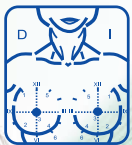


La Reconstrucción Mamaria

Guía para el Paciente



Centro de
Patología
de la Mama

 **FUNDACIÓN
TEJERINA**



Esta guía se ha creado con la finalidad de informar y ayudar a la mujer a entender las diferentes opciones de reconstrucción mamaria. Supone por tanto un paso importante para que las pacientes continúen adelante con su vida.

Una de cada 10 mujeres puede enfrentarse a la realidad del cáncer de mama a lo largo de su vida. La mastectomía puede suponer una alteración física y psíquica para la paciente por la pérdida de su mama. Afortunadamente en la actualidad la reconstrucción mamaria se considera parte integrada del tratamiento para la cura del cáncer de mama.

El objetivo principal de la reconstrucción mamaria es mejorar la imagen corporal de la mujer, recuperar la confianza en sí misma y así mejorar su calidad de vida.

Entendemos que lo más importante es curar el cáncer, y a continuación preservar o reconstruir la mama, dependiendo del tipo de cirugía oncológica.

Un equipo multidisciplinar formado por expertos en cirugía oncológica y reconstructiva le explicará las diferentes opciones de reconstrucción y, teniendo en cuenta cada caso en particular, le informará y apoyará a la hora de tomar una decisión.

La reconstrucción mejorará por tanto el esquema corporal de la mujer, restaurando el volumen y la forma, de tal modo que adquiera un aspecto similar a como era antes de la operación.

Dr. Armando Tejerina

Director Científico del Centro
de Patología de la Mama
Presidente de la Fundación Tejerina

¿Cuándo se puede reconstruir la mama?

La reconstrucción mamaria se puede efectuar en el mismo acto operatorio, después de realizar la mastectomía "reconstrucción inmediata"; o bien en un momento posterior, "reconstrucción diferida".

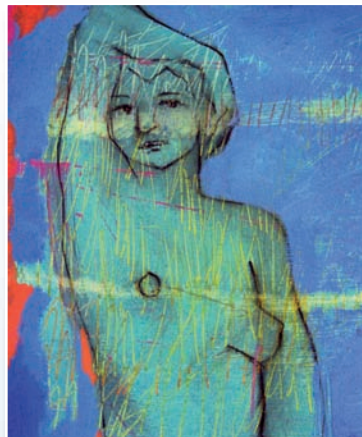
Tanto el momento de la reconstrucción como el tipo de reconstrucción dependerá de las condiciones de cada mujer y del tratamiento oncológico necesario.

Reconstrucción inmediata

Este tipo de reconstrucción se realiza en el mismo acto operatorio después de realizar la mastectomía. Se puede realizar en una o dos fases.

► **Reconstrucción inmediata en una fase:** Consiste en la colocación de una prótesis definitiva en el mismo acto operatorio. En algunos casos se puede colocar una prótesis expansora o bien se puede optar por una reconstrucción con tejido de la propia paciente (Autólogo).

► **Reconstrucción inmediata en dos fases:** Consiste en posicionar un expansor tisular después de realizar la mastectomía y en un segundo tiempo efectuar la sustitución del expansor por una prótesis definitiva. Las reconstrucciones con tejido autólogo pueden requerir una segunda fase para completar el tratamiento.



Reconstrucción Diferida

Afrontar el diagnóstico de un cáncer de mama es un momento difícil. Hay mujeres que prefieren esperar algún tiempo para decidir sobre las opciones de reconstrucción en un futuro y otras no quieren someterse a más cirugías que no sean las estrictamente necesarias de cara al pronóstico.

Se considera reconstrucción diferida aquella que se realiza en un segundo momento posterior al tratamiento quirúrgico oncológico de la mama. La reconstrucción se puede llevar a cabo incluso cuando han transcurrido años desde la operación oncológica, independientemente del tipo de cirugía previa.

¿Qué tipos de reconstrucción mamaria existen?

Existen diversas alternativas para reconstruir una mama. Cada técnica tiene sus indicaciones. La elección dependerá de muchos factores, como el estado de salud de la paciente, el estilo de vida, la forma y medida de la mama, el tipo de piel y tejido remanente y las necesidades de completar otros tratamientos oncológicos,

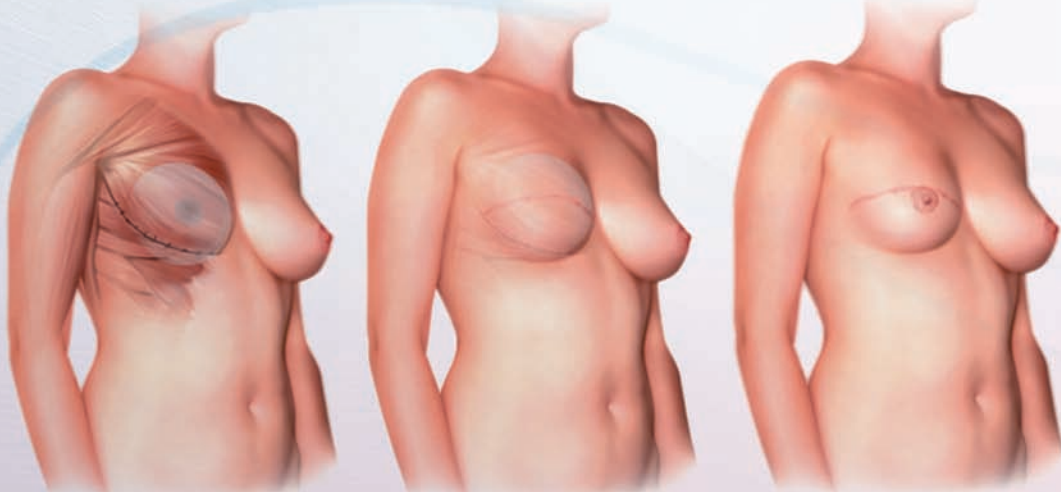
dependiendo de las características propias de la biología tumoral.

Entendemos que cada paciente es única y por tanto el tipo de reconstrucción se decidirá de manera personalizada. Solo así se consiguen unos resultados satisfactorios a largo plazo.

► Reconstrucción mamaria con prótesis

La reconstrucción con prótesis se puede realizar a cualquier edad ya que es un procedimiento quirúrgico poco agresivo. Consiste en colocar una prótesis mamaria debajo del músculo pectoral mayor, de tal manera que el músculo cubra por completo el implante. En muchos casos es necesario distender la piel con una prótesis expansora.

Durante varias semanas se irá inyectando suero salino a través de una válvula subcutánea del expansor dispuesta para ello, de tal modo que por distensión y expansión se consigue un volumen y forma muy similar a la mama. Posteriormente, en un segundo tiempo quirúrgico se podrá sustituir por una prótesis mamaria definitiva.





Pueden ser principalmente de dos tipos, implantes rellenos de gel de silicona e implantes mamarios rellenos de suero fisiológico.

En general, los implantes de última generación rellenos de gel cohesivo de silicona aportan una textura suave y natural en comparación con los salinos. Para poder decidir qué tipo de implante es el mejor para usted, le explicaremos y discutiremos las diferentes opciones y los beneficios de cada tipo de implante dependiendo de su anatomía, del lugar donde se colocará el implante y del tipo de incisión en la piel.

¿Cuál es la prótesis ideal?

De la misma manera que cada mujer es única, existe una gran variedad de implantes para satisfacer todas las necesidades individuales. Se diferencian en función del tamaño, la forma, la textura y su composición.



► Reconstrucción mamaria con tejido de la propia paciente

Este tipo de reconstrucción utiliza tejido de la propia paciente para crear la nueva mama. Podemos utilizar piel, tejido adiposo y músculo de diferentes partes del cuerpo, dependiendo de la constitución de la paciente. Esta técnica se denomina "reconstrucción con tejidos autólogos" y el procedimiento está particularmente indicado cuando existen alteraciones en la

piel torácica, como sucede en algunas pacientes sometidas a radioterapia. La mama reconstruida aumentará o disminuirá de volumen, dependiendo de la ganancia o pérdida de peso.

Una ventaja de estos procedimientos es que en la mayoría de los casos evitamos la utilización de tejido externo o artificial.

Reconstrucción con Gran Dorsal (Latissimus Dorsi)

Una sección de piel y grasa unida al músculo gran dorsal de la espalda, se rotará hasta el tórax manteniendo su vascularización original.

Este tipo de reconstrucción puede requerir la utilización simultánea de una prótesis mamaria

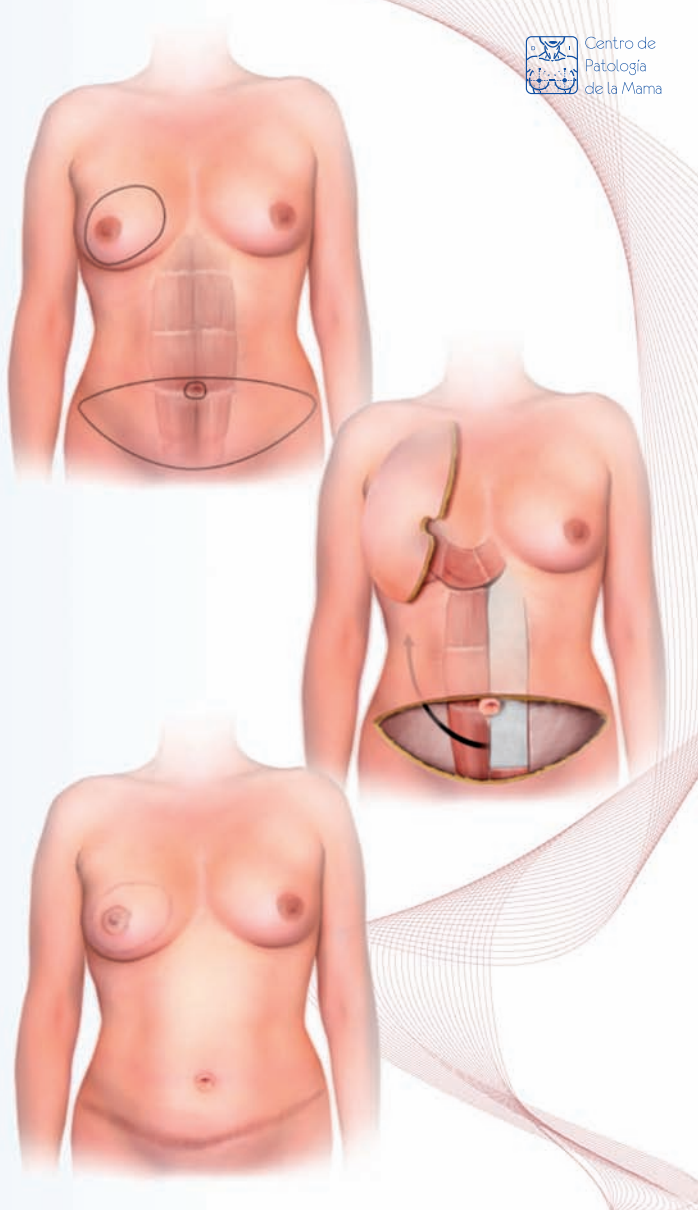
si no se consiguiera suficiente aporte de tejido para formar la nueva mama. La cicatriz de la espalda se situará a una altura donde sea fácilmente cubierta por el sujetador o traje de baño. Así mismo, la repercusión en la actividad física por movilización del músculo dorsal será mínima en personas que realizan ejercicio físico moderado.



TRAM

Una sección de piel, grasa, y el músculo recto de la región abdominal inferior se trasladarán en bloque al tórax manteniendo la vascularización original para recrear la nueva mama. Está indicado en mujeres con exceso de piel y grasa en la parte inferior del abdomen. La reconstrucción tipo TRAM no requiere la utilización de prótesis y su aspecto, tacto y comportamiento es muy parecido a la mama normal. Esta técnica permite la reconstrucción de mamas de gran volumen mejorando también el contorno abdominal por la reducción del exceso de grasa y piel del abdomen (abdominoplastia). Existirá una cicatriz en la parte inferior del abdomen quedando oculta bajo el pantalón o ropa interior.

Debe ser considerado un procedimiento quirúrgico complejo y puede no estar aconsejado en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal previa o pacientes que realicen actividad física intensa.



Reconstrucción microquirúrgica: DIEP

La reconstrucción mediante perforantes de epigástrica inferior (DIEP) tiene el mismo tamaño y forma que el TRAM. Se diferencia de él en que se utiliza exclusivamente piel y grasa abdominal sin alterar la musculatura. Una vez obtenido el tejido libre, se coloca en el tórax y se unen los vasos mediante microcirugía. Posteriormente se remodela el tejido para que adquiera la consistencia y forma de una nueva mama de aspecto natural.

Para el diseño de esta técnica, el Centro de Patología de la Mama dispone de la tecnología de diagnóstico por imagen más avanzada.

La resonancia magnética y el TAC vascular permiten analizar la estructura vascular de los tejidos que se van a transferir, incrementando notablemente la rapidez y la seguridad en el quirófano.



La reconstrucción de la areola y la importancia de la simetría

Una vez conseguido el volumen y la forma deseados, se ultima la segunda y última fase de la reconstrucción mamaria en los casos necesarios. Tan importante es la forma y el volumen conseguido, como el aspecto general y la simetría del tórax de la paciente. Pasados varios meses de la reconstrucción mamaria, se crea la areola y el pezón. La areola se obtiene del pliegue inguinal posterior y el pezón se reconstruye con técnicas que utilizan tejido local. De manera opcional, se puede recurrir a la micropigmentación de la areola para conseguir mayor similitud con la areola de la otra mama. Se iguala la mama sana contralateral si fuera necesario. Para ello se utilizan técnicas estándar en cirugía plástica (aumento, elevación o reducción mamaria) para obtener una posición, volumen y forma, similares a la mama reconstruida.



Existen varios procedimientos complementarios para tratar pequeñas irregularidades y mejorar el aspecto de la piel radiada, entre los que destaca el injerto de grasa (Lipofilling). La grasa obtenida del abdomen o muslos es tratada y purificada antes de ser injertada mediante inyección en las áreas elegidas.

Reconstrucción mamaria en pacientes con riesgo de cáncer hereditario

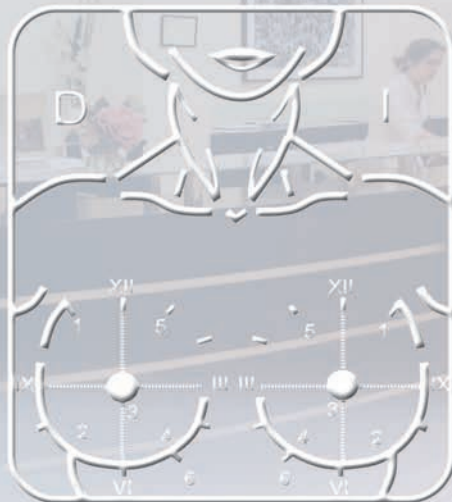
Solo entre el 5 y el 10% de todos los cánceres de mama tienen un origen hereditario. La presencia de mutación genética en uno de los genes que hasta ahora se saben relacionados con el cáncer de mama supone un riesgo alto de desarrollar la enfermedad a lo largo de la vida, especialmente en pacientes jóvenes.

Para minimizar ese riesgo existen procedimientos quirúrgicos que disminuyen las posibilidades de desarrollar la enfermedad en estas mujeres portadoras de mutación, por encima del 90%. Así la incidencia de cáncer de mama descrita en pacientes sometidas a cirugía reductora de riesgo es muy baja (0-3%).



La finalidad de la cirugía no es solo reducir el riesgo de padecer un cáncer de mama, sino también la de eliminar la preocupación y la ansiedad que genera en estas mujeres el saber que son portadoras de una mutación y, de este modo, mantener su salud emocional.

Es esencial que estas mujeres se dirijan a una unidad especializada en consejo genético, donde un equipo multidisciplinar de profesionales (oncólogos, cirujanos plásticos, psicólogos y enfermeras dedicadas a la mama) le explicarán y resolverán todas sus dudas.



El Centro de Patología de la Mama se crea, a mediados de los años 70, bajo la dirección científica del Dr. Armando Tejerina y con la finalidad de ofrecer una asistencia integral en esta área de la medicina.

Desde su fundación, hace casi 40 años, se ha distinguido por perseguir la mejor calidad diagnóstica en la detección precoz del cáncer de mama y por su decidida apuesta a la hora de incorporar las nuevas tecnologías y

avances médicos, tanto en tratamientos, como en materia de investigación.

La promoción de la salud, divulgación científica y fomento de nuevas investigaciones en relación con el cáncer en general, y el cáncer de mama en particular, también han sido siempre una prioridad para el Centro, por lo que la realización de esta Guía de orientación dirigida a todas las mujeres, era un punto obligado.



José Abascal 40
28003 Madrid
Tel.: 91 447 46 21
Fax: 91 446 02 53
info@cpm-tejerina.com
www.cpm-tejerina.com

www.cpm-tejerina.com