



Dr. Antonio Díaz Gutiérrez

Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Reconstrucción Mamaria



Índice

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS DE LA RECONSTRUCCION MAMARIA

3. CONCEPTOS BASICOS

4. TIPOS DE RECONSTRUCCION MAMARIA

5. RECONSTRUCCION MAMARIA CON IMPLANTES

6. RECONSTRUCCION MAMARIA MEDIANTE TEJIDO PROPIO

7. CONCLUSIONES

8. PUNTOS CLAVE

1. INTRODUCCIÓN

La mama es una de las partes más importantes del cuerpo de la mujer. La significación viene dada desde el punto de vista físico, mental y sexual, pudiendo representar probablemente la parte más importante de la feminidad.

La pérdida total o parcial de la mama, afecta a la vida de manera global condicionando la imagen y modo de relacionarse por parte de las pacientes.

El cáncer de mama, con una incidencia en nuestro entorno de un 10-15% supone que, un altísimo número de mujeres (1'7 de cada 10) se van a ver afectas por la mutilación que supone en su corporalidad.

Hoy día gracias a las modernas técnicas de diagnóstico y avances en los diferentes campos de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) se han logrado altísimas tasas de curación.

Pero la curación desde el punto de vista del concepto de salud, supone también que la mujer recupere la corporalidad física y mental que se ha visto afectada por esta enfermedad. No hay que obviar que una reconstrucción adecuada del tejido afecto, una reconstrucción con la que nuestra paciente se sienta cómoda y satisfecha, significa el ayudar a nuestras pacientes a recuperar la autoestima y feminidad, colaborando en la recuperación y curación global del cáncer de mama.



2. OBJETIVOS DE LA RECONSTRUCCION MAMARIA

El principal objetivo que debemos conseguir con la reconstrucción mamaria es que la mujer que lo ha sufrido, restablezca su imagen corporal, recuperando su feminidad y disminuyendo el estrés psicológico que le ha generado el cáncer. Solo así lograremos que nuestra paciente se vuelva a sentir como antes, tanto desde el punto de vista físico como mental y social.

Las técnicas reconstructivas en Cirugía Plástica han avanzado muchísimo por lo que los estándares de calidad que debemos ofrecer en la reconstrucción mamaria deben ser los más altos y completos.

El haber sufrido un cáncer no supone hoy día una excusa para el resultado global de la reconstrucción. En general existen muy pocas limitaciones para conseguir resultados altamente gratificantes para nuestras pacientes.

Nuestro esfuerzo diario se centra en perfeccionar y desarrollar las técnicas quirúrgicas más actuales con el fin de poder ofrecérselas a nuestras pacientes.

Solamente si dominamos todas las técnicas que existen en la reconstrucción mamaria seremos capaces de plantear cada paciente como un caso único e individual con lo que podremos ofrecer y recomendar la técnica mas apropiada, permitiendo lograr el mejor resultado funcional y estético que permita mejorar la calidad de vida de la mujer.

3. CONCEPTOS BASICOS

Las técnicas quirúrgicas que buscan eliminar el cáncer del tejido mamario se pueden dividir en dos tipos. Aquellas en las que se elimina solo el tumor con un margen de tejido sano alrededor manteniendo el resto de la glándula mamaria (tumorectomía o cuadrantectomía) y aquellas en las que se elimina toda la mama (mastectomía).

La elección de una u otra técnica va a depender de criterios médicos como son tamaño del tumor, tipo histológico del mismo, multicentricidad, multifocalidad, volumen de la mama, edad, etc.

Además de estos dos tipos de intervenciones quirúrgicas, puede ser preciso complementar el tratamiento añadiendo radioterapia y/o quimioterapia.

Un aspecto importante en el tratamiento del cáncer de mama es la valoración de la mama sana o contralateral. Hoy día dependiendo del tipo de tumor, del estudio de marcadores genéticos así como los antecedentes personales y familiares, se puede establecer una aproximación del riesgo de desarrollar un cáncer en la mama sana. Precizando en determinados casos, realizar una mastectomía profiláctica o subcutánea de la mama contralateral, si el estudio así lo aconseja.

“Son todos estos aspectos los que habrá que valorar antes de proceder a plantear qué tipo de reconstrucción y cuándo proceder a realizarla”.

La reconstrucción mamaria se puede realizar en la misma intervención tras la mastectomía denominándose **Reconstrucción Mamaria Inmediata**, o bien en otra intervención tras pasar un tiempo de la mastectomía denominándose entonces **Reconstrucción Mamaria Diferida**.

Aunque en los últimos años se ha promovido la reconstrucción inmediata, hay que tener en cuenta que sólo sería posible en los casos en los que se pueda colocar un implante directamente (que son muy pocas ocasiones), o bien en aquellas unidades y centros donde se realiza la técnica de reconstrucción autóloga tras una mastectomía conservadora de piel. En general la mujer no sale reconstruida de la intervención pues solo se coloca un expansor, que no tendrá forma ni volumen de mama. Además en caso de que haya que radiar posteriormente esta puede interferir con el resultado y tratamiento final siendo preciso retirar éste en muchas ocasiones.



Por tanto es básico el estudiar en consulta cada caso detenidamente, de manera que podamos discutir todas las opciones, deseos y expectativas de modo que podamos ofrecerle el tratamiento mas adecuado e individual.

4. TIPOS DE RECONSTRUCCION MAMARIA

Básicamente podemos diferenciar dos tipos de reconstrucción, dependiendo del material o tejido que se va a utilizar.

a) HETEROLOGO (MATERIAL PROTESICO):

1. **Implante directo**
2. **Expansor-Implante**
3. **Implantes expandibles tipo Becker**
4. **Implantes con malla dérmica**
5. **Implantes con colgajo dorsal ancho**

b) AUTOLOGA (TEJIDO PROPIO):

1. **Colgajos libres microquirúrgicos (DIEP/ MS, SIEA, Gracillis, Gluteo)**
2. **Colgajos pediculados tipo TRAM**
3. **Injertos de grasa y factores de crecimiento**

5. RECONSTRUCCION MAMARIA CON IMPLANTES. (HETEROLOGA)

La reconstrucción con implantes abarca un amplio espectro de posibilidades como son:

a. IMPLANTES DIRECTOS.

En general la posibilidad de colocar un implante directamente se reduce a mujeres con muy poco volumen de pecho en dos situaciones: en aquellos casos de reconstrucción inmediata en mastectomías ahorradoras de piel, o en aquellos casos de reconstrucción diferida en los que exista cantidad y calidad suficiente de piel.

b. IMPLANTES PREVIA EXPANSIÓN CUTÁNEA MEDIANTE EXPANSOR.

Técnica que consiste en la colocación, previa creación de un espacio bajo el musculo pectoral, de un expansor (prótesis vacía de contenido). Este expansor posee una válvula que permite de manera ambulatoria a través de la punción percutánea en la válvula, el rellenarlo de suero salino, permitiendo una dilatación progresiva de la piel, el tejido celular subcutáneo y el músculo (de la zona del tórax) hasta conseguir el espacio necesario para albergar una prótesis definitiva. Este proceso suele durar entre unos 3 y 6 meses dependiendo del volumen a conseguir, momento en el cual la paciente deberá volver a pasar por quirófano para cambiar el expansor por un implante de mama definitivo.



c. IMPLANTES-EXPANSORES TIPO BECKER.

Como bien indica su nombre, son prótesis de silicona que tienen en su interior una cavidad que permite mediante una válvula, la expansión. Este implante ofrece resultados estéticos bastante pobres, sobre todo en cuanto a la forma de la mama, además sufren un desgaste y corren el riesgo de perder volumen a medida que pierden el relleno de suero fisiológico previamente infiltrado.

En general se debe de reservar su uso a situaciones muy específicas como son en aquellas mujeres con muy mal estado de salud que no sea muy recomendable pasar por quirófano, o bien en aquellas entornos donde están altamente limitados los recursos económicos para las reconstrucciones mamarias.

d. IMPLANTES CON MALLA DÉRMICA.

En los últimos años han aparecido unas mallas de tejido dérmico de animal o síntesis que básicamente lo que buscan es añadir grosor al tejido. En general son unas laminas de altísimo coste económico que añaden muy poco grosor (2-3 mm) y que buscan aumentar el grosor de la piel en las zonas inferiores de la mama reconstruida con prótesis, zona que normalmente con el paso del tiempo por el peso del implante se adelgaza y origina complicaciones estéticas como la presencia de irregularidades y arrugas. Además en los últimos estudios se ha llegado a la conclusión de que se deberán de reservar para casos muy limitados y concretos cuando no existan otras alternativas, pues aumentan mucho las complicaciones derivadas de los implantes.

e. IMPLANTES CON COLGAJO DE DORSAL ANCHO.

El objetivo de esta técnica es la transposición de una isla o paleta de piel amplia desde la espalda hasta la zona de la mastectomía, siendo su vehículo el músculo Dorsal Ancho subyacente que se encarga de aportar la irrigación vascular.

Esta técnica se caracteriza por no aportar volumen en sí, por lo que es preciso colocar un implante precedido o no por un expansor a la mama reconstruida.

Se utiliza básicamente en aquellos casos de mamas radiadas o con piel tras la mastectomía muy fina, en los que no hay otras alternativas, y en aquellos casos de fracaso de la reconstrucción con tejido autólogo.

En mamas radiadas la expansión se conseguirá mediante la isla de piel sana del Dorsal Ancho sin las limitaciones de distensibilidad que presenta el tejido con radioterapia y en tejidos adelgazados y muy finos servirá para aportar cobertura extra a la prótesis.

LA RECONSTRUCCIÓN CON IMPLANTES OFRECE COMO CARACTERÍSTICAS:

1-Brevidad de la intervención .

2-Sencillez técnica .

3-En general, excepto cuando hay que recurrir a la técnica de Dorsal Ancho, la ventaja de no producir nuevas cicatrices.



SIN EMBARGO TAMBIÉN PRESENTA LIMITACIONES Y CONTRAINDICACIONES CONSIDERABLES:

1. La mujer no sale de la intervención reconstruida, pues como generalmente antes de proceder a colocar el implante es preciso pasar por una etapa de expansión (expansor) para lograr crear la cavidad, completar el proceso de reconstrucción requiere un periodo bastante más largo que en general puede durar de 3 a 6 meses.
2. Los implantes son cuerpos extraños al organismo, con unas características físicas muy diferentes al tejido mamario. En general son mas densos y pesados y no presentan la forma, caída, movimiento y evolución que la mama natural. De hecho, es casi imposible excepto en casos de mastectomías bilaterales (ambos pechos), conseguir la simetría. Con cierta frecuencia, para conseguirla se le planteará intervenir el pecho sano mediante técnicas de mastopexia, reducción o aumento, técnicas que si bien en primer momento pueden igualar en cierta medida volúmenes, no logran un simetrización evolutiva. Lo normal es que con el paso de los años, la asimetría en forma y también en volumen se acentúa y empeora, pues el implante es un elemento estático, que no cambia ni evoluciona en sintonía con los cambio y evoluciones del resto del cuerpo femenino .
3. Los implantes son materiales sintéticos que sufren un desgaste. Eso significa que puede ser necesario un reemplazo en un futuro.
4. La paciente necesitará un tiempo (unos meses) para acostumbrarse al implante y a las sensaciones que genera al realizar determinados movimientos. No se trata de sensaciones dolorosas sino de cierta tirantez o ligeras molestias que le hacen ser consciente de que el pecho reconstruido no forma parte de su cuerpo de la misma manera que la mama sana.
5. Todo implante origina una cápsula en el cuerpo humano que busca "aislarlo". Esta cápsula que en condiciones normales es elástica, puede contracturarse, haciéndose más rígida de lo normal, produciendo alteraciones en la forma de la mama y dolor que obliguen a buscar una solución.
6. La comunidad científica en un altísimo porcentaje está de acuerdo en que las técnicas de reconstrucción mamaria con implantes están desaconsejadas (contraindicación) en pacientes que han recibido radioterapia pues la probabilidad de contractura capsular o "rechazo" es muy alta .

6. RECONSTRUCCION MAMARIA MEDIANTE TEJIDO PROPIO (AUTOLOGA)

La reconstrucción mamaria mediante tejido autólogo o propio, ha evolucionado en los 10 últimos años de manera exponencial, considerándose hoy la técnica de elección o " Gold estándar" dentro de todos los procedimientos de los que disponemos.

El desarrollo de las técnicas microquirúrgicas en este campo de la cirugía reconstructiva, ha permitido que la reconstrucción mamaria utilizando tejidos propios de la paciente, se posiciona como la primera opción a considerar por el paciente y su cirujano plástico.

Antes de este desarrollo microquirúrgico, la reconstrucción mamaria mediante tejidos propios, dado el altísimo número de complicaciones y secuelas que podía originar, no se consideraba como primera opción, reservándose para casos en los que otros métodos fracasaban.

Pero en esta última década esto ha cambiado. El desarrollo de los colgajos de perforantes (conjunto de piel y grasa que se trasplantan hasta la futura mama sin producir las secuelas que producían los colgajos pediculados) junto al desarrollo de las técnicas y protocolos microquirúrgicos en estas cirugías han permitido que se consideren como procedimientos rápidos, seguros y con el mayor porcentaje de satisfacción a corto, medio y largo plazo en la reconstrucción mamaria.

Mediante las técnicas más avanzadas, cualquier tipo de pecho puede ser reconstruido devolviendo el contorno natural sin precisar en la mayor parte de las ocasiones, si la paciente así lo desea, tener que intervenir el pecho sano.



Utilizando el área corporal más adecuado para cada paciente (zonas con excedente de piel y grasa) y sin alterar la función muscular conseguimos unos buenos resultados con las mínimas molestias para nuestras pacientes.

Este tipo de reconstrucción se puede utilizar tanto en reconstrucciones completas (mastectomías) como en parciales (tumorectomías); mastectomías de un solo pecho (unilaterales) como cuando es preciso extirpar también los dos (bilaterales) manteniendo los conceptos de excelencia y mínimo sacrificio funcional.

Se puede realizar tanto en reconstrucciones inmediatas como en diferidas, al igual que si se va a aplicar o se ha aplicado como tratamiento radioterapia.

Además si la reconstrucción efectuada con otras técnicas (implantes mamarios o expansores...) originan problemas o bien el resultado no es satisfactorio, es perfectamente posible reemplazar estos por tu propio tejido recuperando así una mama natural.

Básicamente hay tres grupos técnicos de reconstrucción con tejido propio:

1- TECNICAS MICROQUIRURGICAS

Básicamente para reconstruir la mama, la técnica idónea y fundamental de este grupo reconstructivo es aquella denominada DIEP/ MS.

Existen otras muchas, aunque si no existe ningún factor que impida la realización de la misma, estas ocuparán un segundo lugar en la escalera reconstructiva.

Técnica TRAM /DIEP/MS

Con el desarrollo de la microcirugía es a mediados de los años 80 cuando se describe la utilización del colgajo TRAM libre para la reconstrucción mamaria.

Básicamente consistía en utilizar la piel y grasa sobrante de la zona abdominal entre el ombligo y el pubis para reconstruir el pecho amputado, mediante su trasplante realizando by-pass microquirurgicos de una arteria y vena con el fin de mantener el aporte sanguíneo vital.

Anatómicamente la piel y grasa del abdomen se vascularizan (nutren) mediante una serie de vasos muy pequeños (perforantes) que surgen desde los músculos rectos abdominales. Estas perforantes son ramificaciones de los vasos epigástricos superiores e inferiores que discurren por dentro de los músculos rectos y que a nivel periumbilical se unen.

De los dos vasos epigástricos, el sistema dominante es el inferior y en la utilización de este sistema de vasos (vena y arteria) se basan las técnicas microquirúrgicas de este colgajo.

Como hemos mencionado, la primera variante técnica en desarrollarse fue la del TRAM libre, en la que lo que se hacía era obtener la piel y grasa junto con el músculo subyacente que era de donde se utilizaban los vasos para realizar el by-pass. El problema de esta técnica estaba en que se sacrificaba un músculo recto de la pared abdominal con la consiguiente debilidad de la pared y el riesgo de hernia. Pero como se utilizaba el vaso epigástrico dominante evitábamos la pérdida del tejido que aparecía en los TRAM pediculados al tener que invertir el flujo.

A mediados de la década de los 90 se comienza a desarrollar una técnica microquirúrgica llamada DIEP/MS. Esta técnica surge como evolución de las técnicas previas del TRAM pediculado y libre, con el fin de minimizar y evitar las secuelas que producían estas sobre la pared abdominal (hernias) y evitar los fenómenos de pérdida de parte de el tejido trasplantado.



Técnicamente consiste en disecar las perforantes junto con los vasos epigástricos separándolos del músculo sin lesionarlo transportándolos solos junto con la piel y grasa abdominal pudiendo así hacer los by-pass confiriéndole viabilidad al tejido trasplantado.

El DIEP/MS es una técnica quirúrgica que permite trasplantar únicamente la piel y grasa del abdomen que tenemos en exceso sin alterar la función muscular de la zona. El único problema son los requisitos técnicos por parte del cirujano pues la disección es extremadamente precisa y meticulosa para lograr unos resultados con las mínimas secuelas funcionales y con el mejor resultado estético. El proceso deja intacto el músculo y los nervios abdominales. Al evitar la pérdida funcional de dicho músculo, la paciente disfruta de movilidad y fuerza total del abdomen, lo que permitirá realizar una vida completamente normal.

La zona del abdomen se cierra de la misma forma en que se realizaría una dermolipectomía abdominal estética (abdominoplastia), operación en la que se busca el efecto de vientre plano mediante eliminación de la grasa.

La duración de la intervención es de unas 6 horas ya que todos los pasos deberán ejecutarse con la máxima precisión y cuidado. A pesar del tiempo operatorio, debido a que la agresividad quirúrgica es mínima para la paciente, la recuperación postoperatoria es muy rápida, las pacientes están ingresadas no más de 7 días y pueden reintegrarse a la actividad ordinaria a las 3 o 4 semanas.

Como hemos visto la reconstrucción mediante colgajos de perforantes recibe dos denominaciones **DIEP (Deep inferior epigastric perforator) y MS (Muscle sparing)**. Diep se refiere al procedimiento en el que se preserva todo el músculo recto abdominal y MS en el que se extrae el colgajo con una pastilla mínima de músculo sin originar secuela a la pared abdominal. La decisión hoy día de realizar una u otra variante, se toma en base a la **ANGIORNM / ANGIOTC y sobre todo intraoperatoriamente** en base al diámetro y calibre de las perforantes encontradas.

En la literatura medica de los últimos 3-4 años se ha visto que a aunque el DIEP es la técnica a utilizar si la disposición de las perforantes es la adecuada, en determinados casos en los que exista unas perforantes muy finas y de mala calidad para asegurar la viabilidad del colgajo es preferible extraer varias de estas perforantes junto con una pastilla de músculo muy pequeña evitando disecar estas perforantes y así aumentar la viabilidad vascular del colgajo, cosa que podría ocurrir si intentáramos disecarlas separándolas del músculo circundante. En gran parte de la literatura se ha demostrado que si se realiza de manera correcta, la secuela en la pared muscular es muy similar a la técnica DIEP, aumentando la viabilidad del colgajo.

Con esta variante buscamos por tanto garantizar el resultado de la reconstrucción mediante una técnica que sea lo menos lesiva para las perforantes y además preserve la función muscular correcta de la pared abdominal.



Técnica SIEA

En un 10% de las pacientes la zona de piel y grasa abdominal presentan, junto con el sistema de los vasos epigástricos profundos, un sistema arteriovenoso superficial que no va por dentro del músculo. El SIEA no es más que una variación en la forma de vascularizar el tejido abdominal que vamos a trasplantar para reconstruir la mama. De esta manera aprovechamos este sistema que nos permite ahorrar tiempo de cirugía y además evita tocar el músculo. Así pues, las mujeres que pueden beneficiarse de esta nueva técnica podrán reconstruirse el pecho de la misma forma que lo hacemos con el DIEP pero si tener que abrir la fascia muscular, por tanto, podremos reducir el tiempo operatorio y minimizar al máximo la agresión anatómica.

A diferencia de las reconstrucciones con colgajos TRAM, la utilización de nuestras técnicas de colgajos de perforantes evitan el sacrificio de los músculos abdominales, desapareciendo el riesgo de hernias, eventraciones, debilidades abdominales, abombamientos de pared abdominal y por supuesto la pérdida de función muscular que tanto limita a las mujeres que fueros sometidas a este tipo de intervenciones agresivas anatómicamente. De hecho la utilización de los vasos superficiales en el SIEA permite por completo evitar tocar los músculos abdominales porque los vasos utilizados no viajan a través del músculo. El vaso que nutre al tejido del bajo abdomen, es preservado y la piel y grasa transferida son transformados en una nueva mama.

Igual que el DIEP, la extracción del tejido del bajo abdomen deja una delgada cicatriz y deja el contorno igual que si se hubiese realizado una dermolipectomía abdominal estética.

La duración de esta intervención es un poco menor, unas 4 o 5 horas, y también el postoperatorio se acorta un día (3-4 días). A las dos semanas de la intervención las pacientes pueden realizar una vida totalmente normal.

COLGAJOS DE PERFORANTES GLÚTEOS (IGAP/SGAP)

Esta es una excelente opción para mujeres que no poseen una cantidad suficiente de tejido en el abdomen para la reconstrucción mamaria. Utilizando como zona donante el exceso de grasa y piel de la parte superior o inferior de las nalgas. Dependiendo de la distribución de la grasa en la zona glútea utilizaremos la parte superior, colgajo **SGAP**, vascularizados con la arteria glútea superior, que nos ofrecerá un tejido adecuado para nuestra reconstrucción y un efecto de lifting (elevación) de las nalgas. La cicatriz resultante se localiza en una zona donde podemos tapar con la ropa interior. En aquellas mujeres que tengan un exceso de tejido en la zona del pliegue glúteo realizaremos un **IGAP**, colgajo vascularizados mediante la arteria glútea inferior. La cicatriz resultante se esconde con facilidad bajo el pliegue glúteo. En el SGAP se utiliza la arteria glútea superior y para el IGAP es la arteria glútea inferior.

Tanto el IGAP como el SGAP se utilizan para una reconstrucción unilateral o bilateral.

Los colgajos glúteos pueden producir un aplanamiento de la zona glútea, que precisara en algunas ocasiones el retocar la zona glútea del otro lado. Tiene como desventaja con respecto al colgajo abdominal DIEP/MS que la grasa que transportan es en general un poco mas compacta que la del abdomen, además de aportar menor cantidad de piel.

Probablemente de los colgajos de perforantes que se realizan es el mas demandante técnicamente con una disección mas compleja y delicada.



COLGAJO MIOCUTANEO DE GRACILIS

También como opción para mujeres que no posean tejido abdominal, el colgajo musculocutáneo de gracillis aunque es no es un colgajo de perforante puro, al ser el gracillis un músculo con apenas función o secuela lo englobamos dentro de este grupo. Aunque menos utilizado en el pasado frente a los dos anteriores, hoy día esta teniendo un auge dado la fácil y rápida realización, bilateralidad y textura de la grasa.

Es preciso eso sí, que la paciente disponga de un cierto exceso cutáneo y grasa en la parte superior interna de los muslos, pudiendo extraer dicho tejido conjuntamente con el músculo gracilis. Este músculo es totalmente prescindible en personas que no realizan actividades de alta demanda muscular en las extremidades inferiores. La cicatriz resultante se intentará esconder en el pliegue perineal y en ciertas pacientes incluso podemos conseguir el efecto estético de un lifting crural. La duración de esta técnica es de unas 4 o 5 horas y como las demás requiere una estancia hospitalaria de unos 4 días.

En general tiene características similares al glúteo en lo que respecta a la cantidad y volumen de la piel y grasa trasplantada, pero es una grasa como hemos indicada con una consistencia muy adecuada a diferencia de la glútea que es más densa.

2- TECNICAS PEDICULADAS

En general como hemos indicado, son técnicas antiguas y que en general han sido sustituidas por los procedimientos microquirúrgicos. No se recomiendan como primera opción dado el alto número de complicaciones que presentan, aunque en determinados pacientes pueden ser un recurso.

El método de reconstrucción autólogo pediculado prácticamente se resume a la técnica denominada **TRAM (colgajo musculocutáneo transverso de recto abdominal)**.

Es similar en concepto a la Técnica del DIEP/MS pero con la diferencia en que para transportar la piel y grasa sobrante del abdomen con vascularización, hay que utilizar uno o los dos músculos rectos abdominales de manera completa sin seccionar el extremo superior, que actúa como puente vascular, con la consiguiente secuela funcional y el riesgo de herniación abdominal.

Además dado que la vascularización en los primeros días se invierte pues la nutrición proviene de la epigástrica superior que es el vaso no dominante, con frecuencia se puede perder parte del tejido trasplantado.

Además, dentro de las técnicas pediculadas existen **una serie de colgajos regionales (Toracoepigástrico, etc...)**, que en general precisarán prótesis siendo similares en el concepto al colgajo de Dorsal Ancho, con las consiguientes secuelas cicatriciales en zonas visibles.



3- INJERTOS DE GRASA Y FACTORES DE CRECIMIENTO

Aunque esta variante técnica fue desarrollada hace años, actualmente esta teniendo una amplísima repercusión mediática. Básicamente consiste en realizar una liposucción de determinadas zonas del cuerpo mediante unas cánulas especiales, con el fin de extraer la grasa. Una vez obtenido el volumen de grasa adecuado, se procede a tratarla mediante diferentes técnicas (centrifugación, etc.), inyectándola tras esto en las zonas a reconstruir.

Sin embargo hay que precisar que si bien, probablemente se constituya en el futuro reconstructivo a largo plazo, en el momento actual sus indicaciones son muy limitadas.

Básicamente solo sirve para reconstruir pequeñas defectos, como los originados tras tumorectomías, o bien para remodelar zonas de irregularidades originados por otros procedimientos reconstructivos.

Técnicamente las limitaciones se deben a:

1. La grasa junto con los factores de crecimiento precisan para sobrevivir una vez inyectados, de un lecho vascular adecuado. Esta demostrado que depósitos mayores de 3 mm de diámetro no se vascularizan, por lo que todo injerto depositado más allá de esas medidas no es viable. Es por esta razón que los volúmenes a rellenar son pequeños.
2. Además se ha visto que las únicas células de la grasa trasplantada que tienen capacidad de sobrevivir son los pre-adipoblastos o células madre, constituyendo estas menos del 20% del total del volumen. Es por esta razón que es preciso para resolver un defecto el realizar por término medio unos tres rellenos espaciados en el tiempo pues dos tercios del volumen inyectado transcurrido un tiempo se reabsorbe.

3. Por último es un método reconstructivo que no aporta piel, por lo que en mastectomías tanto en mastectomías completas o en aquellos defectos moderados en donde parte de la zona a reconstruir precisa piel este método a fecha de hoy no nos vale.

VENTAJAS RECONSTRUCCIÓN AUTOLOGA :

1. Es una técnica que permite una reconstrucción definitiva pues una vez conseguida el resultado deseado, este se mantendrá independiente del paso del tiempo y de los cambios de peso de la paciente. Al ser reconstruida con un tejido propio muy similar al de la mama el pecho reconstruido mediante estas técnicas se comportara de igual manera que el sano.
2. La consistencia y sensación de la mama reconstruida es igual al pecho sano teniendo la caída y sensación natural.
3. Es la técnica que más simetría consigue con el pecho sano siendo además esta mejor conforme más tiempo pase.
4. En el caso del DIEP permite mejorar el contorno abdominal pues la obtención del colgajo es similar a la realización de una abdominoplastia estética. En el del colgajo Glúteo y de Gracillis pueden mejorar el contorno y volumen de las regiones glúteas y cara interna ingles similar a los lifting de ingles y glúteo que se demandan como cirugía estética.
5. A largo plazo es la técnica más rentable en términos de salud y económicos. Una vez conseguida la simetría con el pecho sano (siendo preciso por término medio dos intervenciones), nuestra paciente no precisara volver a pasar más por quirófano pues el resultado evolucionara con el tiempo de manera simétrica con respecto al pecho sano, no ocurriendo así con las prótesis.
6. Son métodos en los que de verdad podemos hablar de reconstrucción inmediata pues la paciente sale reconstruida del quirófano en volumen y de forma, especialmente en los casos de practicarse en una mastectomía ahorradora de piel.
7. Son métodos reconstructivos que no interfieren con ningún tratamiento tanto de quimioterapia como de radioterapia permitiendo aplicarse sobre ellos sin existir ninguna contraindicación ni modificaciones en el resultado.



INCONVENIENTES RECONSTRUCCIÓN AUTOLOGA:

1. Son técnicas muy complejas que requieren de cirujanos y equipos entrenados de modo muy específico, por lo que se ofertan en pocos centros.
2. Son técnicas cuya realización precisan de un tiempo operatorio más largo (entre 6 y 8 horas).
3. En la zona donante (que es de donde se obtiene el tejido) originaremos una cicatriz, aunque en general, como son zonas donde existe una redundancia de tejido, esta obtención ayuda a mejorar el contorno corporal.

7. CONCLUSIONES

En nuestra practica diaria somos conscientes de que como cirujanos reconstructores somos una parte fundamental en el tratamiento del cáncer de mama. Solo mediante una reconstrucción individualizada y satisfactoria de la mama afecta, se consigue el concepto y la sensación de curación por parte de las pacientes. Es por esta razón que día a día nos esforzamos en desarrollar las mas modernas técnicas disponibles. Solo de esta manera podremos ofrecer a nuestras pacientes todo el arsenal reconstructivo disponible hoy día sin establecer limitaciones técnicas, pues generalmente cuando estas influyen en nuestra indicación, los resultados reconstructivos de la mama no son los adecuados.

Para una gran mayoría de pacientes mastectomizadas la posibilidad de una buena reconstrucción mamaria puede significar recuperar su autoestima y volver a sentirse mujer.

En general y aunque es básico individualizar y estudiar cada caso, si no existe contraindicación, **recomendamos la reconstrucción mamaria mediante técnicas autólogas y en concreto mediante el DIEP/MS.**

En nuestra experiencia, las tasas de éxito alcanzan porcentajes altísimos (95%). Pero no solo hay que valorar porcentajes de supervivencia de nuestros colgajos, sino que el grado de satisfacción estética, simetría con el pecho sano y recuperación postoperatoria es lo que nos impulsa a mejorar, esforzándonos en ofrecer a las pacientes el mas amplio abanico y mejores técnicas disponibles hoy día, cuyo objetivo ultimo es la curación de nuestras pacientes.

8. PUNTOS CLAVE

TIPOS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

a) Heterologo/ expansor-protesis

1. Implante directo
2. Expansor-Implante
3. Implantes expandibles tipo Becker
4. Implantes con malla dérmica
5. Implantes con colgajo dorsal ancho

b) Autologa / tejido propio

1. Colgajos libres microquirúrgicos (DIEP/ MS, SIEA, Gracillis, Gluteo)
2. Colgajos pediculados tipo TRAM
3. Injertos de grasa y factores de crecimiento



CARACTERÍSTICAS

a) Reconstrucción con prótesis (Heteróloga)

- Varias intervenciones hasta conseguir resultado.
- Sencillez técnica.
- Contraindicados en radioterapia y tejidos muy finos en la mastectomía.
- Asimetría y falta de naturalidad de entrada con la mama sana que empeora con el paso del tiempo.
- No definitiva (requerirá de intervenciones a lo largo de la vida de paciente).

b) Reconstrucción tejido propio (Autóloga)

- Altos requerimientos técnicos y de soporte Hospitalario.
- Una o dos intervenciones para conseguir resultado.
- Resultado simétrico, natural y definitivo.
- Evolución natural y simétrica con la mama sana con el transcurso de los años.
- Deja cicatrices en las zonas donde se obtienen los tejidos para la reconstrucción, aunque estas quedaran en zonas no visibles.
- Precisa de tejido en las zonas donantes que además permitirán una remodelación estética de la zona de donde se obtienen los tejidos (abdominoplastia, lifting de ingles, lifting de glúteos)
- No contraindicaciones con otros tratamientos de la mama como la Radioterapia.

TIEMPOS

a) Heteróloga / expansor-prótesis

- 2 Intervenciones con anestesia general espaciadas un mínimo de 4-6 meses.
- 1 día de estancia en clínica.
- Duración intervención 2 a 3 horas.
- Quitamos puntos en 14-21 días.
- Sujetador deportivo sin aros todo el día durante un mes.
- Vuelta al trabajo en 5-7 días si no realiza actividades físicas
15-21 días si su trabajo requiere esfuerzos físicos
- Retorno al ejercicio y vida normal en 4-5 semanas.
- No masajear el pecho en 3 meses.

c) Autóloga tipo DIEP

- Intervención con anestesia general .
- 5 día de estancia en clínica.
- Duración intervención 6 a 8 horas.
- Quitamos puntos en 14-21 días.
- Prenda compresiva (Faja Abdominal) durante un mes.
- Vuelta al trabajo en 14 días si no realiza actividades físicas
30 días si su trabajo requiere esfuerzos físicos
- Retorno al ejercicio y vida normal en 3 meses.
- Puede requerir una segunda intervención (retoque) pasados 6-9 meses .



DoctorDiazGutierrez.com

Cirugía Plástica, Estética y Reparadora