

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

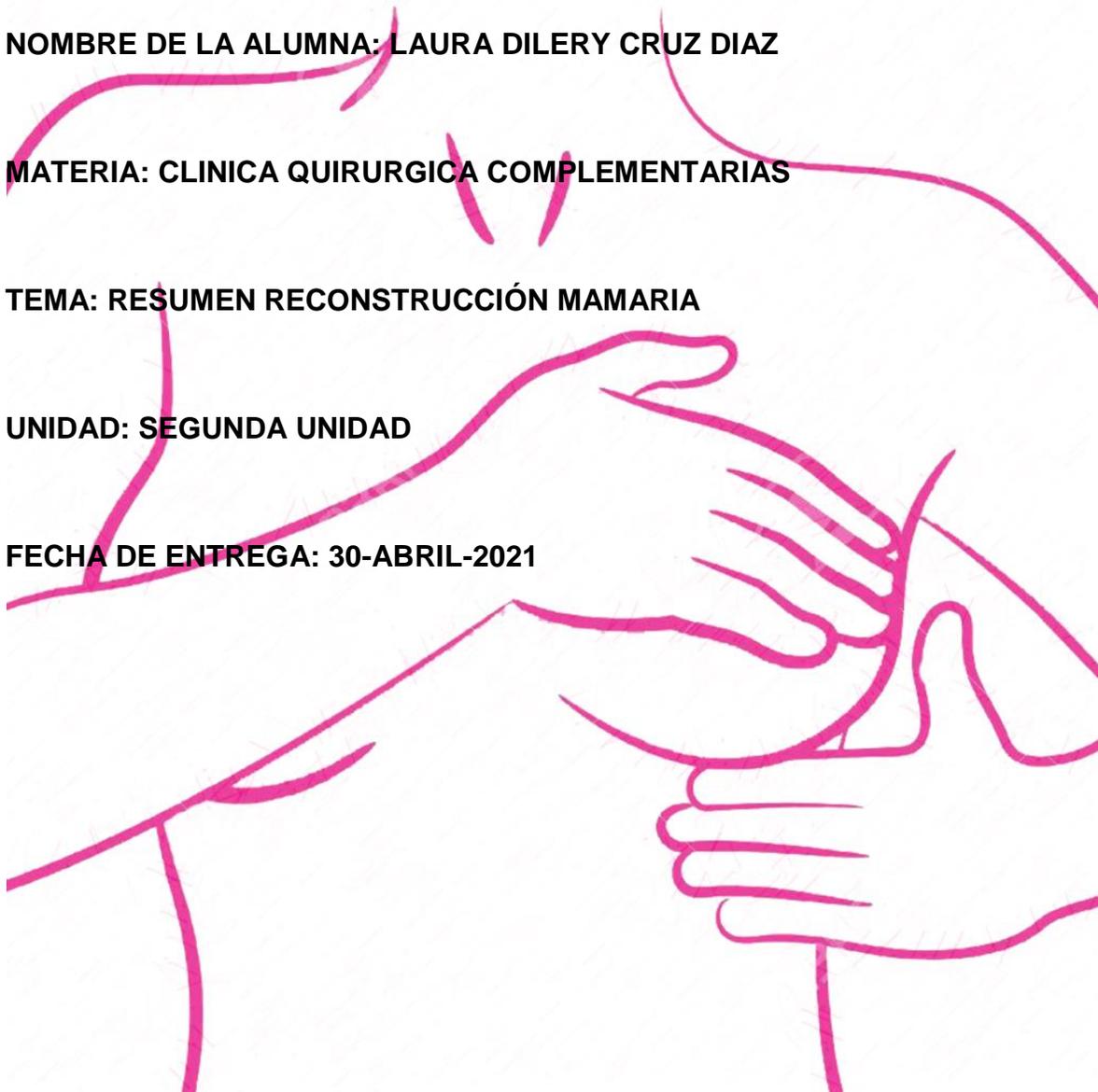
NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIAS

TEMA: RESUMEN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

UNIDAD: SEGUNDA UNIDAD

FECHA DE ENTREGA: 30-ABRIL-2021



INTRODUCCIÓN

La mastectomía ha sido el tratamiento quirúrgico más común aplicado en el cáncer mamario y ha tenido un proceso evolutivo acorde al desarrollo de nuevas variantes generales aplicadas para este proceso patológico.

En los últimos 40 años, la mastectomía y la reconstrucción mamaria postmastectomía han evolucionado considerablemente en forma progresiva, con avances técnicos significativos, que han culminado en una amplia variedad de técnicas quirúrgicas que van desde las reconstrucciones protésicas puras, 7 disponibles inicialmente a partir del año 1964, siguiendo con el desarrollo de los colgajos toracoepigástricos locales más adelante con el advenimiento de los colgajos miocutáneos pediculados, primero con el colgajo del músculo dorsal ancho que para reconstrucción mamaria se complementa con la colocación de prótesis mamarias para proporcionar el volumen requerido,¹⁰ y un poco más adelante con la utilización del colgajo abdominal pediculado del músculo recto anterior, conocido habitualmente como colgajo TRAM que proporciona volumen con tejido autólogo.

Por la experiencia adquirida a nivel internacional, en la actualidad se han adaptado combinaciones de algunas de las técnicas expuestas que han abierto otro panorama a la moderna reconstrucción mamaria, como la utilización de colgajos desepitelizados usados como relleno en áreas pre expandidas, y recientemente se ha presentado la opción reconstructiva de expansión externa por presión negativa con la transferencia progresiva de grasa.

Para lograr adecuadamente estos objetivos reconstructivos actuales, antes de decidir qué tipo de reconstrucción se va a realizar, siempre se debe tener en cuenta:

1. El estudio integral de la paciente, sus condiciones generales y locales, tanto en el área mamaria como la posible zona donadora de tejido; sus antecedentes, la motivación de la paciente y la factibilidad y seguridad del método seleccionado, así como la calidad del resultado final.

2. Valorar el tipo de mastectomía efectuada (en caso de reconstrucción diferida), o por efectuar en reconstrucciones inmediatas, considerando la cantidad y calidad de la piel residual en el área mamaria, así como el espesor de los colgajos cutáneos remanentes y la tensión de la cicatriz resultante, ya que no es posible aplicar los mismos parámetros reconstructivos en mastectomías conservadoras de piel que en una mastectomía radical modificada,² o menos en aquellas mastectomías súper radicales de épocas pasadas.
3. Como criterio generalizado actual, debemos intentar y practicar la reconstrucción inmediata cada vez y cuando sea posible. La única condicionante real depende primordialmente de la necesidad o no de la aplicación de radioterapia local y no de la quimioterapia sistémica. Si habrá radiación del área mamaria, el diferimiento de la reconstrucción es lo más recomendable. La excepción puede ser la colocación inmediata de expansores tisulares al tiempo de la mastectomía, como preparación de la reconstrucción diferida.

Las principales controversias actuales en el tema de reconstrucción mamaria versan sobre el tipo de mastectomía realizada, la técnica de reconstrucción y su relación con los tratamientos adyuvantes (radio y/o quimioterapia); el tiempo de reconstrucción (inmediata o diferida), ¿cómo reconstruir? o qué técnica quirúrgica efectuar, el manejo de la mama contralateral, y la reconstrucción del complejo areola-pezón. Esos son los temas actuales en que todavía podrían existir algunas discrepancias.

TÉCNICAS RECONSTRUCTIVAS EMPLEADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

1. Reconstrucción protésica pura:

En un inicio, a partir del año 1965 en que aparecieron los primeros implantes mamarios, éstos eran una de las pocas posibilidades reconstructivas disponibles en ese entonces y siempre en forma diferida. En la actualidad este

método reconstructivo está restringido para aquellos casos de reconstrucción con buena cubierta cutánea y/o cirugía conservadora de piel.

Hoy consideramos que para no romper con la premisa de tener el mismo relleno en ambas mamas cuando se va a colocar un implante en el área a reconstruir, se cumpla con la premisa que tenga o se aplique otro implante mamario en la mama sana. Podemos concluir que actualmente este método se selecciona sólo en casos ideales, como las mastectomías profilácticas o conservadoras de piel en forma bilateral, ya que en otros casos, además de la asimetría, tarde o temprano los implantes mamarios dieron problemas por contractura y/o exposición.

2. Reconstrucción con colgajos locales (toracoepigástricos)

Este método, en cualquiera de sus variantes de diseño de colgajos locales, se puede utilizar con certeza y buenos resultados en casos bilaterales, tanto en reconstrucción inmediata como en diferida.

Requiere forzosamente la utilización de implantes mamarios para aumentar y obtener el volumen requerido, esta es su principal limitante hoy en día, ya que a largo plazo, cuando se efectúa en forma unilateral, la asimetría se hace evidente por el distinto comportamiento de rellenos con materiales diferentes. Su limitación primordial radica en que requiere siempre incrementar volumen a base de implantes mamarios, por lo que se ajusta a las indicaciones arriba mencionadas.

Este tipo de reconstrucción va muy bien en casos bilaterales, ya que utiliza tejidos locales y volumen con implantes en ambos lados, cuyo comportamiento a largo plazo será similar en ambas mamas reconstruidas.

3. Reconstrucción con colgajos músculo cutáneos pediculados (dorsal ancho)

Cuando apareció en 1975 esta variable, el campo reconstructivo del área mamaria nunca volvió a ser el mismo, ya que abrió un mundo de posibilidades

reconstructivas a muchas mujeres víctimas de mastectomías súper radicales, o radicales modificadas de la década de los 70 del siglo pasado.

La reconstrucción con dorsal ancho representa la última opción, especialmente en lo que se refiere a reconstrucción inmediata, ya que salvo muy contados casos, siempre se requiere relleno con material protésico, lo cual limita sus indicaciones actuales sólo para aquellos casos en que existe implante en la mama contralateral, o en mamas sanas pequeñas, en las que se podrá poner otro implante.

4. Reconstrucción tradicional con colgajo del recto anterior del abdomen

La irrigación propia de la pared abdominal, la extensión lateral del tejido abdominal, su volumen graso con circulación segura, la cantidad y calidad del posible volumen a transponer, la posibilidad de usarlo en reconstrucciones inmediatas o diferidas y la necesidad de reponer piel en casos de mastectomías agresivas o de tejidos radiados, le dan la gran versatilidad que lo hacen ser una buena opción reconstructiva con variantes amplias que permiten obtener tejidos con gran certeza de efectividad. El transponer volumen con tejido autólogo es otra de sus virtudes que nos han llevado a considerarlo como nuestra primera opción reconstructiva de la mama mastectomizada, siempre y cuando la pared abdominal esté disponible.

La necrosis grasa o pérdida de tejidos por deficiencia circulatoria se contrarresta con la posibilidad de realizar «retardos quirúrgicos» previos, o con la opción de levantar ambos músculos rectos abdominales con doble pedículo. Otra variable puede ser lo que se ha llamado el colgajo supra cargado a base de micro anastomosis vasculares de la epigástrica inferior a la subclavia.

5. Expandores tisulares

El viejo sueño de «inventar piel» se hizo realidad con el desarrollo y utilización de esta variante, la cual se puede utilizar tanto en reconstrucciones inmediatas (al mismo tiempo de la mastectomía) como en reconstrucciones diferidas. Su

gran limitación es en aquellos casos en los que se requerirá radioterapia, pero cuando esta limitante no existe, es un procedimiento reconstructivo muy útil siguiendo sus indicaciones precisas, como son: colocar el expansor en posición submuscular en toda su extensión, infiltrado progresivo seguido de una capacidad 35% mayor a la cantidad, en centímetros cúbicos, del volumen final planeado para la mama a reconstruir.

6. Reconstrucción con colgajos libres revascularizados

En las manos adecuadas representan una magnífica opción reconstructiva. En la actualidad el sitio donador más utilizado es el abdomen, en el territorio de la epigástrica y se dispone de algunas variables.

En la actualidad son el procedimiento más difundido y aceptado debido a que el manejo del área donadora representa una gran ventaja al no debilitar la pared abdominal. Hoy en día, los parámetros de valoración han cambiado y cada vez son más exigentes y nos deben hacer modificar para bien los resultados obtenidos, por lo que hay nuevas tendencias que ofrecen resultados muy satisfactorios al evitar la transposición de islas de piel que pueden dejar parches y cicatrices en el perímetro del colgajo, que es la mayor limitante de esta variante como veremos adelante.

7. Combinación de técnicas (expansión tisular y relleno autólogo sin isla de piel)

La moderna técnica de expansión más relleno autólogo puede ser indicada en la actualidad en cualquiera de sus dos variantes de rellenos: rellenos desepitelizados pediculados o libres, y expansión externa con transferencia de grasa.

Las técnicas microquirúrgicas en manos debidamente entrenadas son opciones muy seguras y han llegado a considerarse como la primera opción reconstructiva a pesar de dejar grandes islas de piel que ahora se pueden evitar. Los colgajos libres desepitelizados con área de monitoreo de circulación

dejando pequeñas islas de piel en el sitio donde se hará el complejo areola pezón significan un avance significativo en estas reconstrucciones modernas.

En reconstrucción mamaria, el proceso evolutivo no se detiene y actualmente han aparecido nuevas opciones que el tiempo se encargará de ponerlas en su lugar, como las reconstrucciones mamarias con expansión externa por presión negativa y la transferencia progresiva de grasa para relleno y aumento de volumen.

BIBLIOGRAFIA: Ignacio Trigos Micoló. (2015). Reconstrucción mamaria. 2021, de Medigraphic Sitio web: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2015/cp153h.pdf>