



Tema:

**Reconstrucción
mamaria.**

13 / 10 / 2022

Nombre del docente: Alfredo López López.

Nombre del alumno: Mussolini Macnealy Paz.

Tarea: Resumen de reconstrucción mamaria.

Materia: Clínica Quirúrgica Complementaria.

Semestre: 7to parcial: 2do.

Carrera: Medicina Humana.

Universidad: Universidad Del Sureste.



“Reconstrucción mamaria”

Conservación de la mama: La conservación mamaria implica la resección del tumor primario con un margen de tejido mamario de apariencia normal, radioterapia complementaria y valoración del estado de los ganglios linfáticos regionales. La resección del cáncer de mama primario se denomina mastectomía segmentaria, tumorectomía, mastectomía parcial, escisión local amplia y tilectomía. Para muchas mujeres con cáncer en estadio I o II, el tratamiento con conservación de la mama (BCT, breast-conserving therapy) es preferible a la mastectomía total porque la primera se acompaña de índices de supervivencia equivalentes a los obtenidos después de la mastectomía, al tiempo que conserva la mama. Seis estudios prospectivos con asignación al azar mostraron que los índices de supervivencia general y libre de enfermedad son similares con BCT y mastectomía, sin embargo, tres de los estudios mostraron índices más altos de falla local-regional en pacientes que se someten a BCT, pero dos de esos estudios no tenían criterios claros para los márgenes histológicos negativos.

Los datos del meta análisis del EBCTCG revelaron que la adición de radioterapia reduce la recurrencia a la mitad y mejora casi en un sexto la supervivencia a 15 años. Cuando toda esta información se examina junta, el BCT se considera equivalente a la mastectomía, desde el punto de vista oncológico. En la actualidad, la cirugía de conservación de mama es el tratamiento habitual para pacientes con cáncer de mama invasivo en estadio 0, I o II. Las mujeres con DCIS solo requieren resección del tumor primario y radioterapia complementaria sin valoración de ganglios linfáticos regionales. Cuando se practica tumorectomía, se hace una incisión curvilínea concéntrica al complejo pezón-areola en la piel que se encuentra sobre el sitio del cáncer, cuando la lesión está en la parte superior de la mama. Se prefieren incisiones radiales cuando el tumor está en la parte inferior. La escisión de piel es innecesaria, a menos que haya compromiso directo de la piel que cubre al tumor primario. El cáncer de mama se extirpa con una envoltura suficiente de tejido mamario de apariencia normal para obtener un margen sin cáncer. Existe una controversia significativa sobre la anchura del margen adecuado para BCT.

Mastectomía y disección axilar: Una mastectomía ahorradora de piel elimina todo el tejido mamario, el complejo pezón-areola y las cicatrices de cualquier biopsia previa. El índice de recurrencia es menor de 6 a 8%, comparable al índice de recurrencia a largo plazo publicado para la mastectomía habitual, cuando la mastectomía con respeto de la piel se usa en pacientes con cáncer T1 a T3. Una mastectomía total (simple) sin conservar la piel elimina todo el tejido mamario, el complejo pezón-areola y la piel. En una mastectomía simple extendida se extirpan todo el tejido mamario, el complejo pezón-areola, la piel y los ganglios linfáticos axilares del nivel I. En la mastectomía radical modificada (de “Patey”) se extirpa todo el tejido mamario, el complejo pezón-areola, piel y los ganglios linfáticos del nivel I, II y III; el musculo pectoral menor que Patey dividía y extirpaba puede dividirse

solamente, lo que proporciona un mejor acceso a los ganglios del nivel III, y se deja in situ; a veces es posible determinar que la axila está libre de enfermedad sin dividir el pectoral menor. La mastectomía radical de Halsted elimina todo el tejido mamario y la piel, el complejo pezón-areola, los músculos pectorales mayores y menor, así como los ganglios linfáticos axilares de niveles I, II y III.

Mastectomía radical modificada: En la mastectomía radical modificada se conserva el musculo pectoral mayor y se extirpan los ganglios linfáticos de niveles I, II y III (apical). David Patey fue el primero en describir este procedimiento; era un cirujano del St Bartholomew's Hospital London que publico una serie de casos en los que había extirpado el musculo pectoral menor para permitir la disección completa de los ganglios linfáticos axilares del nivel III, al tiempo que conservaba los músculos pectoral mayor y pectoral lateral. La mastectomía radical modificada permite preservar el nervio del pectoral mayor (torácico anterior), que sigue en el haz neurovascular externo de la axila y suele penetrar en el pectoral menor para inervar su borde externo. En seguida se realiza la disección de ganglios linfáticos axilares. Se identifica la extensión más externa de la vena axilar y se eleva el tejido areolar del espacio axilar externo a medida que las superficies anterior e inferior de la vena se limpian. Los tejidos areolares en la unión de la vena axilar con el borde anterior del musculo dorsal ancho, que incluyen los grupos de ganglios linfáticos externo y subescapular (nivel I). La complicación más frecuente de la mastectomía y la disección de ganglios linfáticos axilares son las ceromas abajo de los colgajos de piel o en la axila, que ocurren hasta en 30% de los casos. El drenaje por aspiración con sistema cerrado disminuye la incidencia de esta complicación. Se mantienen catéteres en la herida hasta que el drenaje disminuye a < 30 ml al día. Pocas veces se presentan infecciones de la herida después de una mastectomía y casi todas son secundarias a necrosis del colgajo de piel. El tratamiento eficaz comprende cultivo de la herida infectada para microorganismos aerobios y anaerobios, desbridamiento y antibióticos.

Reconstrucción de la mama y de la pared torácica: Los objetivos de la cirugía reconstructiva después de una mastectomía por cáncer de mama son cerrar la herida y reconstruir la mama, lo que se efectúa de manera inmediata o tardía. En muchos casos, el cierre de la herida después de la mastectomía se logra mediante la aproximación simple de los bordes de la herida. Sin embargo, si es necesaria una extirpación más radical de piel y tejido subcutáneo, la mejor técnica para cubrir la herida es un colgajo miocutaneo con pedículo del musculo dorsal ancho. Un injerto cutáneo brinda la cobertura funcional que tolera la radioterapia complementaria, pero no es la opción preferida porque la adherencia deficiente del injerto podría retrasar la radioterapia. La reconstrucción mamaria después de la mastectomía profiláctica o después de la mastectomía para cáncer de mama inicial puede realizarse al mismo tiempo que la mastectomía. Puede considerarse la aplicación de un expansor de tejido para conservar la piel, pero esto debe discutirse con el oncólogo radiólogo y otros miembros del equipo terapéutico. Si es necesario cubrir la pared torácica para reponer un defecto grande de piel o tejido blando, se usan muchos tipos distintos de colgajos miocutaneos, pero los más frecuentes son los colgajos miocutaneos del dorsal ancho y del recto abdominal. El colgajo miocutaneo del musculo dorsal ancho consiste en una paleta de piel con base en el musculo dorsal ancho

subyacente, que es perfundida por la rama interna de la arteria subescapular con contribuciones de las arterias intercostales posteriores. El colgajo miocutáneo transversal del recto del abdomen (TRAM, transversa rectus abdominis myocutaneous) lo conforma una paleta de piel con base en el músculo recto del abdomen subyacente, que es perfundida por vasos de la arteria epigástrica inferior profunda. En el colgajo TRAM libre se recurre a anastomosis vasculares para establecer la perfusión del mismo. Si la pared ósea del tórax está afectada por cáncer, está indicado reseccionar una porción de la misma. Cuando solo se reseccionan una o dos costillas y se cubre con tejido blando, no suele ser necesario reconstruir el defecto óseo porque el tejido cicatricial estabiliza la pared torácica. Si se sacrifican más de dos costillas es aconsejable estabilizar la pared del tórax con material protésico, que después se recubre con tejido blando mediante un colgajo del dorsal ancho o TRAM.

Bibliografía:

Principios de Cirugía

S. I. Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill (2 vol.). Madrid, 2010