

Reconstrucción mamaria

CLINICAS QUIRURGICAS

La reconstrucción mamaria inicia como un método para reducir las complicaciones y deformidades de la pared torácica por la mastectomía. El objetivo de la reconstrucción mamaria es crear nuevamente la forma y simetría mientras se evita el retraso del tratamiento coadyuvante para el cáncer.

Reconstrucción inmediata: es el inicio del proceso de reconstrucción mamaria al momento de la cirugía de ablación. La reconstrucción inmediata toma ventaja de la conservación de la cubierta cutánea flexible, que es posible con la mastectomía con conservación de la piel. En general este método permite una reconstrucción más estética y simétrica. Las desventajas incluyen el retraso potencial de tratamiento adyuvante por complicaciones en el sitio quirúrgico, necrosis parcial de los colgajos cutáneos de mastectomía y la posibilidad de que se necesite radioterapia posoperatoria no esperada.

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).

Reconstrucción mamaria parcial.

En el último decenio muchas mujeres eligieron el tratamiento con conservación mamaria BCT que 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. Este tratamiento del cáncer con menos invasión es bastante beneficioso para muchas mujeres, pero puede surgir deformidad significativa por la eliminación de tejido y por los cambios inducidos por la radiación, en especial en mujeres con mamas pequeñas.

Uno de los métodos más comunes para reducir los defectos visibles en mujeres con mamas grandes es redistribuir el parénquima mamario al momento de la extirpación del tumor utilizando técnicas de mamoplastia de reducción. Puede diseñarse un pedículo dermatoglandular que proporcione sostén al complejo pezón-aréola en diversas orientaciones para evitar la ubicación del defecto. Este procedimiento combinado con la reducción mamaria tradicional en la mama contraria puede ocasionar resultados estéticos excelentes, a menudo mejores, en comparación con el 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.



Reconstrucción con implantes.

Por necesidad o por elección, muchas mujeres se someten a mastectomía para control local del cáncer mamario. El método más simple de reconstrucción de la mama es la colocación de un implante en el defecto creado por la mastectomía. En ocasiones puede colocarse un implante al momento de la mastectomía como un procedimiento de reconstrucción de una etapa para el montículo mamario, por lo común la primera etapa incluye la colocación de un expansor hístico de silicona colocado bajo la musculatura de la pared torácica (por debajo de los músculos pectoral mayor, serrato anterior y la vaina superior del músculo recto anterior del abdomen), seguida de la expansión de la piel a intervalos de una semana durante unos cuantos meses. Se regresa a la paciente a la sala de operaciones para retiro del expansor y colocación de un implante mamario de solución salina o silicona. Después de investigaciones amplias, se demostró que los implantes de silicona son igual de seguros y eficaces que los implantes de solución salina para los procedimientos de aumento y reconstrucción mamarios. Después de unos cuantos meses, se realiza la reconstrucción del pezón.



Las ventajas de la reconstrucción con expansión hística/implante incluyen ausencia de morbilidad en el sitio donador, tiempos quirúrgicos y periodos de recuperación más breves. Las reconstrucciones con implantes mamarios tienden a carecer de la sensación natural a la palpación y del aspecto ptósico de la mama. Esto es en particular notorio en reconstrucciones unilaterales. Algunas de las desventajas mencionadas han sido mitigadas con el advenimiento de la mastectomía con conservación del pezón, así como la reconstrucción inmediata con un implante de matriz dérmica acelular.



Los problemas más comunes a largo plazo que necesitan una nueva operación son la formación de tejido cicatrizal denso alrededor del implante (contractura capsular) que causa aumento de la consistencia, deformidad visible e incluso molestias. Existe una posibilidad de 35% de que una mujer requiera una cirugía no planificada en la mama reconstruida en término de cinco años después de una reconstrucción con prótesis. Los resultados estéticos son peores y aumenta la cifra de complicaciones cuando se colocan los implantes en la pared del tórax radiada, independientemente de que la radioterapia se hiciera antes o después de la reconstrucción.

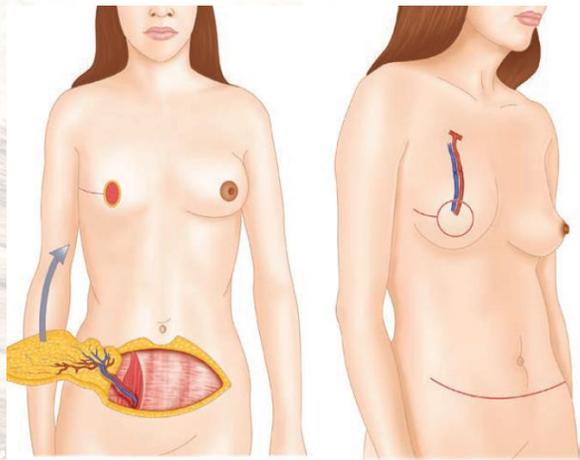
Reconstrucción total con tejido autólogo.

Las indicaciones para la reconstrucción mamaria con tejido autólogo son diversas y variadas, e incluyen la preferencia de la paciente, radioterapia previa o a futuro, ptosis de la mama contralateral y reconstrucción previa con implante fallida. El abdomen es el sitio donador utilizado con mayor frecuencia. Los colgajos abdominales para reconstrucción mamaria incluyen el colgajo miocutáneo pediculado del músculo recto y transverso del abdomen (TRAM), el cual se basa en los vasos epigástricos superiores que transcurren por debajo del músculo recto del abdomen. Se aísla un fragmento de piel de orientación transversa basada en sus vasos perforantes y que transcurren a través del músculo recto del abdomen para unirse con el pedículo epigástrico superior.

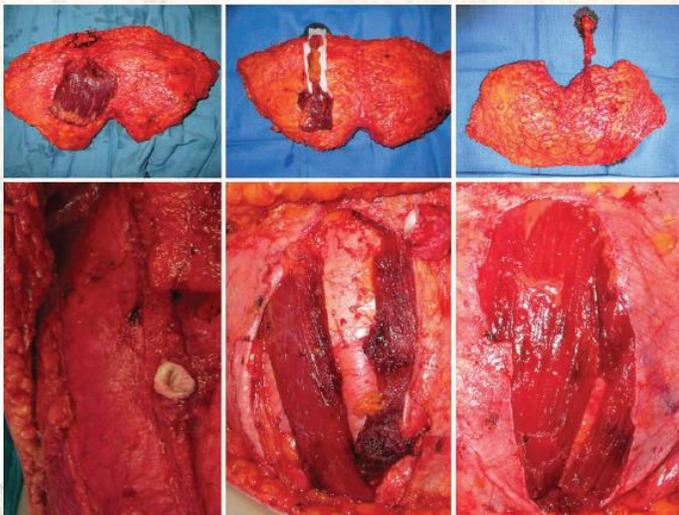
El colgajo, junto con su irrigación, y el músculo recto se hacen avanzar por un túnel sobre la pared torácica anterior y se exteriorizan en el defecto creado por la mastectomía, donde se le da la forma de un montículo mamario. El sitio donador se cierra en forma similar a una abdominoplastia. La ventaja de ésta y de las técnicas 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 procedimiento de colgajo pediculado TRAM es relativamente rápido para la reconstrucción autóloga total.

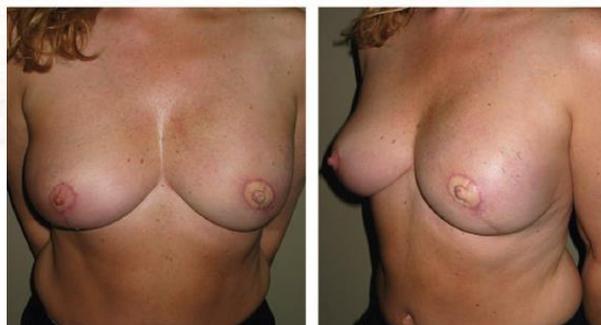
El colgajo libre TRAM se introdujo para mejorar el limitado volumen de tejido que puede desplazarse por la irrigación relativamente indirecta del pedículo TRAM por los vasos epigástricos superiores. El colgajo se obtiene en forma de colgajo libre y se realizan anastomosis con la arteria y vena epigástricas inferiores con los vasos receptores en el tórax, por lo común la arteria mamaria interna o vasos toracodorsales. Una modificación a este método es el procedimiento de colgajo libre TRAM con conservación del músculo, en el cual se toma menos aponeurosis y menos músculo del recto abdominal junto con el colgajo para reducir la morbilidad en el sitio donador. La variante más avanzada de colgajo libre TRAM con conservación de músculo obtiene su irrigación de las perforantes epigástricas inferiores profundas.



Se abre la aponeurosis pero no se incluye tejido muscular en el colgajo y se realiza disección de los vasos perforantes del sistema epigástrico inferior profundo entre las fibras musculares para unirlo al pedículo principal. Cuando se realiza una selección cuidadosa de pacientes, las técnicas con conservación de músculo disminuyen la morbilidad en la pared abdominal e incrementan la longitud útil del pedículo para microcirugía sin compromiso significativo de la perfusión del colgajo.



Imágenes superior izquierda e inferiores: colgajo miocutáneo de los músculos recto y transversos del abdomen (FTRAM) y defecto en su sitio donador. Imágenes superior derecha e inferiores: colgajo perforante epigástrico inferior profundo y el defecto en el sitio donador



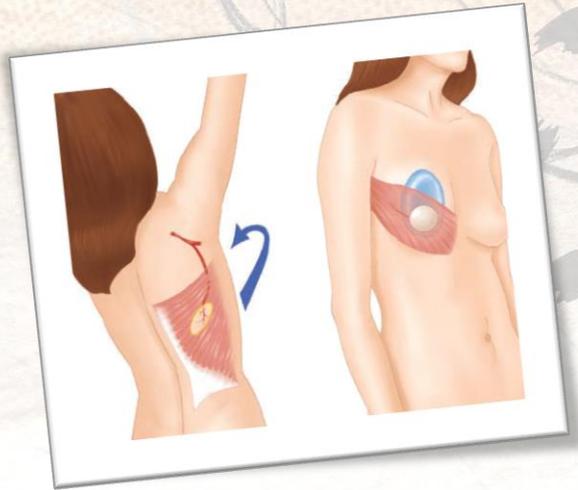
Fotografías preoperatorias y posoperatorias de una mujer de 43 años de edad con reconstrucción mamaria con colgajo FTRAM con conservación del músculo, realizada en el lado izquierdo, con mamoplastia de reducción en el lado derecho para lograr la simetría.

Reconstrucción con implante y con tejido autólogo.

El procedimiento de colgajo pediculado miocutáneo del dorsal ancho es un método fiable y relativamente sencillo que se utiliza para la reconstrucción mamaria. La reconstrucción con colgajo del dorsal ancho/implante puede producir excelentes resultados estéticos con morbilidad relativamente baja en el sitio donador.



El músculo dorsal ancho con su piel suprayacente se eleva con base en el pedículo de vasos toracodorsales y se hace avanzar por un túnel a través de la axila y se coloca en el sitio de la mastectomía. Después de la colocación parcial se coloca un expansor hístico o un implante permanente por debajo del músculo para dar un volumen adecuado a la reconstrucción.



Procedimientos accesorios.

Después de la creación de un montículo mamario se realizan mejoras y procedimientos adicionales después de casi tres meses, lo que podría incluir la revisión del montículo a través de liposucción o ablación directa, revisión de las cicatrices, injerto de tejido adiposo y reconstrucción del complejo aréola-pezones.

Consideraciones relacionadas con la radiación.

Con algunas excepciones notables, la mayor parte de los cirujanos recomienda evitar la reconstrucción con implantes en una pared torácica que ha recibido previamente radiación o es probable que la reciba, por la tasa relativamente alta de complicaciones y los resultados desalentadores. Las reconstrucciones con tejido autólogo total proporcionan tejido sano no radiado para sustituir el tejido fibroso lesionado y son el método preferido para la reconstrucción mamaria en esta situación. De la misma forma, la reconstrucción con dorsal ancho/implante sustituye mucha de la piel radiada, lo que probablemente explica en cierto grado por qué en casos de mujeres que recibieron radiación previa, los implantes presentan mejor evolución cuando están cubiertos con un colgajo de dorsal ancho en comparación a cuando no se utilizó éste.