

Reconstrucción mamaria postmastectomía.

Momento adecuado

La reconstrucción mamaria se puede realizar en el mismo acto quirúrgico de la mastectomía o de una forma independiente, semanas, meses o años después de la mastectomía. La primera opción sería lo que se denomina **reconstrucción inmediata y la segunda reconstrucción diferida. Ambas opciones alcanzan unos resultados satisfactorios, aunque la reconstrucción diferida, habiendo concluido el tratamiento de radioterapia y quimioterapia es probablemente la que mejor previsión de resultado le ofrece al cirujano plástico y a la paciente.**

La reconstrucción inmediata tiene la ventaja de evitar el impacto psicológico que sufre la mujer al verse mastectomizada. Además supone una reducción en el número de intervenciones quirúrgicas y de anestesias. Tiene la desventaja de tener que aceptar el factor de "imprevisibilidad" que sucede en el caso de seguir quimioterapia o radioterapia postquirúrgica.

Opciones técnicas para la reconstrucción mamaria

Reconstrucción con tejido autólogo

Utilizando tejido del propio organismo (piel, grasa y músculo), podemos conseguir volumen, forma y consistencia similares al tejido mamario normal. Aunque existen diversas áreas donantes, las que con más frecuencia se emplean son la pared abdominal (TRAM) y el colgajo músculo cutáneo de dorsal ancho de la espalda.

Entre las técnicas de reconstrucción con tejido autólogo también se incluyen las que utilizan la disección microquirúrgica del tejido abdominal en una técnica conocida como DIEP.

Reconstrucción con expansores e implantes mamarios

Requiere habitualmente de dos intervenciones quirúrgicas con anestesia general. La primera consiste en implantar un expansor tisular: una bolsa con forma de mama cuya pared está fabricada con silicona en forma sólida y su contenido es suero fisiológico, que se irá hinchando progresivamente distendiendo la piel) que se sustituye por una prótesis mamaria definitiva de gel cohesivo de silicona, con forma de gota aproximadamente a los seis meses en una segunda intervención.

Es una buena opción reconstructiva en pacientes que no han seguido un tratamiento con radioterapia y tienen una calidad de piel y cicatriz aceptable en el área de la mastectomía.

Se trata de intervenciones relativamente sencillas y no añaden ninguna cicatriz. 2

Reconstrucción mixta.

Combina el tejido autólogo con los implantes mamarios. En situaciones que sea necesario por razones de forma o volumen, o por la situación previa de la paciente se pueden combinar la técnica de reconstrucción con tejido autólogo con los implantes mamarios, siendo más frecuente la combinación de colgajo miocutáneo de dorsal ancho con implantes mamarios definitivos.

Instituto de Cirugía Estética y Plástica

mamas

Reconstrucción del CAP (complejo areola-pezón), etapa final de todas las reconstrucciones postmastectomía.

Comenzaremos a reconstruir el CAP entre 4 y 6 semanas después del recambio de expansor por prótesis. Consiste en dos procedimientos:

1. Reconstrucción del pezón, que se realiza bajo anestesia local y de forma totalmente ambulatoria (sin estancia hospitalaria ni ingreso). Es un procedimiento quirúrgico cuya finalidad es obtener una estructura similar a un pezón natural. Existen diversas técnicas quirúrgicas, aunque lo más frecuente es que usemos una pequeña parte de la piel de la mama reconstruida para lograr nuestro objetivo.

2. Tatuaje de la areola, dos meses después, en la consulta. Realizado por una persona especializada en conseguir tatuar la areola de tamaño, forma y color semejante a la natural. Es un procedimiento ambulatorio, sin empleo de anestesia local que viene a durar aproximadamente una hora. A veces es necesario realizar una segunda sesión para ajustar color o forma, después de la fijación del pigmento.

