



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ
MEDICINA HUMANA 7MO SEMESTRE**

UNIDAD II

**CLINICAS QUIRURGICAS
COMPLEMENTARIAS**

RECONSTRUCCION DE MAMAS

DR. ALFREDO LOPEZ

DEBORA NIETO SANCHEZ

RECONSTRUCCION 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.

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. 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 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 pequeña.

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.

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. Por lo demás, la reconstrucción con colgajo del dorsal ancho/ implante puede producir excelentes resultados estéticos con morbilidad relativamente baja en el sitio donador.

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.

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.