



CLÍNICA

CIRUGÍA DE MAMA Y DRENAJES

BREAST SURGERY AND DRAINAGE

***Ballesteros Úbeda, María Vicenta**

*Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Móstoles. Madrid.

Palabras clave: cirugía de mama, drenajes, complicaciones.

Keywords: breast surgery, drainage, complications.

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico longitudinal retrospectivo, cuyo objetivo fue analizar la aparición de complicaciones en la cirugía de mama. Las pacientes estudiadas fueron intervenidas quirúrgicamente de patología mamaria entre los meses de enero-septiembre (ambos inclusive) de 2007 en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Móstoles. Se conocieron las complicaciones surgidas tras la intervención así como la necesidad o no de drenajes en el lecho. No se encontraron diferencias significativas entre la frecuencia de complicaciones y el tipo de drenajes. No obstante, sí que se encontró un menor número de complicaciones en aquellas enfermas con un mayor número medio de drenajes. Por tanto, no hemos conseguido demostrar asociación entre el número o el tipo de drenaje y la aparición de complicaciones tras la cirugía de mama.

ABSTRACT

A retrospective longitudinal analytical study was performed in patients who received breast surgery during the months of January to September 2007 at Obstetrics and Gynaecology Services of Mostoles Hospital with the aim of assessing complications in breast surgery and its relation to the need for local drainage.

No significant differences were found between the amount of complications after surgery and drainage type. However, a lower number of surgery complications were found in those patients who received a higher number of drainages. This indicates that even though a relation between the number and type of drainages versus breast surgery complications was not found, a trend toward less surgery complications was found in those patients with an increased amount of drainage.

INTRODUCCIÓN

Las glándulas mamarias son similares a grandes glándulas sebáceas. Están formadas por lóbulos glandulares y tejido adiposo. Las mamas se localizan entre la línea paraesternal y axilar anterior, aunque el tejido mamario se extiende hacia la axila y el epigastrio. La piel de

la mama es lisa y contiene folículos pilosos y glándulas sudoríparas y sebáceas. El ligamento de Cooper sujeta las mamas y las fija a los músculos pectorales.

Toda esta anatomía hace que las maniobras quirúrgicas sean muy difíciles. Esta cirugía exige incisiones mínimas en campos reducidos y a todo ello se le suma la necesidad de que las incisiones sean lo más estéticas posibles.

Como en cualquier intervención, dentro de las complicaciones que se pueden producir están las propias de la intervención quirúrgica.

Este trabajo se va a centrar en las complicaciones que se puede presentar en la herida quirúrgica y su posible relación con el uso de los drenajes. Entre ellas podemos citar los seromas, infecciones, hemorragias, necrosis, quemaduras, dehiscencias, etc., complicaciones todas ellas que a pesar de estar estudiadas ampliamente, todavía son motivo de controversia y discusión respecto a su etiología, prevención y tratamiento.

La aparición de complicaciones postquirúrgicas se asocia con el tipo, número y duración de los drenajes, edad del paciente, tipo de intervención, entre otros. Existen muchas clasificaciones en cuanto a los drenajes se refiere, pero en este trabajo se va a utilizar en todo momento la siguiente:

- POR SU ACCIÓN:

1. D. PROFILÁCTICOS: para prevenir el acumulo de sustancias.
2. D. TERAPÉUTICOS O CURATIVOS: para drenar una acumulación.
3. D. PALIATIVOS: se utilizan para drenar acumulaciones líquidas.

- POR SU FUNCIONAMIENTO:

1. D. SIMPLES:
2. D. SUCCIÓN O ASPIRATIVOS: de forma continua o intermitente.

La cirugía mamaria junto con la linfadenectomía crea un ambiente extremadamente favorable para la aparición de complicaciones, debido a la sección de gran cantidad de vasos sanguíneos, conductos linfáticos y a la formación de una cavidad virtual.

CLASIFICACIÓN DE LAS DIFERENTES INTERVENCIONES MAMARIAS

- **A NIVEL MAMARIO:**

- Nodulectomía: escisión amplia y extirpación con margen de tejido sano.
- Mastectomía parcial: escisión del tumor con márgenes más amplios de tejido sano que en la nodulectomía.
- Cuadrantectomía: extirpación de un cuadrante de la mama.
- Mastectomía:
 - Subcutánea: extirpación de tanto tejido mamario como sea posible, al tiempo que se conserva la piel que le recubre y el complejo pezón-areola.
 - Total: extirpación completa de todo el tejido mamario y de la cola axilar de Spence.
 - Radical modificada: extirpación de todo el tejido mamario y de los ganglios linfáticos axilares.

- Radical: extirpación del tejido mamario, los ganglios axilares y los músculos pectorales y cadena linfática mamaria interna.
- Superradical: extirpación de tejido mamario, ganglios linfáticos axilares, músculos pectorales y cadena linfática mamaria interna.
- Reconstrucción de la mama: sustitución del tejido mamario perdido por expansores, implantes o colgajos musculares.

■ A NIVEL AXILAR:

- Muestreo o picking axilar: consiste en la extirpación de una serie de ganglios para evaluar el pronóstico y la actitud terapéutica postoperatoria.
- Vaciamiento axilar: consiste en extirpar toda la grasa que se encuentra por debajo de la vena axilar, a partir de su adventicia y que tiene como límites laterales el borde interno del pectoral menor y el músculo dorsal ancho por fuera y pretende extirpar todo el tejido conectivo y adiposo que está en el área del músculo Latisimus Dorsi subescapular serrato anterior y pectoral menor.

La cirugía de mama, como especialidad médica, se ha difundido de forma importante en la última década debido a los avances tecnológicos y el mayor conocimiento de las enfermedades benignas y malignas de la mama, por lo que requiere de una dedicación exclusiva.

HIPÓTESIS

Se produce un menor número de complicaciones en la herida quirúrgica tras la cirugía mamaria si se implanta un drenaje en cada una de las incisiones que se realicen durante la intervención.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio analítico longitudinal retrospectivo, cuyo objetivo es analizar la aparición de complicaciones en la cirugía de mama. El estudio se ha desarrollado en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Móstoles.

La muestra está compuesta por 75 mujeres intervenidas quirúrgicamente de patología mamaria entre los meses de enero-septiembre (ambos inclusive) de 2007. Se realizaron los siguientes tipos de intervención quirúrgica:

- mastectomías en todas sus variantes,
- linfadenectomías: tanto muestreo como vaciamiento,
- nodulectomías
- cuadrantectomías
- cirugías conservadoras.

Se utilizó como instrumento de investigación: revisión de historias clínicas, encuesta telefónica y datos aportados por el servicio de admisión del Hospital. Las variables utilizadas en el estudio son: edad, tipo de intervención, número de drenajes, antibioterapia y complicaciones tras la cirugía. Los resultados de las variables cualitativas son presentados mediante gráficos y cuadros resumidos con porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se representan con la media y su desviación estándar. Para valorar la asociación entre las variables cualitativas se ha empleado la prueba estadística de X cuadrado. Para analizar la diferencia de los valores medios de las variables cuantitativas se

aplicó la t de Student o el análisis de la varianza (ANOVA) para grupos con más de dos categorías. En el análisis se utilizó un programa de análisis estadístico SPSS 11.00 y el nivel de significación estadística determinado a priori fue $p=0,05$.

RESULTADOS

En el periodo de observación, la intervención más frecuente fue la cirugía conservadora más linfadenectomía con un 34,7%, seguida de la mastectomía más linfadenectomía con un 22,7%. Las demás intervenciones oscilaron entre el 2,7% de la mastectomía simple y el 9,3% de la tumorectomía (tabla 1).

Tabla 1. Tipo de intervenciones realizadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos mastectomía	2	2,7	2,7	2,7
mastectomía y linfadenectomía	17	22,7	22,7	25,3
linfadenectomía	3	4,0	4,0	29,3
tumorectomía	7	9,3	9,3	38,7
cirugía conservadora	6	8,0	8,0	46,7
tumorectomía + linfadenectomía	7	9,3	9,3	56,0
cirugía conservadora + linfadenectomía	26	34,7	34,7	90,7
ampliación márgenes	4	5,3	5,3	96,0
biopsia y linfadenectomía	3	4,0	4,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Algunas pacientes fueron sometidas durante el mismo periodo de tiempo estudiado a una segunda intervención, en concreto 12 casos (tabla 2).

Tabla 2. Segunda intervención realizada

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	63	84,0	84,0	84,0
si	12	16,0	16,0	100,0
Total	75	100,0	100,0	

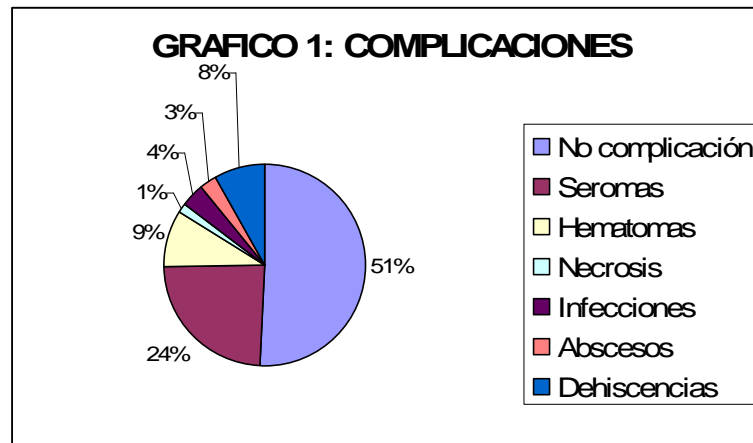
La resutura de la herida quirúrgica fue la segunda intervención más realizada en nuestra serie debido a la cantidad de dehiscencias aparecidas (33% de las reintervenciones). Estuvo

seguida por 4 casos de ampliación de márgenes (25% de las reintervenciones), que se realizaron tras recibir la anatomía patológica de la primera intervención (tabla 3).

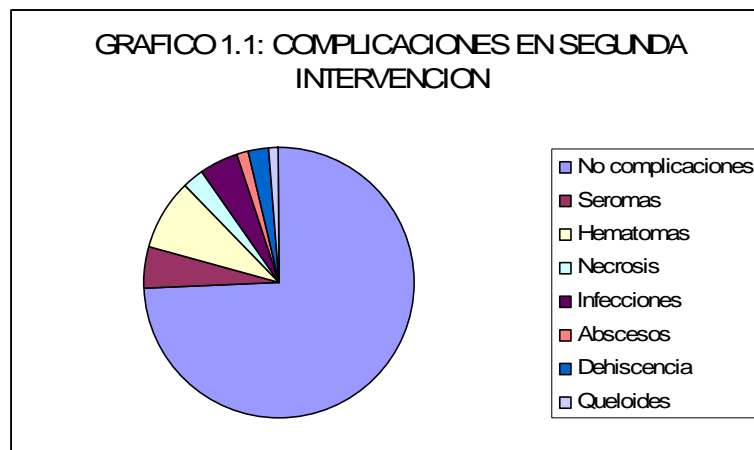
Tabla 3. Tipo de intervenciones realizadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mastectomía y linfadenectomía	2	2,7	16,7	16,7
	linfadenectomía	2	2,7	16,7	33,3
	cirugía conservadora + linfadenectomía	1	1,3	8,3	41,7
	ampliación márgenes	3	4,0	25,0	66,7
	resutura	4	5,3	33,3	100,0
	Total	12	16,0	100,0	
Perdidos	Sistema	63	84,0		
Total		75	100,0		

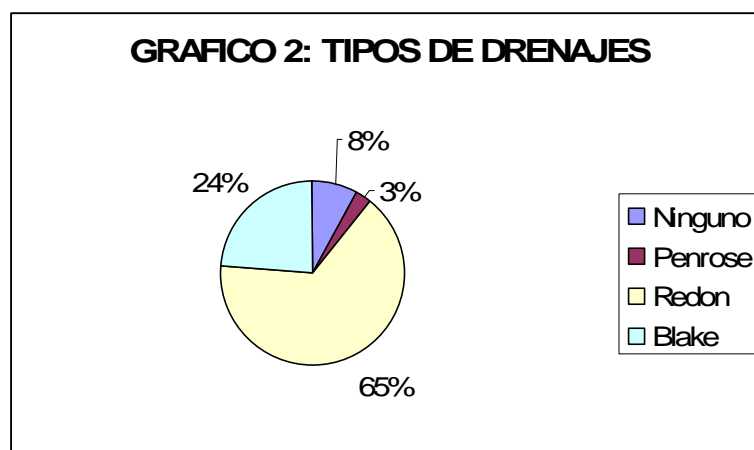
Del total de las 75 pacientes, 38 pacientes no presentaron ninguna complicación en la herida quirúrgica, lo que representa un 50,7% del total. El seroma fue la complicación que más apareció con una total de 24%. La segunda complicación mas frecuente fue la dehiscencia, que representó, como se ha visto anteriormente, la primera causa de reintervención (Gráfico 1).



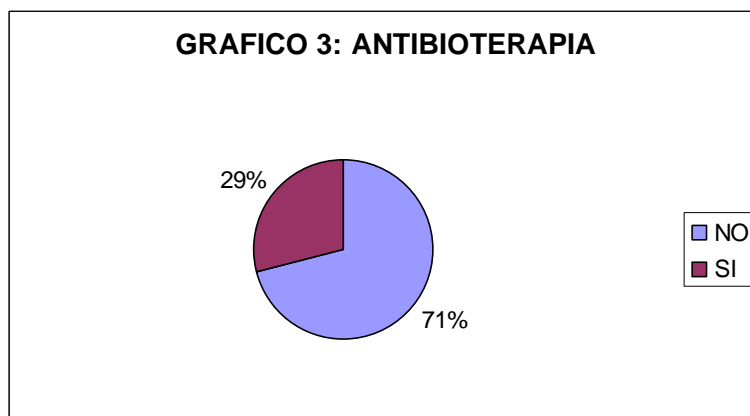
Se realizó también un seguimiento de las complicaciones que aparecieron tras la segunda intervención obteniendo los siguientes resultados: el 84% de las pacientes no presentaron ningún tipo de intervención. El seroma fue de nuevo la complicación más frecuente y apareció en el 5,3% de las segundas heridas quirúrgicas. En las reintervenciones se encuentra una complicación nueva, que es el queloide con un 1,3% (Gráfico 1.1).



Si analizamos los drenajes, nos podemos encontrar con que existen bastantes tipos clasificados por diferentes criterios. En casi toda la literatura revisada nos encontramos que el 98% de los empleados en la cirugía de mama son los llamados drenajes aspirativos o de succión. En nuestro estudio nos encontramos que se emplearon drenajes en un 92% de las enfermas, de los que un 65% son tipo redon, seguidos del 24% Blake y el 3% penrose. Los dos primeros corresponden a drenajes aspirativos y el tipo penrose es un drenaje simple (Gráfico 2).



Tras la revisión de las historias clínicas de cada paciente nos encontramos que sólo al 29,3% le fueron prescritos antibióticos (Gráfico 3).



De las 53 pacientes sin antibiótico no sufrieron complicaciones 29, frente a las 24 restantes que sí las presentaron. De las 22 pacientes a las que se prescribió antibiótico, 13 también sufrieron complicación frente a 9 pacientes que no.

Recuento

		presencia de complicaciones		Total
		no	si	
antibiótica	no	29	24	53
	si	9	13	22
Total		38	37	75

El análisis estadístico evidenció que no existe asociación estadísticamente significativa entre el uso o no de antibióticos en la cirugía de mama y la aparición de complicaciones ($p=0,276$).

A partir de este momento se comenta el análisis de la variable “drenajes”, que es la variable de interés principal de nuestro estudio. De 6 pacientes que no tenían drenaje, el 50% se complicaron y una de las 2 pacientes con drenaje tipo penrose (50%) también se complicó. De las 49 pacientes con drenaje tipo redon el 57% no se complicaron frente al 43% que sí. Por último, de 18 pacientes con drenaje tipo Blake, el 25% no se complicó frente al 75 % que sí.

El análisis con X cuadrado no demostró asociación significativa entre el tipo de drenaje y la frecuencia de complicaciones ($p=0,394$).

En cuanto al análisis de la asociación entre el tipo de intervención y la aparición de complicaciones, en la tabla 4 se recoge el número de pacientes con complicaciones según la intervención realizada.

Tabla 4. Pacientes con complicación según intervención

Recuento

		presencia de complicaciones		Total	
		no	si		
intervención realizada	mastectomía		2	2	
	mastectomía y linfadenectomía	13	4	17	
	linfadenectomía	2	1	3	
	tumorectomía	1	6	7	
	cirugía conservadora	2	4	6	
	tumorectomía + linfadenectomía	3	4	7	
	cirugía conservadora + linfadenectomía	13	13	26	
	ampliación márgenes	3	1	4	
	biopsia y linfadenectomía	1	2	3	
	Total		38	37	75

La X cuadrado de esta asociación no fue significativa ($p=0,119$).

En la tabla 5 se recoge el tipo de drenaje utilizado en cada intervención.

Tabla 5. Asociación entre intervención y tipo de drenaje

Recuento

		tipo de drenaje				Total
		ninguno	penrose	redon	blake	
intervención realizada	mastectomía			1	1	2
	mastectomía y linfadenectomía			15	2	17
	linfadenectomía			2	1	3
	tumorectomía	2	1	2	2	7
	cirugía conservadora			4	2	6
	tumorectomía + linfadenectomía			6	1	7
	cirugía conservadora + linfadenectomía	1		18	7	26
	ampliación márgenes	3	1			4
	biopsia y linfadenectomía			1	2	3
	Total	6	2	49	18	75

La X cuadrado de esta asociación no fue significativa ($p=0,394$).

El número medio de drenajes en las pacientes con complicación fue menor (1,14), que en las pacientes no complicadas (1,32), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,8$).

Recuento

		Tipo de drenaje			Total
		ninguno	1 no aspirativo	aspirativo	
presencia de complicaciones	no	3	1	34	38
	si	3	1	33	37
Total		6	2	67	75

Tampoco se encontró diferencia significativa en la duración del ingreso entre las pacientes con complicación y sin ellas, con un valor medio de 6,95 días en las pacientes no complicadas y de 7,19 en las pacientes complicadas ($p=0,8$).

Al analizar las edades de las pacientes encontramos que oscilan entre 28 años la paciente más joven y 92 la paciente más anciana. El mayor índice de intervenciones se encuentra en el intervalo de 50-59, seguidas de los intervalos de 40-49 y 60-69. El grupo de edades de la muestra indica que la patología mamaria tiene mayor incidencia en estos intervalos pero no hay correlación con mayor número de complicaciones. Con la t de Student se comparó la

media de edades en pacientes con y sin complicaciones sin observar diferencias significativas ($p=0,9$).

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo concluye que no existe diferencias significativas entre la frecuencia de complicaciones y el tipo de drenajes, resultados que coinciden con el trabajo publicado por Bonnema ⁽¹⁾.

Aunque las diferencias encontradas no alcanzaron significación, sí encontramos un menor número de complicaciones en aquellas enfermas con un mayor número medio de drenajes, lo cual estaría en desacuerdo con el estudio realizado por Petrek quien demostró que la utilización de dos o más drenajes no mejora la evolución del paciente ⁽²⁾

Existen muchos estudios contradictorios sobre la no utilización de drenajes postmastectomía entre los que se pueden destacar los que realizaron Purushotham ⁽³⁾ y Talbot ⁽⁴⁾ y que pusieron de relieve que la no utilización de drenajes era un método eficaz, en contraposición con los estudios realizados en el Hospital Mount Sinai ⁽⁵⁾ que concluyeron exactamente lo contrario. Tras estudiar ampliamente las complicaciones que pueden surgir tras la intervención y observando el tipo de tratamiento que requieren la mayoría de las pacientes llegamos a la conclusión, igual que el estudio del Mount Sinai, de la importancia de la presencia de drenaje tras una cirugía de mama.

En cuanto al uso de antibióticos no hemos encontrado en la literatura ningún estudio semejante al que aquí se presenta, aunque los resultados de este estudio no han permitido demostrar ninguna diferencia con significación estadística.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio no hemos conseguido demostrar asociación entre el número o el tipo de drenaje y la aparición de complicaciones tras la cirugía mamaria. Sin embargo el número medio de drenajes en las pacientes complicadas fue menor que en las que no se complicaron.

Es posible que nuestro estudio no tenga potencia suficiente para detectar las posibles diferencias entre los grupos.

Nuestra labor enfermera se debería centrar en la realización de un diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones. De este modo disminuiríamos los costes hospitalarios al reducir las estancias hospitalarias medias y por supuesto se podría tratar de evitar una complicación desagradable, que genera problemas no solo físicos sino también psicológicos y sociales para las pacientes.

REFERENCIAS

1. Bonnema J, van Geel AN, Ligtenstein DA, Schmitz Pi, Wiggers T: A prospective randomized triad of high versus low vacuum drainage after axillary dissection for breast cancer. Am J Surg 1997; 173:76-9.
2. Petrek JA, Peters MM, Cirrincione C, Thaler HT: A prospective randomized trial of single versus multiple drains in the axilla after lymphadenectomy. Surg Gynecol Obste 1992;175:405.

3. Purushotham AD, McLatchie E, Young D, George WD, Stallard S, Doughty J et al Randomized clinical trial of no wound drains and early discharge in the treatment of women with breast cancer. Br J Surg 2002; 89:286-92-
4. Talbot ML, Magarey CJ: Reduced use of drains following axillary lymphadenectomy for breast cancer. ANZ J Surg 2002;72: 488-90.
5. Divino CM, Kuerer HM, Tarter PI: Drains prevent seromas following lumpectomy with axillary dissection. Breast J 2000;6:31-3.

BIBLIOGRAFÍA

Edge, Valerie/Miller, Mind. Cuidados de la mujer. Serie Mosby de Enfermería clínica. Mosby/Doyma Libros. Primera edición en español de la primera edición en inglés Copyright 1995. ISBN: 84-8086-165-7.

Olds, Sally B., London, Marcia L., Ladewing, Patricia A. Enfermería profesional médico-quirúrgica. Interamericana Mc Graw-Hill. Olds –London-Leadewin. 2ª edición 1992.

Revista Rol de enfermería. Volumen 30 nº 1. Enero 2007. Volumen 29 nº 10. Octubre 2006. Documento técnico GNEUPP nº X. "Incontinencia y úlceras por presión". Julio 2006. 1ª edición. Laboratorios Indas S.A.

Rodríguez Martín M, Mena Puentes, M. Detección precoz de cáncer de mama: Revista cubana Obstétrico-Ginecológica, 1998.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia