

Memorias III Curso-Taller de Cirugía Plástica: reconstrucción estética y corporal Postgrado de cirugía plástica, estética y reconstructiva - UIS 2017

Reconstrucción mamaria

*Genny Liliana Meléndez Flórez

*Médica Cirujana. Cirujana Plástica, Profesora cátedra del Posgrado Cirugía Plástica, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga. Santander. Colombia.

Correspondencia: Dra. Genny Liliana Meléndez Flórez. Correo electrónico: dramelendezplastica@yahoo.com

¿Cómo citar este artículo?: Meléndez GL. Reconstrucción mamaria. MÉD.UIS. 2018;31(3):73-5. doi: 10.18273/revmed.v31n3-2018009

La mama es un símbolo primario de feminidad y forma parte integral de la identidad como mujeres, y por lo tanto es importante recuperarla cuando se ha perdido. La glándula mamaria tiene una localización en el tórax que va desde el segundo al séptimo espacio intercostal, de la línea paraesternal a la línea axilar anterior, y tiene una cola que llega hasta la axila. Además, la mama tiene parámetros considerados normales, como son su tamaño, el tamaño del complejo areola-pezones, la distancia entre la horquilla esternal y el pezón, la distancia entre la línea media y el pezón, y la distancia entre el pezón y el surco inframamario; en el momento de realizar algún tipo de reconstrucción mamaria se debe reformar la mama con dichas medidas o similares.

Las causas de deformidad de la mama pueden ser: secundaria a cáncer, deformidades congénitas, trauma, secuelas de infección o absceso. Los cambios que se evidencian en la paciente posterior a la pérdida de la glándula mamaria por cualquiera de estas razones son la alteración de la autoimagen corporal y en la autoestima que debe pasar desapercibido, deterioro en la relación sexual, cambios en el comportamiento social y en el ánimo, como depresión o ansiedad.

El objetivo de la reconstrucción mamaria es restaurar el volumen, tamaño y posición dentro de la mama perdida. La reconstrucción mamaria se puede realizar de forma inmediata, es decir, en el mismo tiempo quirúrgico de la mastectomía, o tardía cuando se realiza un tiempo posterior a la mastectomía. La ventaja de realizar una reconstrucción inmediata es que la paciente no va a evidenciar la pérdida de su mama; sin embargo, sufrirá un cambio en su cuerpo e imagen, pero no se va a ver amputada o mastectomizada. Además, esto trae beneficios tales como conservación de la integridad física, posiblemente mejores resultados estéticos, menor morbilidad y menor tiempo quirúrgico, por lo tanto, menos costo.

La reconstrucción mamaria en forma general no se realiza en un solo tiempo quirúrgico, considerándose cuatro etapas, pero no necesariamente se deben cumplir cuatro tiempos quirúrgicos. La primera etapa sería la reconstrucción de volumen y forma, la segunda etapa es la mamoplastia contralateral que busca tomar la mama sana y alterarla para que sea simétrica y parecida a la reconstruida; y por último reconstruir el complejo areola-pezones, esto se hará en uno o dos tiempos quirúrgicos.

La reconstrucción mamaria se puede realizar con tejido autólogo, es decir, con tejido propio del paciente, obtenido de otro lugar de la anatomía corporal o heteróloga, la cual incluye el uso de prótesis o implantes mamarios, e incluso, se pueden combinar ambos métodos. La decisión del tipo de reconstrucción depende de diferentes factores como el tipo de mastectomía, conservación de piel, conservación de complejo areola-pezones, conservación del músculo pectoral mayor o serrato anterior y disponibilidad de sitios donantes. Las ventajas de la reconstrucción autóloga son mayor durabilidad y naturalidad de los resultados, recuperación de la sensibilidad en algunos casos, entre otras.

La reconstrucción mamaria empezó a finales del siglo XIX con la transposición de tejido graso únicamente por Czerny. Posteriormente se comenzó a utilizar técnicas con colgajos tubulados, que sirven para reconstruir partes vitales, pero resultaba siendo un método muy complejo y largo. En el siglo XX se desarrollaron los primeros colgajos pediculados para reconstrucción mamaria; Tanzini empezó a utilizar el colgajo dorsal ancho, quien lo levantaba con tejido muscular y cutáneo basado en la arteria toracodorsal, y posteriormente lo rotaba para cubrir los efectos secundarios a mastectomías, pero sin lograr restaurar la forma, volumen o tamaño de la mama. Esta técnica ha venido evolucionando hasta el punto de que se puede crear diferentes diseños para lograr un resultado estético y funcional en la reconstrucción; además, este colgajo se puede combinar con prótesis en los casos que se requiera ganar volumen. En pacientes obesas, con importante panículo adiposo a nivel del dorso y mamas pequeñas, se puede tomar este tejido alrededor de la isla de piel y con el músculo dorsal ancho lograr la reconstrucción sin la necesidad de utilizar implantes.

Las técnicas de reconstrucción han presentado modificaciones a través del tiempo, como las realizadas por Mathes y Nahai, donde se podía mover los músculos sin el riesgo de perder colgajos. Teniendo en cuenta lo anterior, otra área anatómica donante para reconstrucción mamaria es el abdomen, con el colgajo del músculo recto abdominal conocido como colgajo TRAM; este colgajo de piel basado en el músculo recto abdominal, que toma una isla de piel transversal, durante una época fue considerado como la mejor manera y solución para recuperar la anatomía de la mama perdida, además de tener unos buenos resultados en la cicatriz donante, pero con la desventaja

de quedar sin el recto abdominal, lo cual puede generar síntomas en el paciente a largo plazo, como pérdida de capacidad para realizar la maniobra de Vasalva o presión positiva en la micción o defecación.

La reconstrucción con prótesis inició con el desarrollo de las prótesis para aumento de volumen mamario en los años 60, pero están evolucionando en su diversidad, teniendo en esta época diferentes tipos de prótesis, como redondas o anatómicas, y lisas o texturizadas. Para la reconstrucción mamaria con prótesis, es necesario tener un adecuado tejido de cubrimiento el cual se da generalmente a través del músculo pectoral mayor y serrato anterior, o con un colgajo de músculo dorsal ancho. En los casos que la paciente requiera radioterapia, y se haya realizado una reconstrucción con implantes, aumentarán los riesgos de complicaciones asociadas al implante como contractura capsular o extrusión del implante.

En la actualidad, se puede utilizar prótesis mamarias o expansores-implantes tipo Becker, el cual está constituido por una parte de gel y otra para expandir con solución salina a través de una válvula hasta el tamaño deseado y, posteriormente, retirar la válvula y dejar este tipo de procedimiento como reconstrucción definitiva. La ventaja de la reconstrucción por prótesis es menor tiempo quirúrgico o disminución de costos, pero sus desventajas es la formación de contractura capsular, pérdida de cobertura, extrusión y necesidad de nuevos procedimientos en el momento que se presenten estas complicaciones, para restaurar la anatomía de la mama. Otras complicaciones posibles son hematomas o falla de la válvula.

Otras opciones quirúrgicas de reconstrucción son los colgajos de perforantes. Los colgajos de perforantes son aquellos donde el tejido a transportar está nutrido y soportado por una arteria fuente, y tiene como ventaja que se puede preservar la función muscular; entre estos se encuentra el colgajo de perforantes de la arteria epigástrica profunda, el cual es actualmente el proceso estándar en reconstrucción mamaria. Estos colgajos se movilizan de un lugar como colgajos libres. Otros ejemplos son colgajos de perforantes de la arteria lumbar, colgajo de perforante de la arteria glútea superior o inferior. Dentro del abordaje de la reconstrucción mamaria también se incluye la reconstrucción del complejo areola pezón, donde para su reconstrucción primero se debe definir la posición, tamaño y la forma con

base al seno contralateral. Para su reconstrucción se pueden utilizar diferentes técnicas, las cuales incluyen injertos de piel, colgajos locales con un soporte cartilaginoso interno o tatuaje.

La mamoplastia compensadora hace referencia a técnicas de mamoplastia o mastopexia en la mama sana para lograr simetría con la mama reconstruida, pero solamente se debe realizar en los casos que sea necesaria, teniendo en cuenta que habrá pacientes cuya mama sana estará en buen estado. La última etapa de la reconstrucción mamaria son los refinamientos o retoques, donde se incluye los injertos grasos, revisión de cicatrices, reposicionar los implantes, creación de un nuevo surco mamario y restauración del pliegue axilar.

En algunos casos, debido a la complejidad, morbilidad de la paciente o patología avanzada del cáncer, el objetivo de la reconstrucción será el cubrimiento del defecto, posterior a la mastectomía; donde se debe

realizar el procedimiento con menor morbilidad y menos dispendioso para evitar complicaciones.

En conclusión, la reconstrucción mamaria se puede realizar con tejidos autólogos o heterólogos, o combinación de ambos, de forma inmediata o diferida; y está constituida por diferentes etapas para lograr resultados satisfactorios para la paciente. Dentro este proceso es crucial el manejo por cirugía plástica, donde se debe definir en conjunto con la paciente y el mastólogo, el momento y tipo de reconstrucción a realizar.

Referencias bibliográficas

1. Kaya B, Serel S. Breast reconstruction. *Exp Oncol.* 2013;35(4):280-6.
2. Healy C, Allen RJ Sr. The evolution of perforator flap breast reconstruction: twenty years after the first DIEP flap. *J Reconstr Microsurg.* 2014;30(2):121-5.
3. Zhong T, McCarthy CM, Price AN, Pusic AL. Evidence-based medicine: breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2013;132(6):1658-69.