

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

BREAST RECONSTRUCTION

DR. SERGIO SEPÚLVEDA P. (1)

(1) Cirujano Plástico, Profesor Asociado, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Email: sepulveda.sep@gmail.com

RESUMEN

En la actualidad somos capaces de ofrecer una cantidad no despreciable de técnicas de reconstrucción mamaria incluyendo aquellas basadas en el uso de prótesis, colgajo miocutáneo con isla transversa abdominal (TRAM), colgajo miocutáneo de latissimus dorsi y transferencia de tejidos libres. Se analizan indicaciones, ventajas y desventajas. Se presentan detalles sobre resultados cosméticos. La reconstrucción con tejidos autólogos representa menos de un 25% de todas las reconstrucciones mamarias. La reconstrucción basada en expansor/implante es la forma más común de reconstrucción mamaria. Diferentes series demuestran que entre el 20 y el 30% de los pacientes puede requerir algún tipo de revisión o reposición. Dada la evolución permanente del tema y la alta demanda de solución, se requiere que el cirujano plástico tenga competencias en técnicas de reconstrucción mamaria que varían según el contexto y las circunstancias individuales de cada paciente.

Palabras clave: Reconstrucción mamaria, colgajos, implantes, expansores cutáneos.

SUMMARY

Today we are able to offer a myriad of breast reconstruction techniques, including implant-based reconstruction, pedicled transverse rectus abdominis myocutaneous flap (TRAM), latissimus dorsi myocutaneous flap, and free tissue

transfers. Indications, advantages and disadvantages are discussed. Details about cosmetic outcomes are presented. Autologous tissue reconstruction represent less than 25% of all breast reconstructions. Expander/implanted based reconstruction appears to be the most common form of breast reconstruction, different series demonstrating that 20-30% of patients may require some type of revision/replacement. Because of the rapidly evolving nature of the field and increased demand, the breast reconstructive surgeon is required to have competence in BR techniques in a varying context of individual patient circumstances.

Key words: Breast reconstruction, flap, implants, cutaneous expanders.

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción mamaria constituye un área no despreciable del quehacer de un Servicio de Cirugía Plástica, sin embargo, representa al mismo tiempo, un enorme desafío para obtener resultados sustentables en el tiempo. Refinamientos de las técnicas quirúrgicas, innovaciones tecnológicas y la descripción de nuevos procedimientos se orientan a ampliar el horizonte reconstructivo del cáncer mamario.

La reconstrucción con implantes es la forma más común de reconstrucción en Chile y en el mundo (1), sin embargo, la presencia de complicaciones en el tiempo y las múltiples revi-

siones que requiere este tipo de reconstrucción, ha hecho que las técnicas con tejidos propios, principalmente con tejidos libres y perforantes, estén ganado terreno (2).

HISTORIA

La reconstrucción de mama comienza el año 1963 con la introducción de la primera reconstrucción con implante de silicona por Cronin y Gerow (3), lo que estimuló a que durante las décadas del 60 y 70 la reconstrucción protésica fuera el método más utilizado de reconstrucción. El año 1972 Radovan (4) describió el uso de expansores tisulares para mama y en 1977 Schneider, Hill y Brown (5) y Muhlbauer y Olsbrich incorporaron el uso del colgajo músculo cutáneo *latissimus dorsi* para este tipo de reconstrucción (6). Esta técnica fue popularizada por Bostwick, Vasconez y Jurkiewicz (7, 8) y Maxwell y Hoopes en publicaciones posteriores (9).

Un verdadero avance en la cirugía reconstructiva de la mama fue la introducción de los colgajos abdominales en la década de los 80, que permitieron brindar un mayor volumen de la reconstrucción, sin la necesidad de utilizar una prótesis. El colgajo musculocutáneo TRAM se ha transformado en el *gold standard* en muchos países y continúa siendo el método reconstructivo autólogo, más utilizado, debido a la facilidad de su técnica y porque la región abdominal proporciona la mejor calidad y cantidad de tejido necesario para reconstruir una mama, siendo de aceptación general que los resultados con tejidos propios son superiores a la reconstrucción protésica.

En general, los procedimientos reconstructivos que contemplan el uso de colgajos se han realizado tradicionalmente con tejidos pediculados. El colgajo TRAM clásico o pediculado fue descrito por Hartrampf, Schefflan y Black (10), quienes en 1982 en Atlanta, transfirieron por primera vez, el colgajo TRAM. Este colgajo consistió en una porción vertical del músculo recto abdominal con una isla transversal de piel abdominal inferior irrigada por perforantes músculo cutáneos procedentes de la arteria epigástrica superior. El daño a nivel de la pared abdominal donante fue el principal incentivo para desarrollar técnicas menos invasivas y con mejor irrigación. Ello se logró con la descripción y aplicación de los colgajos libres, es decir, tejidos que se obtienen identificando su pedículo vascular, se secciona éste y se realizan luego las anastomosis vasculares correspondientes bajo microscopio, para restaurar la perfusión del colgajo. Se incluye en esta modalidad el colgajo TRAM libre (11), los colgajos DIEP y SIEA, el colgajo glúteo superior o inferior y el colgajo anterolateral de muslo (12). A poco andar se hizo evidente no sólo su condición de ser una técnica menos agresiva para la pared abdominal sino que la perfusión de estos tejidos fue tan superior, que ya nadie discute sus ventajas y su utilización se hizo extensiva

a pacientes fumadoras, obesas o en presencia de cicatrices abdominales previas.

Otros métodos de reconstrucción mamaria han sido descritos, entre los cuales se incluyen los colgajos abdominales medio y superior, el colgajo oblicuo externo (13), el glúteo y el tensor *fascia lata*. También se incluye el colgajo circunflejo iliaco profundo (*Rubens' flap*) descrito por Hartrampf y cols (14), este colgajo sirve como una segunda línea de reconstrucción de la mama, en especial cuando el TRAM ha fallado.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia del cáncer de mama es alto y afecta también a mujeres jóvenes, esto ha determinado una creciente demanda de procedimientos reconstructivos cada vez más exigentes, revirtiendo la tendencia histórica y universal de que las pacientes mastectomizadas no se reconstruyen, superando el miedo a las complicaciones quirúrgicas que puedan retardar el tratamiento adyuvante y al temor de enmascarar una recurrencia (15).

En Chile, según registros internacionales, existirían cerca de 4.000 nuevos casos por año, con una tasa de mortalidad de 15/100.000 mujeres. El riesgo para la población femenina occidental de presentar un cáncer mamario es de 1 cada 8 a 10 mujeres, de ahí el énfasis en las políticas de pesquisa precoz con auto examen mamario y estudio de imágenes en población de riesgo a los 35 años y a los 40 años para la población normal (16).

En los últimos años se ha observado un aumento de mastectomías profilácticas determinados principalmente por la fobia al cáncer bilateral, la difusión de casos mediáticos que la aconsejan, las indicaciones médicas por lesiones de alto riesgo o presencia de mutación génica.

Derivado de lo anterior, se ha hecho más frecuente la adopción de métodos reconstructivos por parte del paciente aconsejados en su mayoría por el equipo tratante. En la actualidad en EE.UU., a pesar del éxito y beneficios de la reconstrucción, un 20% de las pacientes mastectomizadas es reconstruida en forma inmediata (2) y un 20% lo hace en forma diferida (17).

Según datos de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos, un 80% de las pacientes reconstruidas lo hace con expansor/implante y las reconstrucciones autólogas se realizan principalmente en centros académicos relacionados con la docencia. El 40% de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama es sometido a mastectomía y la mitad de estas pacientes van a reconstrucción (18).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3829931>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3829931>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)