



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“RECONSTRUCCIÓN MAMARIA”

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

**MATERIA: CLÍNICAS QUIRÚRGICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA.

Una de cada ocho mujeres desarrolla cáncer mamario en algún momento de su vida.

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.

El asesoramiento preoperatorio de pacientes con cáncer mamario con respecto a las opciones de reconstrucción debe incluir el análisis del momento oportuno y tipo de reconstrucción, alternativas para la reconstrucción quirúrgica y expectativas realistas.

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.

Esto por lo general 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, que es posible con la mastectomía con conservación de la piel.

En general este método permite una reconstrucción más estética y simétrica.

También tiene la ventaja psicológica de que la paciente evite vivir con la deformidad de una mastectomía, como ocurre en la reconstrucción tardía.

Además, el costo para el sistema médico es menor con la reconstrucción inmediata, porque se necesitan menos operaciones que con los procedimientos en etapas.

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.

La reconstrucción mamaria por todas las técnicas se ve afectada de manera adversa por la radioterapia y muchos cirujanos consideran que la reconstrucción debe retrasarse hasta al menos seis meses después del tratamiento.

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.

Reconstrucción mamaria parcial.

En el último decenio muchas mujeres eligieron el tratamiento con conservación mamaria (BCT, breast conservation therapy) 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.

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

Un inconveniente de las técnicas oncoplásticas cuando se realizan al momento de la mastectomía segmentaria es la posibilidad de que los bordes quirúrgicos no estén libres de tumor, lo que podría ocasionar la necesidad de dismantelar la reconstrucción para un nuevo procedimiento de ablación.

Otro inconveniente es la posibilidad de necrosis grasa, en especial del extremo distal del colgajo, en estos colgajos de patrón no axil.

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.

En ocasiones puede colocarse un implante al momento de la mastectomía como un procedimiento de reconstrucción de una etapa para el montículo mamario.

Sin embargo, 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 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 desventajas incluyen la necesidad de etapas más prolongadas para la reconstrucción y mayor tiempo acumulado para completar la misma.

Las reconstrucciones con implantes mamarios tienden a carecer de la sensación natural a la palpación y del aspecto ptósico de la mama.

Entre las complicaciones de la reconstrucción mamaria con prótesis, están infección, posición defectuosa, hematoma, seroma, rotura y desinflado.

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.

Además, los implantes son dispositivos médicos que sufren desgaste mecánico, lo que puede dar origen a fugas y colapso de los mismos.

Reconstrucción total con tejido autólogo.

Una forma completamente diferente de reconstruir el montículo mamario evita la colocación de implantes en favor de utilizar los propios tejidos redundantes de la paciente.

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.

Las contraindicaciones son la falta de un sitio donador apropiado por cicatrización o por adiposidad mínima, obesidad mórbida y enfermedades graves que eviten procedimientos quirúrgicos prolongados y que afecten el periodo de recuperación.

El abdomen es el sitio donador utilizado con mayor frecuencia.

La mayoría de las mujeres con cáncer mamario tienen piel y grasa redundantes en la porción inferior del abdomen, la cual puede transferirse a la pared torácica y darle forma de un montículo mamario.

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. 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.

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.

Además, las pacientes a menudo están satisfechas con los beneficios acompañantes a la abdominoplastia.

Los inconvenientes incluyen la posibilidad de fracaso parcial o completo del colgajo, necrosis grasa, aumento de volumen en la porción superior del abdomen por el pedículo, prominencia de la pared abdominal o hernia y debilidad de la pared abdominal.

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.

A menudo se reserva para esta última cuando otros métodos han fallado.

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.

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.

Los inconvenientes específicos para este método incluyen irregularidad en el contorno de la espalda, alta tasa de seroma posoperatorio y debilidad notable en el hombro (poco común).

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 complejoaréola-pezón.

Se han descrito métodos de calificación para la reconstrucción del pezón que incluyen técnicas con colgajos locales (p. ej., colgajo en forma de estrella, colgajo C-V), técnicas de injerto (división de complejoaréola/pezón contralateral, piel de la región inguinal, piel de los labios) y tatuaje.

Bibliografía.

Brunnicardi, F. et al. (2015). Schwartz principios de cirugía. México: McGraw-Hill Interamericana.

