

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA



¿Qué es la reconstrucción mamaria?

Es el conjunto de técnicas quirúrgicas orientadas a recrear una mama de aspecto similar a la de la propia mujer después de haber necesitado realizar una cirugía en la mama, generalmente por un proceso oncológico.

¿Quién puede optar a la reconstrucción mamaria?

En el pasado, el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama se limitaba a la extirpación de la mama (mastectomía), de tal modo que las mujeres a quien se realizaba esta intervención tenían que acostumbrarse a vivir con las secuelas de su enfermedad.

Actualmente, la reconstrucción mamaria se encuentra integrada dentro del tratamiento del cáncer de mama, y cualquier mujer que a quien se haya realizado o vaya a realizarse una resección total o parcial de la mama puede ser candidata a una reconstrucción.

¿Qué ventajas tiene la reconstrucción mamaria?

En primer lugar, lo más importante es señalar que todas las técnicas reconstructivas son seguras y no implican efectos perjudiciales sobre la enfermedad de base, que es el cáncer de mama.

Numerosos estudios han probado los beneficios de la reconstrucción sobre multitud de aspectos psicológicos: la autoestima, la auto imagen corporal, las relaciones sociales, la función sexual, etc. Pero además, también supone un impacto positivo sobre ciertas secuelas físicas, como una disminución del riesgo de desarrollar linfedema o hinchazón del brazo debido a dificultades en el flujo de los vasos linfáticos. Todo lo anterior supone a las pacientes una mejoría significativa de su calidad de vida.

¿En qué momento puede realizarse la reconstrucción?

Siempre que sea posible, lo ideal es recurrir a la reconstrucción inmediata, es decir, reconstruir la mama en la misma operación en la que se realiza la mastectomía. De este modo se reducen las cicatrices, la mujer se ahorra tener que pasar por una segunda intervención y se le evita la experiencia de verse sin la mama.

Hay mujeres que en un primer momento rechazan la reconstrucción (siempre podrá considerarse su realización si cambia de opinión con el tiempo). También puede ocurrir que el empleo de técnicas más complejas o la existencia de problemas médicos asociados haga aconsejable retrasar la reconstrucción. Por otra parte, la reconstrucción inmediata exige una colaboración estrecha entre el ginecólogo que extirpa la mama y el cirujano plástico que la reconstruye, situación que resulta imposible en hospitales que carecen de servicio de Cirugía Plástica, por lo que es necesario retrasar la reconstrucción y derivar a la mujer a otro centro. En las situaciones referidas, se optará por practicar una reconstrucción diferida, es decir, en una segunda intervención.

¿Qué técnica reconstructiva es la más adecuada?

En general, las técnicas reconstructivas se clasifican en aquellas que utilizan prótesis y las que usan tejidos de la propia mujer (conocidos como colgajos).

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA



Existen multitud de factores a tener en cuenta a la hora de elegir una técnica u otra. En los últimos años se ha desarrollado una mayor tendencia a la utilización de colgajos debido a las ventajas que aportan sobre las prótesis, aunque hay mujeres que por su constitución física no disponen de tejido suficiente como para plantear una reconstrucción adecuada y en estos casos se opta por la reconstrucción con prótesis. Las principales ventajas de este tipo de técnicas son la ausencia de cicatrices en otras áreas corporales (ya que no es necesario extraer tejido de otras partes de cuerpo) y la mayor rapidez de recuperación.

No es recomendable utilizar prótesis en mujeres que hayan recibido o vayan a recibir radioterapia. Sin embargo, sí que pueden usarse técnicas mixtas en las que la prótesis se recubre de tejido de la paciente (normalmente músculo de la espalda), de tal modo que se protege de la radiación y de los efectos perjudiciales que ésta pueda ejercer sobre la prótesis.

En cuanto a la reconstrucción mediante técnicas de colgajo, los tejidos se pueden extraer de diferentes zonas, pero es de elección la denominada reconstrucción mediante colgajo DIEP. Se extrae piel y grasa del abdomen con sus vasos sanguíneos correspondientes y se crea una nueva mama uniendo estos vasos a la circulación de la zona receptora mediante microcirugía. Es un procedimiento más complejo que conlleva un periodo postoperatorio más largo e incómodo debido a la cicatriz abdominal resultante. Sin embargo, las ventajas son significativas. Por un lado, desaparecen los inconvenientes de la cirugía protésica, como puede ser la necesidad de cambiar la prótesis cada cierto intervalo de tiempo. Por otra parte, la mama se reconstruye a partir de tejido de la propia paciente y por tanto se comportará como tal: si la mujer engorda o se queda embarazada, aumentará de volumen; si adelgaza, disminuirá; con el paso del tiempo caerá igual que la otra mama, de tal modo que se mantendrá la simetría. La cicatriz abdominal quedará oculta bajo la ropa interior o el bikini, con la ventaja adicional de una reducción apreciable del contorno abdominal.

Es fundamental que, en caso de que la mujer fume, abandone el tabaco inmediatamente debido a los efectos negativos que puede ejercer sobre la nueva mama. Si la mujer padece sobrepeso es recomendable que adelgace en la medida de lo posible antes de la intervención.

¿Cuáles son las secuelas de este tipo de intervención?

No hay cirugía sin cicatrices. En el caso de la técnica de elección, la reconstrucción inmediata mediante colgajo DIEP, queda una cicatriz circular donde antes se localizaban el pezón y la areola (que se extirpan en la mastectomía), otra alrededor del ombligo y una cicatriz horizontal en el abdomen. También es necesario recalcar que se producirá una importante pérdida de sensibilidad en la nueva mama.

La paciente recibirá el alta de 2 a 5 días después de la operación. Debe llevar un sujetador especial y una faja durante un mes, además de guardar reposo relativo (principalmente debe evitar levantar peso y cualquier movimiento que implique estirar los brazos por encima de la cabeza).

Considerando que la simetría es uno de los objetivos primordiales en toda reconstrucción mamaria, en ocasiones es necesario modificar la otra mama haciendo uso de diversas técnicas quirúrgicas, que pueden incluir reducción o aumento y/o elevación.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA



En caso de que el resultado final no sea totalmente satisfactorio por cuestiones relacionadas con el volumen, la forma o el contorno de la mama, puede recurrirse a una nueva intervención llamada lipo modelado o lipofilling. Esta técnica consiste en extraer grasa de otras áreas corporales de la mujer (abdomen, muslos, glúteos) mediante liposucción para inyectarla en las zonas deseadas.

Una vez que la nueva mama se haya estabilizado y el resultado visible sea el definitivo (de 3 a 6 meses tras la reconstrucción o, si la mujer ha recibido radioterapia, 3 meses después de la última sesión) se reconstruirán la areola y el pezón. Se trata de una intervención que normalmente se realiza de manera ambulatoria y con anestesia local. La areola puede reconstruirse mediante cirugía o puede tatuarse en centros especializados. La sensibilidad, al igual que en el resto de la mama, no se restablecerá.

Esta última intervención supone el final de un proceso que permite que la mujer vea restaurada su integridad corporal y pueda continuar con su vida sin tener que preocuparse de la imagen que la sociedad tiene de ella.

