujano debe estar basada bajo principios éticos y quirúrgicos esenciales, pero siempre buscando dejar algo, dejar una huella que sirva de base para futuros cambios en beneficio del paciente.