UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

TEMA: RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

MÉDICO: ALFREDO LOPEZ

ESTUDIANTE: CARLOS MANUEL LAZARO VICENTE

7MO SEMESTRE

NUMERO DE LISTA:4

A:6 DE OCTUBRE DEL 2022

Reconstrucción mamaria

El cáncer mamario es la segunda neoplasia más común y la segunda

causa de muerte relacionada con cáncer en mujeres estadounidenses. 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 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. Sin embargo, 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, 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.

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 desmantelar la reconstrucción para un nuevo procedimiento de ablación. Las implicaciones

oncológicas de reutilizar los colgajos en estas situaciones son poco

claras.

Reconstrucción con implantes. Por necesidad o por elección,

muchas mujeres se someten a mastectomía para control local del

cáncer mamario. De hecho, en fechas recientes en respuesta al

mayor reconocimiento de la enfermedad multifocal y la experiencia

con los malos resultados estéticos después de BCT en mujeres con

mamas pequeñas.

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.

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.

Defectos parciales de la pared abdominal. Los defectos grandes de la pared abdominal y tejido subcutáneo se controlan por lo común con facilidad con injertos cutáneos, avance local de colgajos o expansión hística. Los defectos mioaponeuróticos son más difíciles de tratar. La aponeurosis de la pared abdominal requiere cierre con mínima tensión para evitar la dehiscencia, formación de hernias incisionales recurrentes o síndrome compartimental intraabdominal

Pared abdominal. La pared abdominal también protege de traumatismos a órganos internos vitales, pero con capas de músculos

fuertes y tejido aponeurótico que brindan sostén al torso en lugar

de estructuras óseas. Los objetivos de la reconstrucción son el restablecimiento de la integridad estructural, prevención de la eventración visceral y brindar un apoyo muscular dinámico.

BIBLIOGRAFÍA

file:///C:/Users/carlos%20vicente28/Documents/Schwartz%20principios%20de%20cirug%C3%ADa.pdf