



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

**SEPTIMO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA
HUMANA**

TEMA: "Reconstrucción mamaria"

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Clínica quirúrgica complementaria

UNIDAD II

CATEDRÁTICO: Dr. Alfredo López López

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 06 DE OCTUBRE DEL 2022

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. 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. 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. La reconstrucción mamaria tardía se inicia al menos tres a seis meses después de la mastectomía.

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. 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. El colgajo toracodorsal externo se basa en las arterias perforantes intercostales externas en el pliegue inframamario y es de particular utilidad para corregir los defectos mamarios externos. 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.

RECONSTRUCCIÓN CON IMPLANTES

Por necesidad o por elección, muchas mujeres se someten a mastectomía para control local del cáncer mamario. El método más simple de reconstrucción de la mama es la colocación de un implante en el defecto creado por la mastectomía. 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.

RECONSTRUCCIÓN TOTAL CON TEJIDO AUTÓLOGO

Las indicaciones para la reconstrucción mamaria 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. Los colgajos abdominales para reconstrucción mamaria incluyen el colgajo miocutáneo pediculado del músculo recto y transverso del abdomen, 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 procedimiento de colgajo pediculado TRAM es relativamente rápido para la reconstrucción autóloga total. 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. La arteria epigástrica inferior superficial es capaz de brindar irrigación a un volumen suficiente de tejido abdominal para la reconstrucción mamaria. Esta arteria y su vena acompañante no atraviesan la vaina del músculo recto anterior, por lo que puede obtenerse el colgajo sin morbilidad adicional de la pared abdominal a la que se produce con una abdominoplastia. Por desgracia, esta arteria con frecuencia está ausente o es demasiado pequeña para asegurar una anastomosis fiable.

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.

PROCEDIMIENTOS ACCESORIOS

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 areola-pezones. 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 complejo areola/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.

FUENTE BIBLIOGRÁFICA: S. I. Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill (1 vol.). Madrid, 2.010. Sabiston Tratado de Cirugía C.M. Townsend Ed., 19ª Ed. Elsevier (1 vol.).