



Medicina Humana

Clínicas quirúrgicas
complementarias
“Reconstrucción mamaria”
2do Parcial (Séptimo semestre)

Doctor Alfredo López López

Alumna Citlali Guadalupe Pérez Morales

Reconstrucción mamaria

El cáncer mamario es la segunda neoplasia más común y la segunda causa de muerte relacionada con cáncer en mujeres estadounidenses.

La reconstrucción mamaria inicia como un método para reducir las complicaciones y deformidades de la pared torácica por la mastectomía. Se ha demostrado que la reconstrucción tiene beneficios para la mujer en términos de bienestar psicológico y calidad de vida. El objetivo de la reconstrucción mamaria es crear nuevamente la forma y simetría mientras se evita el retraso del tratamiento coadyuvante para el cáncer.

Momento oportuno para la reconstrucción

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.
- Toma ventaja de la conservación de la cubierta cutánea flexible, que es posible con la mastectomía con conservación de la piel.
- Este método permite una reconstrucción más estética y simétrica.
- El costo para el sistema médico es menor.

Desventajas

- Retraso potencial de tratamiento adyuvante por complicaciones en el sitio quirúrgico.
- Necrosis parcial de los colgajos cutáneos de mastectomía.
- Posibilidad de que se necesite radioterapia posoperatoria no esperada.

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.

Reconstrucción mamaria parcial

Cirugía oncoplástica → se refiere al grupo de técnicas desarrolladas para reducir la deformidad mamaria por mastectomía parcial, tanto en situaciones tardías como inmediatas.

La 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. 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.

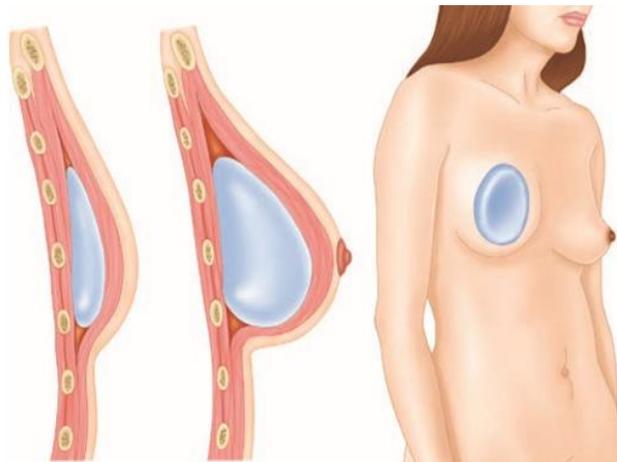
Puede diseñarse un pedículo dermatoglandular que proporcione sostén al complejo pezón-aréola en diversas orientaciones para evitar la ubicación del defecto. Este procedimiento combinado con la reducción mamaria tradicional en la mama contraria puede ocasionar resultados estéticos excelentes, a menudo mejores, en comparación con el aspecto que tenían en el preoperatorio.



Reconstrucción con implantes

El método más simple de reconstrucción de la mama es la colocación de un implante en el defecto creado por la mastectomía.

1. 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).
2. Seguida de la expansión de la piel a intervalos de una semana durante unos cuantos meses.
3. 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.



Ventajas→ Ausencia de morbilidad en el sitio donador, tiempos quirúrgicos y periodos de recuperación más breves.

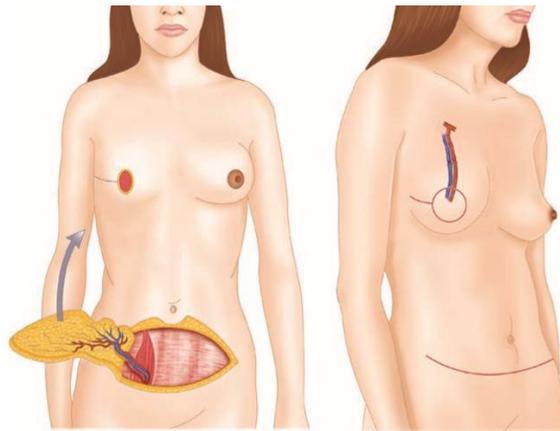
Desventajas→ incluyen la necesidad de etapas más prolongadas para la reconstrucción y mayor tiempo acumulado para completar la misma. Los resultados estéticos son peores y aumenta la cifra de complicaciones cuando se colocan los implantes en la pared del tórax radiada.

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.

Se han desarrollado diversas técnicas para la transferencia de este tejido, tanto en forma de colgajo miocutáneo pediculado como de colgajos libres. Los colgajos abdominales para reconstrucción mamaria incluyen el colgajo miocutáneo pediculado del músculo recto y transverso del abdomen (TRAM, transverse rectus abdominis myocutaneous), el cual se basa en los vasos epigástricos superiores que transcurren por debajo del músculo recto del abdomen.



Reconstrucción con implante y con tejido autólogo

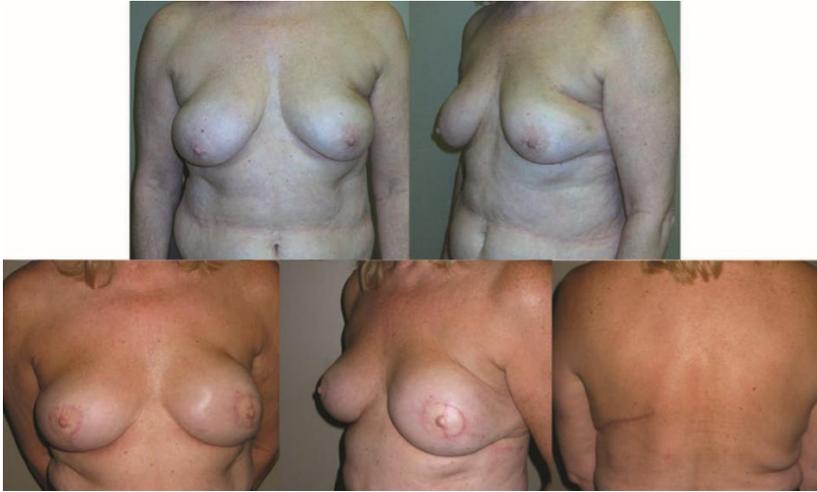
El procedimiento de colgajo pediculado miocutáneo del dorsal ancho es un método fiable y relativamente sencillo que se utiliza para la reconstrucción mamaria.

El colgajo del dorsal ancho se relega a un estado de procedimiento de segunda elección porque conlleva las mayores desventajas entre las reconstrucciones con tejido autólogo (morbilidad en el sitio donador), así como las complicaciones potenciales relacionadas con los implantes mamarios.

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-pezón.

Bibliografía: F. Charles Brunicardi. (2015). Schwartz Principios de cirugía. España: McGrawHill.