

UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

AREA DE MEDICINA HUMANA.

SEMESTRE CURSANTE;

7MO. SEMESTRE.

UNIDAD A EVALUAR:

2DA UNIDAD.

MATERIA:

CLINICA QUIRURGICA COMPLEMENTARIA.

NOMBRE DEL DOCENTE:

DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ.

NOMBRE DE LA ALUMNA:

JALIXA RUIZ DE LA RUZ.

TEM DEL TRABAJO:

RESUEMEN DEL TEMA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA.

FECHA DE ENTREGA.

13/10/2022

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA.

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. En general este método permite una reconstrucción más estética y simétrica. 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. 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.

1. 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.

- 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 aréola-

pezón. Se han descrito métodos de calificación para la reconstrucción del pezón que incluyen técnicas con colgajos locales, técnicas de injerto 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.