

Reconstrucción Mamaria Inmediata con Expansores o Prótesis

Dr. A. de la Fuente, Dr. J. Franco Rodil ■

Resumen

Definición y diferentes nombres con los que se denomine la técnica.

La reconstrucción mamaria inmediata postmastectomía por medio de expansores y/o prótesis aporta importantes beneficios a las pacientes tanto desde un punto de vista físico como psíquico; hay que tener en cuenta que la paciente sale de quirófano con la mama reconstruida desde la primera intervención, evitando tiempos intermedios donde las secuelas de la mastectomía pueden afectar anímicamente a la paciente.

Indicaciones y Contraindicaciones de la técnica.

Este método de reconstrucción mamaria estaría indicado cuando tras la exéresis quirúrgica queda piel suficiente como para cubrir una prótesis mamaria y siempre que se haya podido conservar una adecuada cobertura muscular ya que el implante ha de quedar situado en un plano submuscular. En cambio, en situaciones de piel o músculo pectoral insuficientes o en pacientes con una mama contralateral hipertrófica, será necesario un tiempo intermedio en el que se coloca una prótesis expansora para dilatar los tejidos antes de proceder a la implantación de la prótesis definitiva.

Método o descripción abreviada de la técnica.

Consiste en disecar un bolsillo submuscular una vez efectuada la mastectomía para la colocación inmediata de un expansor o prótesis. La elección de uno u otro dependerá básicamente de la cantidad y calidad de tejidos disponibles para la cobertura del expansor/prótesis postmastectomía.

Desventajas de la técnica:

- Mayor tiempo quirúrgico.
- Incremento en la morbilidad (colgajos cutáneos finos, musculatura debilitada).
- Riesgo de necrosis-infección-extrusión.
- Problema en cuanto a planificación de la intervención.

Tras la realización de una mastectomía, como consecuencia de un cáncer de mama, las mujeres han de enfrentarse inicialmente no solo al trauma que representa la propia enfermedad y las graves consecuencias que de ella se derivan, sino también al hecho de sufrir la pérdida de un órgano específico de suma importancia no sólo en el aspecto físico y sexual sino también en el plano emocional. Ello puede motivar graves repercusiones desde el punto de vista anímico y de imagen corporal que pueden afectar la estabilidad emocional de la paciente creando, ocasionalmente, incluso serios problemas de adaptación sociales y familiares.

En este contexto, la finalidad de la reconstrucción mamaria es conseguir paliar en la medida de lo posible estos efectos negativos físicos y psíquicos mediante la recreación de una nueva mama, que permita a la paciente llevar una adecuada calidad de vida sin necesidad de cambiar sus hábitos de vida en todo aquello relacionado con vestimenta, vida social, deportes, etc.

En los últimos años, se han desarrollado diferentes técnicas quirúrgicas que permiten conseguir unos resultados acordes con las expectativas señaladas, consiguiendo en la mayoría de los casos acomodarse a las peculiaridades de cada uno.

...continuación

La premisa básica que hemos de perseguir en toda reconstrucción mamaria, es una mama de adecuado tamaño y características similares a la mama contralateral, si bien hemos de ser conscientes de las limitaciones, y así hemos de hacerlo saber a la paciente de modo que pueda tomar su decisión libremente en base a unas expectativas reales. Como consecuencia de ello en muchos de los casos de reconstrucciones que no sean bilaterales, será conveniente actuar asimismo sobre la mama contralateral con objeto de conseguir una adecuada **simetría** final entre ambas mamas. Así, puede requerirse en función de la forma y tamaño una intervención de reducción, para ajustar el tamaño, o una elevación o mastopexia e incluso, en algunos casos, aumento de la mama contralateral.

Asimismo en aquellos casos en que existe un criterio oncológico en relación a la mama contralateral, somos partidarios de realizar en una mastectomía subcutánea profiláctica si es posible incluso en el mismo tiempo.

En relación al momento en que se realiza la reconstrucción, ésta puede llevarse a cabo en el mismo momento de la mastectomía, lo que denominamos **RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA**, o transcurrido un plazo mínimo de 3 a 6 meses en el caso de la **RECONSTRUCCIÓN DIFERIDA**. En el primer supuesto, la reconstrucción no debe interferir con las terapias asociadas de Radio, Químico u Hormonoterapia. En el caso de la reconstrucción diferida, es preferible una reconstrucción precoz una vez finalizado el tratamiento completo.

En los últimos años venimos realizando cada vez con más frecuencia la reconstrucción de forma inmediata por las ventajas que conlleva para el paciente¹ tanto desde el punto de vista quirúrgico, por cuanto se ahorra una intervención y se acorta el tiempo total de reconstrucción, como desde el psíquico ya que el paciente suele verse normalmente con un cierto componente de reconstrucción, en lo que se refiere al volumen, u ocasionalmente, en determinados casos con la reconstrucción finalizada a falta únicamente del tiempo quirúrgico encaminado a la reconstrucción del complejo areola-pezones. Todo esto contribuye a un beneficio psicológico para el paciente y a una más pronta recuperación de su imagen corporal. Como desventajas habría que mencionar un mayor tiempo de interven-



Aspecto preoperatorio previo a la realización de mastectomía simple con reconstrucción inmediata en mama izquierda y mastectomía subcutánea profiláctica con reconstrucción inmediata en mama derecha.



Postoperatorio tras reconstrucción bilateral finalizado el periodo de expansión y sustituidos los expansores por las prótesis definitivas.



Postoperatorio a los 6 meses, la reconstrucción del complejo areola-pezones se ha efectuado mediante injerto de piel de región inguinal. El pezón se ha reconstruido tomando la mitad del pezón contralateral.



Paciente intervenido con anterioridad de mastectomía total en mama izquierda, a la que se va a realizar una mastectomía total en mama derecha y a continuación reconstrucción mamaria bilateral (diferida en mama izquierda, inmediata en mama derecha).



Postoperatorio tras reconstrucción bilateral finalizado el período previo de expansión y sustituidos los expansores por las prótesis definitivas.



Postoperatorio a los 6 meses, una vez realizada la reconstrucción bilateral del complejo areola-pezones, mediante injertos de piel tomados de región inguinal. Reconstrucción bilateral del pezón mediante colgajos locales.

ción que hay que sumar al de la mastectomía, así como un mayor riesgo de complicaciones, si bien con la experiencia suficiente no superaría significativamente al de la reconstrucción diferida.

Existen varias técnicas de reconstrucción de mama^{1,2,3} y la utilización de una u otra está en función de las características de la paciente (cantidad y calidad de tejido disponible, características de la mama contralateral, hábito corporal, etc). Cada paciente debe ser evaluada individualmente, no sólo en lo que concierne a la exploración física, sino también en cuanto a su deseo de recuperar la mama y su disposición a someterse a la cirugía². Lo ideal es emplear el método más simple y que consiga buenos resultados, por lo que nos inclinamos por la reconstrucción mediante la aplicación de una prótesis expansora o bien la prótesis definitiva cuando ello es posible (si la mama a reconstruir es de tamaño pequeño o moderado y se ha podido preservar piel suficiente durante la cirugía) en el momento de finalizarse la mastectomía.

El tratamiento del cáncer de mama debe plantearse con un enfoque multidisciplinario, en el que cirujanos generales o ginecólogos, oncólogos, radioterapeutas y cirujanos plásticos actúen de forma coordinada, de tal forma que el tratamiento no acabe en la resección quirúrgica y en los posibles tratamientos complementarios, sino que incluya en todos los casos que sea factible y conveniente, esté indicado y el paciente así lo desee la reconstrucción de la mama de forma inmediata.

Tal como hemos señalado, si tras la exéresis quirúrgica, independientemente de cual sea, queda piel suficiente como para cubrir una **prótesis mamaria**, ésta puede ser implantada directamente, siempre que sea posible conseguir una adecuada cobertura muscular, ya que es obligado para evitar problemas de inmediato o a corto o largo plazo que el implante quede situado y totalmente cubierto al menos en sus dos terceras partes por un plano submuscular, empleando para ello fundamentalmente el músculo pectoral mayor, por lo que es obligado no sólo la preservación del mismo, sino que el volumen del implante no supere dicha capacidad. En caso contrario o en situaciones de piel insuficiente o pacientes con una mama contralateral



tolerancia de los tejidos y de la propia paciente.

En nuestra experiencia y aunque no todos los casos lo permiten, cada vez conseguimos colocar un mayor número de implantes directamente evitando el tiempo intermedio de expansión y todo el proceso que ello conlleva, en términos de tiempo, intervención, coste, etc.

Tanto si hemos colocado un expansor como una prótesis, hemos de **intentar conseguir la mayor simetría posible entre ambas mamas** por lo que muy frecuentemente habremos de tratar la mama contra-

...continuación

con cierto grado de hipertrofia se requiere el empleo de un tiempo intermedio en el que colocaríamos una prótesis expansora con objeto de dilatar tanto el plano muscular, fundamental a la hora de conseguir un adecuado recubrimiento, como el plano cutáneo. Una vez conseguido el bolsillo adecuado para la colocación del implante y transcurrido un plazo de unos 2-3 meses, procedemos a la retirada del expansor y a su sustitución por la prótesis definitiva. Existe la opción de expansores permanentes, si bien aunque el concepto es interesante por ahorrarse, en estos casos, un tiempo quirúrgico, por el momento adolecen de una serie de defectos como limitación de formas y volúmenes, presencia de una válvula, etc., que no suelen satisfacer en igual grado a las pacientes.

El expansor está confeccionado con un material y forma muy similares al implante, si bien existe menor variedad de tamaños y volúmenes. Dispone de un dispositivo accesible de forma transcutánea para poder ser llenado progresivamente con suero salino. Se coloca de forma similar a una prótesis, es decir, en un plano submuscular. La expansión ha de realizarse de forma lenta pero continua. Normalmente se expanden unos 100 ml. por semana, aunque esto es variable, dependiendo de la

lateral, de modo que la paciente pueda llevar una vida normal, sin limitaciones en cuanto se refiere a prendas de vestir u otras situaciones típicas de la vida cotidiana que puedan menoscabar el objetivo final pretendido de recuperar su equilibrio físico y psíquico, permitiéndole llevar una vida normal en todos los aspectos⁴.

El tratamiento suele completarse con la **reconstrucción del complejo areola-pezones**⁵. Si bien la mayoría de las pacientes se inclina por esta opción, otras sin embargo se dan por satisfechas con la recreación de un volumen mamario que les permita llevar su ropa y realizar sus hábitos de vida de forma adecuada.

Nuestro método de elección para la reconstrucción del complejo areola-pezones es mediante un injerto de piel tomado de la región inguinal que recrea con bastante similitud la coloración y textura de la piel areolar, y compartiendo el pezón contralateral, en el caso de que tenga suficiente tamaño para llevarse esto a cabo, o en caso contrario, por medio de plastias locales hasta conseguir crear un "botón" que simule la forma y dimensiones del pezón .

Consideramos que la reconstrucción mamaria de forma inmediata es un procedimiento que aporta conside-

rables beneficios a todas aquellas pacientes que una vez diagnosticadas de cáncer de mama consideran la reconstrucción como una opción. Creemos que las ventajas que ofrece compensan los posibles riesgos y que los beneficios que reporta cualquier tipo de reconstrucción llevada a cabo con éxito, tanto desde el punto de vista psíquico como físico, están fuera de toda discusión, si bien no hay que olvidar que al igual que cualquier otra cirugía no está exenta de posibles riesgos y complicaciones. Por tanto es nuestra opinión que ante una situación de este tipo cualquier paciente debe de ser informada amplia y de forma claramente inteligible de todos los pormenores de la intervención, sus pros y contras, posibles riesgos y complicaciones, etc., pero asimismo se le debe ofrecer la posibilidad de una recostrucción inmediata en todos los casos en que el especialista considere que está indicado y la paciente lo desee de tal forma que pueda optar libremente a esta decisión ■



autor

Dr. A. de la Fuente

Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
Hospital Ruber Internacional
E-mail: delafuente@cirugia-plastica.net

Dr. J. Franco Rodil

Especialista Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
Hospital Ruber Internacional

BIBLIOGRAFÍA

1. Bostwick, J., Vasconez, L.O., and Jurkiewicz, M.J. Breast reconstruction after a radical mastectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 61: 682, 1978.
2. Andrade, W. N., Baxter, N., and Semple, J. L. Clinical determinants of patient satisfaction with breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 107: 46, 2001.
3. Guthrie, R. H., and Cucin, R. L. Breast reconstruction after mastectomy: Problems in position, size, shape. *Plast. Reconstr. Surg.* 65: 595, 1980.
4. Rosenqvist, S., Sandelin, K., and Wickman, M. Patients' psychological and cosmetic experience after immediate breast reconstruction. *Eur. J. Surg. Oncol.* 22: 262, 1996.
5. Wellisch, D. K., Schain, W. S., Noone, R., et al. The psychological contribution of nipple addition in breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 80: 699, 1987.