

Universidad del sureste

Medicina Humana

7mo semestre

Clinica qx complementaria

Reconstruccion mamarias

Maria Mercedes Marroquin Hernandez

Dr Alfredo Lopez Lopez

## Reconstrucción mamaria

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 tlelectomía. 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. Los datos del metaanálisis 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. 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. 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.

**Mastectomía radical modificada** En la mastectomía radical modificada se conserva el músculo 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 publicó una serie de casos en los que había extirpado el músculo 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.

La complicación más frecuente de la mastectomía y la disección de ganglios linfáticos axilares son los seromas debajo 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.

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. Si es necesario cubrir la pared torácica para reponer un defecto grande de piel o tejido blando, se usan muchos tipos distintos de colgajos miocutáneos, pero los más frecuentes son los colgajos miocutáneos del dorsal ancho y del recto abdominal.

El colgajo miocutáneo transversal del recto del abdomen (TRAM, transverse 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 reseca una porción de la misma.

### **Principios de Cirugía**

S. I. Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed. Interamericana/McGraw-Hill (2 vol.). Madrid, 2.010