

UDS

Universidad del sureste Campus Tuxtla
Gutiérrez, Chiapas Escuela de Medicina
Humana



ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ

CLINICA QUIRURGICA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA

Reconstrucción mamaria

El cáncer mamario es la segunda neoplásica más común y la segunda causa de muerte relacionada con el cáncer en mujeres. La reconstrucción mamaria inicia como un método para reducir las complicaciones y deformidades de la pared torácica por la mastectomía. La reconstrucción tiene beneficios para la mujer en términos de bienestar psicológico y calidad de vida. La reconstrucción mamaria es crear nuevamente la forma y simetría mientras se evita el retraso del tratamiento coadyuvante para el cáncer. Han demostrado que la reconstrucción mamaria inmediata como tardía no obstaculiza el tratamiento oncológico estándar, no retrasa la detección del cáncer recurrente y no cambia la mortalidad relacionada con la enfermedad. Las opciones de reconstrucción deben incluir el análisis del momento oportuno y tipo de reconstrucción, alternativas para la reconstrucción quirúrgica y expectativas realistas. La reconstrucción inmediata se define como el inicio del proceso de reconstrucción mamaria al momento de la cirugía de ablación, se lleva a cabo en pacientes con enfermedad en etapas iniciales en quienes existe una baja expectativa de la necesidad de radioterapia posoperatoria. La reconstrucción inmediata toma ventaja de la conservación de la cubierta cutánea flexible. La mastectomía con conservación de la piel este método permite una reconstrucción más estética y simetría. La ventaja psicológica de que la paciente evite vivir con la deformidad de una mastectomía ocurre con pacientes en quienes se realiza reconstrucción tardía. La reconstrucción mamaria tardía se inicia al menos tres a seis meses después de la mastectomía. Este método evita la falta de fiabilidad en los colgajos de mastectomía y la respuesta impredecible a la radioterapia. El paciente está sujeto a un procedimiento quirúrgico adicional y los resultados estéticos generales a menudo son peores. En especial con la reconstrucción con tejido autólogo, el tratamiento con conservación mamaria BCT (breast conservation therapy) consiste en mastectomía segmentaria con biopsia de ganglio centinela o disección de ganglios linfáticos axilares combinada con radiación posoperatoria de la totalidad de la mama, puede surgir deformidad significativa por la eliminación de tejido y por los cambios inducidos por la radiación, en especial en mujeres con mamas pequeñas. El término cirugía oncoplastica se refiere al grupo de técnicas desarrolladas para reducir la deformidad mamaria por mastectomía parcial. En situaciones tardías como inmediatas es redistribuir el parénquima mamario al momento de la extirpación del tumor utilizando técnicas de mamoplastia de reducción. Puede diseñarse un pedículo dermatoglandular que sostenga al complejo pezón-areola en diversas orientaciones para evitar la ubicación del defecto. La reducción mamaria tradicional en la mama puede ocasionar resultados estéticos excelentes a menudo mejores del aspecto que tenían en el preoperatorio el colgajo.

Toracodorsal externo se basa en las arterias perforantes intercostales externas en el pliegue inframamario y es de particular utilidad para corregir los defectos mamarios externos, las técnicas oncoplasticas cuando se realizan al momento de la mastectomía segmentaria es la posibilidad de que los bordes quirúrgicos no esten libre de tumor lo que podría ocasionar la necesidad de dismantelar la reconstrucción para nuevo procedimientos de la ablacion las implicaciones oncológicas de reutilizar los colgajos en estas situaciones son pocos claras otro inconveniente es la posibilidad de necrosis grasa, en especial del extremo distal del colgajo en estos colgajos de patron no axil. Mujeres se someten a mastectomía para control local del cancer mamario la enfermedad multifocal y la experiencia con los malos resultados estéticos después de BCT en mujeres con mamas pequeñas algunas pacientes eligen la mastectomía pese a ser elegibles por BCT el método mas simple de reconstrucción de la mama es ka colocación de un implante en el defecto creado por la mastectomía.

Puede colocarse un implante al momento de la mastectomía como un procedimiento de reconstrucción de una etapa para el montículo mamario la primera etapa incluye la colocación de un expansor histico de silicona colocado bajo la musculatura de la pared torácica por debajo de los musculos pectoral mayor serrato, anterior y la vaina superior del musculo recto anterior del abdomen seguida de la expansión de la piel a intervalos de una semana durante tres mesese se regresa a la paciente a la sala de operaciones para retiro del extensory colocación de un implante mamario de solución salina o silicona.los implantes de silicona son igual de seguros y eficaces que los implantes de solución salina para los procedimientos de aumento y reconstrucción mamarios luego de otros tres meses se realiza la reconstrucción del pezon, por lo común bajo anestesia local, las ventajas de la reconstrucción con expansión histica/implante incluyen ausencia de morbilidad en el sitio donador , tiempo quirúrgicos y periodos de recuperación mas breves las desventajas incluyen la necesidad de etapas mas prolongadas para la reconstrucción y mayor tiempo acumulado para completar la misma la reconstrucción con implantes mamarios tienden a carecer de la sensación natural a la palpación y del aspecto ptosico de la mama en particular notorio en reconstrucción unilaterales las complicaciones relacionadas con los expansores histicos o implantes incluyen infección posición inapropiada , hematomas, seromas, rotuea y colapso del implante, la formación de tejido cicatrizal denso alrededor del implante contractura capsular que causa aumento de la consistencia deformidad visible e incluso molestias. Los implantes son dispositivos médicos que sufren degastes mecanico puede dar origen a fugas y colapso que se ha considerado la posibilidad de que un paciente requiera un procedimiento quirurgico adicional o reconstrucción mamaria en los cinco años a partir de la reconstrucción con implantes es cerca a 35%.

El colgajo con su irrigación y musculo recto se hacen avanzar por un túnel sobre la pared torácica anterior se exteriorizan en el defecto creado por la mastectomía donde se da la forma de un montículo mamario el sitio donador se cierran en forma similar a un abdominoplastia la ventaja de esta es la técnica de reconstrucción autóloga total son la creación de una mama con aspecto y textura naturales que cambia de volumen en forma paralela con el peso del paciente y con la mama contralateral natural lo que evita complicaciones potenciales de los implantes mamarios, el colgajo libre TRAM se introdujo para mejorar el limitado volumen de tejido que puede desplazarse por la irrigación relativamente indirecta del pediculo TRAM por los vasos epigástricos superiores es similar al congajo pediculado depende de los vasos epigástricos inferiores profundos son la irrigación dominante en la porcioninferior del abdomen el colgajo se obtinen en forma de colgajo libre y se realizan anastomosis con la arteria y vena epigástrica con los vasos toracodorsales una modificación es el procedimiento del colgajo libre TRAM con conservación del musculo se toma menos aponeurosis y menos musculo del recto del abdomen el colgajo para reducir la morbilidad en el sitio del donador.

Bibliografía

Brunicardi, C. F. (2015). principios de cirugía. En C. F. Brunicardi, *principios de cirugía* (pág. 1682). Mexico: McGraw-Hill.

a

