

UNIVERSIDAD DE SURESTE

CANCER DE MAMA

CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

ALUMNO: LUIS FRANCISCO CHIVARDI
HERNANDEZ

SEPTIMO SEMESTRE

TUXTLA GUTIERREZ

La mastectomía ha sido el tratamiento quirúrgico más común aplicado en el cáncer mamario y ha tenido un proceso evolutivo acorde al desarrollo de nuevas variantes generales aplicadas para este proceso patológico. En los últimos 40 años, la mastectomía y la reconstrucción mamaria postmastectomía han evolucionado considerablemente en forma progresiva, con avances técnicos significativos, que han culminado en una amplia variedad de técnicas quirúrgicas que van desde las reconstrucciones protésicas puras, disponibles inicialmente a partir del año 1964, siguiendo con el desarrollo de los colgajos toracoepigástricos locales, más adelante con el advenimiento de los colgajos miocutáneos pediculados, primero con el colgajo del músculo dorsal ancho que para reconstrucción mamaria se complementa con la colocación de prótesis mamarias para proporcionar el volumen requerido, y un poco más adelante con la utilización del colgajo abdominal pediculado del músculo recto anterior, conocido habitualmente como colgajo TRAM que proporciona volumen con tejido autólogo. Estos procedimientos con el uso de los colgajos miocutáneos marcaron un parteaguas en la reconstrucción mamaria a partir de 1975.

Reconstrucción inmediata: Este tipo de reconstrucción se realiza en el mismo acto operatorio después de realizar la mastectomía. Se puede realizar en una o dos fases.

Reconstrucción inmediata en una fase: Consiste en la colocación de una prótesis definitiva en el mismo acto operatorio. En algunos casos se puede colocar una prótesis expansora o bien se puede optar por una reconstrucción con tejido de la propia paciente (Autólogo).

Reconstrucción inmediata en dos fases: Consiste en posicionar un expansor tisular después de realizar la mastectomía y en un segundo tiempo efectuar la sustitución del expansor por una prótesis definitiva. Las reconstrucciones con tejido autólogo pueden requerir una segunda fase para completar el tratamiento.

Reconstrucción Diferida

Afrontar el diagnóstico de un cáncer de mama es un momento difícil. Hay mujeres que prefieren esperar algún tiempo para decidir sobre las opciones de reconstrucción en un futuro y otras no quieren someterse a más cirugías que no sean las estrictamente necesarias de cara al pronóstico. Se considera reconstrucción diferida aquella que se realiza en un segundo momento posterior al

tratamiento quirúrgico oncológico de la mama. La reconstrucción se puede llevar a cabo incluso cuando han transcurrido años desde la operación oncológica, independientemente del tipo de cirugía previa.

Reconstrucción mamaria con prótesis

La reconstrucción con prótesis se puede realizar a cualquier edad ya que es un procedimiento quirúrgico poco agresivo. Consiste en colocar una prótesis mamaria debajo del músculo pectoral mayor, de tal manera que el músculo cubra por completo el implante. En muchos casos es necesario distender la piel con una prótesis expansora. Durante varias semanas se irá inyectando suero salino a través de una válvula subcutánea del expansor dispuesta para ello, de tal modo que por distensión y expansión se consigue un volumen y forma muy similar a la mama. Posteriormente, en un segundo tiempo quirúrgico se podrá sustituir por una prótesis mamaria definitiva. Pueden ser principalmente de dos tipos, implantes rellenos de gel de silicona e implantes mamarios rellenos de suero fisiológico. En general, los implantes de última generación rellenos de gel cohesivo de silicona aportan una textura suave y natural en comparación con los salinos. Para poder decidir qué tipo de implante es el mejor para usted, le explicaremos y discutiremos las diferentes opciones y los beneficios de cada tipo de implante dependiendo de su anatomía, del lugar donde se colocará el implante y del tipo de incisión en la piel.

Reconstrucción mamaria con tejido de la propia paciente

Este tipo de reconstrucción utiliza tejido de la propia paciente para crear la nueva mama. Podremos utilizar piel, tejido adiposo y músculo de diferentes partes del cuerpo, dependiendo de la constitución de la paciente. Esta técnica se denomina “reconstrucción con tejidos autólogos” y el procedimiento está particularmente indicado cuando existen alteraciones en la piel torácica, como sucede en algunas pacientes sometidas a radioterapia. La mama reconstruida aumentará o disminuirá de volumen, dependiendo de la ganancia o pérdida de peso. Una ventaja de estos procedimientos es que en la mayoría de los casos evitamos la utilización de tejido externo o artificial.

Reconstrucción con Gran Dorsal (Latissimus Dorsi)

Una sección de piel y grasa unida al músculo gran dorsal de la espalda, se rotará hasta el tórax manteniendo su vascularización original. Este tipo de reconstrucción puede requerir la utilización simultánea de una prótesis mamaria si no se consiguiera suficiente aporte de tejido para formar la nueva mama. La cicatriz de la espalda se situará a una altura donde sea fácilmente cubierta por el sujetador o traje de baño. Así mismo, la repercusión en la actividad física por movilización del músculo dorsal será mínima en personas que realizan ejercicio físico moderado.

TRAM

Una sección de piel, grasa, y el músculo recto de la región abdominal inferior se trasladarán en bloque al tórax manteniendo la vascularización original para recrear la nueva mama. Está indicado en mujeres con exceso de piel y grasa en la parte inferior del abdomen. La reconstrucción tipo TRAM no requiere la utilización de prótesis y su aspecto, tacto y comportamiento es muy parecido a la mama normal. Esta técnica permite la reconstrucción de mamas de gran volumen mejorando también el contorno abdominal por la reducción del exceso de grasa y piel del abdomen (abdominoplastia). Existirá una cicatriz en la parte inferior del abdomen quedando oculta bajo el pantalón o ropa interior. Debe ser considerado un procedimiento quirúrgico complejo y puede no estar aconsejado en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa o pacientes que realicen actividad física intensa.

Reconstrucción microquirúrgica: DIEP

La reconstrucción mediante perforantes de epigástrica inferior (DIEP) tiene el mismo tamaño y forma que el TRAM. Se diferencia de él en que se utiliza exclusivamente piel y grasa abdominal sin alterar la musculatura. Una vez obtenido el tejido libre, se coloca en el tórax y se unen los vasos mediante microcirugía. Posteriormente se remodela el tejido para que adquiera la consistencia y forma de una nueva mama de aspecto natural. Para el diseño de esta técnica, el Centro de Patología de la Mama dispone de la tecnología de diagnóstico por imagen más avanzada. La resonancia magnética y el TAC vascular permiten analizar la estructura vascular de los tejidos que se van a transferir, incrementando notablemente la rapidez y la seguridad en el quirófano.

Capitán del Río, I., Rodríguez Cano, M. A., Cámara Pérez, J., Fierro Aguilar, A., & Sánchez Andújar, M. B. (2021). Breast reconstruction in breast cancer: update. *Cirugía Andaluza*, 32(2), 160–167. doi:10.37351/2021322.10