



# Opciones de reconstrucción mamaria

THE UNIVERSITY OF TEXAS  
MDAnderson  
Cancer Center

Making Cancer History®



# Opciones de reconstrucción mamaria

## Índice

<b>Reconstrucción mamaria</b> .....	1
¿Puedo realizarme una reconstrucción mamaria? .....	1
¿Debo hacerme una reconstrucción mamaria? .....	1
¿Cuándo puedo hacerme una reconstrucción mamaria? .....	2
<b>Opciones para la reconstrucción mamaria</b> .....	4
Con implantes solamente .....	4
Uso de tejido propio (Reconstrucción autóloga) .....	5
Uso de implantes y de tejido propio .....	10
Cirugía de revisión, cirugía para lograr simetría o para restablecer el equilibrio .....	11
Reconstrucción del pezón y la areola .....	11
Cirugía para conservar la mama .....	12
<b>Preguntas para tener en cuenta</b> .....	13
¿Qué preguntas debo hacerle al cirujano plástico? .....	13
¿Cuánto tiempo lleva completar la reconstrucción mamaria? .....	13
¿Existen riesgos asociados a la reconstrucción mamaria? .....	14
¿Qué sucede si necesito quimioterapia o me voy a someter a este tratamiento? .....	14
¿Qué sucede si necesito radioterapia o me voy a someter a este tratamiento? .....	15
¿Afecta la reconstrucción mamaria el riesgo de reaparición del cáncer? .....	15
¿Hace que sea más difícil detectar el cáncer de mama? .....	15
¿Quién debe pagar los gastos de la cirugía de reconstrucción? .....	15
<b>Tomar una decisión</b> .....	16
<b>Recibir apoyo y más información</b> .....	16
¿Existen servicios de apoyo en el MD Anderson para brindarme ayuda? .....	16
¿Dónde puedo obtener más información? .....	18
<b>Glosario</b> .....	19
<b>Opciones de reconstrucción mamaria</b> .....	23

*Para el paciente y su familia...*

Este folleto está diseñado para las personas que están considerando la posibilidad de someterse a una reconstrucción mamaria, y también para sus familias y seres queridos. Tiene como fin brindar información más detallada sobre las opciones de reconstrucción mamaria y ayudarla con la visita *preoperatoria* con el cirujano plástico. Si tiene alguna pregunta que no hayamos respondido en este folleto, consulte a su médico, enfermera u otro miembro de su equipo de cuidados de la salud.

Las palabras en *cursiva* se definen en el glosario de este folleto. El glosario también contiene palabras que no se encuentran en el folleto. Se trata de palabras cuyo significado es “conveniente conocer” dado que pueden aparecer mientras habla con su médico.

## Reconstrucción mamaria

Durante la reconstrucción mamaria, el cirujano plástico vuelve a crear toda o parte de la mama que se ha extraído durante la cirugía. Esto se realiza con un implante o tejido de otra parte del cuerpo. El objetivo de la reconstrucción es lograr que las mamas se vean naturales y equilibradas cuando está vestida.

### ¿Puedo realizarme una reconstrucción mamaria?

Usted puede hacerse una reconstrucción mamaria, si:

- Se le diagnosticó cáncer de mama y se sometió o se va a someter a una *mastectomía* (extirpación quirúrgica de la mama).
- Se le diagnosticó cáncer de mama y se sometió o va a someterse a una cirugía para la conservación de la mama, tal como una mastectomía parcial o una nodulectomía (extirpación quirúrgica del tumor y del tejido mamario circundante).
- Se descubrió que tiene una mutación genética y se someterá a una *mastectomía profiláctica* (extirpación de la mama no cancerosa o *contralateral* para prevenir el cáncer).

Gracias a las mejoras en los planes de tratamiento, las técnicas de reconstrucción mamaria y los nuevos dispositivos médicos, usted ahora cuenta con muchas opciones. Los cirujanos pueden volver a crear una mama en el momento de la mastectomía o después de haberse sometido a este procedimiento. También pueden prevenir o corregir mamas defectuosas que pueden surgir con el tratamiento de conservación de la mama.

### ¿Debo hacerme una reconstrucción mamaria?

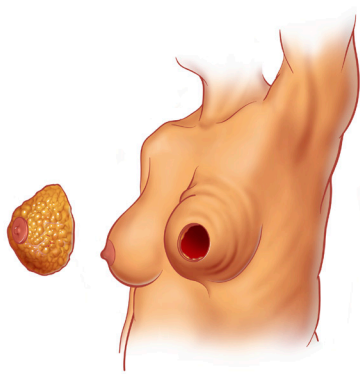
No. Algunas pacientes deciden que no están listas para someterse a una reconstrucción por varios motivos. Una mujer que no desea hacerse una reconstrucción mamaria puede elegir usar una *prótesis mamaria* (un dispositivo artificial para reemplazar la parte que falta de la mama). Esto permite un mejor calce de las prendas de vestir. También reduce la sensación de desequilibrio que puede provocar la ausencia de una mama o tejido mamario en algunas pacientes después de la cirugía de cáncer de mama. Las opciones incluyen el uso de un sostén con almohadilla de algodón suave o silicona en el lado de la mastectomía.

## ¿Cuándo puedo hacerme una reconstrucción mamaria?

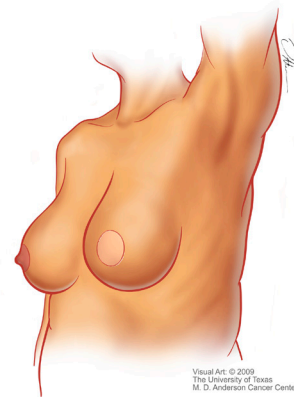
La mayoría de las reconstrucciones mamarias pueden hacerse al mismo tiempo que la mastectomía. Esto se denomina reconstrucción inmediata.

La reconstrucción también puede realizarse semanas, meses o años más tarde. Esto se denomina reconstrucción diferida y se lleva a cabo una vez que haya completado cualquier otro tratamiento contra el cáncer de mama, como *quimioterapia* o *radioterapia*, o cuando decida hacerse la reconstrucción. (Figura 1)

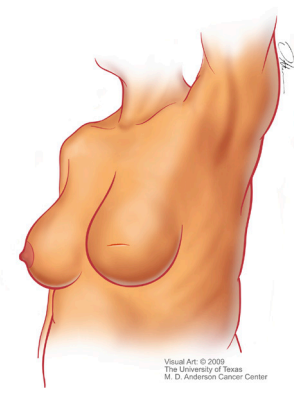
### Reconstrucción inmediata



Durante la mastectomía se extrae el tejido mamario y se deja parte de la piel.

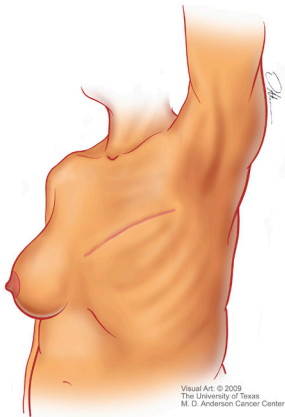


El colgajo de tejido inmediatamente recrea el montículo mamario con un pequeño parche de piel visible.

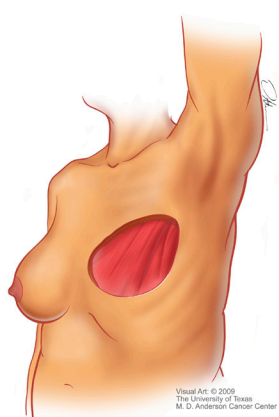


El expansor de tejido (o implante) recrea el montículo mamario y el resultado es una cicatriz horizontal.

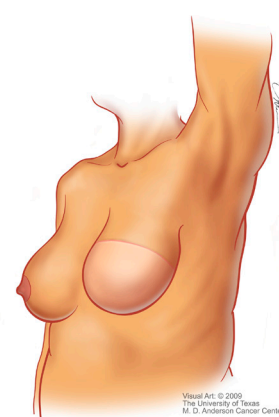
### Reconstrucción diferida



Durante la mastectomía se extrae el tejido mamario y la mayor parte de la piel. Después de la cirugía, desaparece el montículo mamario.



Para la reconstrucción, se necesita una cirugía adicional que permita adjuntar el colgajo de tejido o colocar un implante para crear el montículo mamario.



Después de la cirugía reconstructiva, la mama presenta un parche de piel más grande del colgajo de tejido.

Figura 1. Reconstrucción inmediata y diferida

La elección de someterse a una reconstrucción inmediata o diferida depende de muchos factores, entre ellos:

- La etapa del cáncer de mama
- Su condición médica
- Su preferencia y estilo de vida
- Las terapias adicionales (como la radioterapia) que se necesitan para tratar el cáncer de mama

### Ventajas y desventajas de la reconstrucción inmediata y retrasada

	Ventajas	Desventajas
Reconstrucción inmediata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos riesgo de enfrentar complicaciones sociales o emocionales (nunca se verá sin una mama)</li> <li>• Puede tener mejores resultados estéticos</li> <li>• Posiblemente requiera menos cirugías y sea menos costosa</li> <li>• No hay diferencia en el índice de desarrollo (crecimiento) de recurrencias tumorales locales</li> <li>• No hay diferencia en la posibilidad de encontrar recurrencias tumorales locales</li> <li>• No existen demoras significativas para recibir otros tratamientos (como quimioterapia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es más difícil detectar necrosis del colgajo de la mastectomía (cuando la piel que queda después de la mastectomía tiene problemas con el suministro de sangre y muere)</li> <li>• Mayor tiempo de estadía en el hospital que si sólo se realiza la mastectomía</li> <li>• Mayor tiempo de recuperación que si sólo se realiza la mastectomía</li> <li>• Pueden producirse más cicatrices y posibles complicaciones que si sólo se realiza la mastectomía</li> </ul>
Reconstrucción diferida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La <i>terapia adyuvante</i> (tratamientos tales como la radioterapia, que se realizan después de la mastectomía) no causa problemas en el lugar de la reconstrucción</li> <li>• Le da más tiempo para pensar sobre las opciones de reconstrucción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cicatriz de la mastectomía más grande en la pared torácica</li> <li>• Requiere una cirugía independiente y tiempo de recuperación adicional al período de recuperación que requiere la mastectomía</li> <li>• A veces, resulta difícil realizar la reconstrucción después de que haya habido cicatrización</li> <li>• Resultados estéticos menos óptimos</li> </ul>

# Opciones de reconstrucción mamaria

**¿Cuáles son las opciones de reconstrucción mamaria que tengo si me someto a una mastectomía?**

**¿Qué método puede ser el más adecuado para mí?**

Las opciones de reconstrucción pueden dividirse en 3 categorías generales:

1. Implante solamente
2. Uso de tejido propio solamente
3. Implante y tejido propio

Junto con el cirujano plástico, debe analizar el método que resulte más adecuado para usted. Esto depende de muchos factores, que incluyen:

- Forma del cuerpo
- Cirugías anteriores
- Estado de salud actual
- Necesidades de tratamiento
- Preferencias u objetivos personales

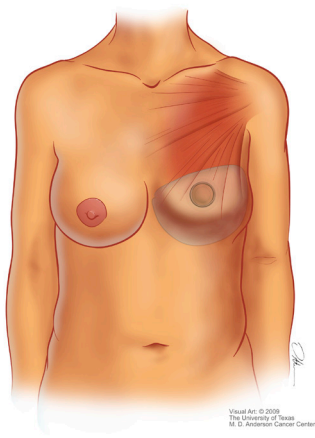
Durante la cita con el médico, usted y el cirujano hablarán acerca de los riesgos, los beneficios y las alternativas para cada una de las opciones. También, analizará los resultados esperados de la reconstrucción. Independientemente de la opción que elija, es importante que tenga en cuenta que el proceso puede requerir varias cirugías y que llevará tiempo alcanzar el resultado final.

## Con implantes solamente

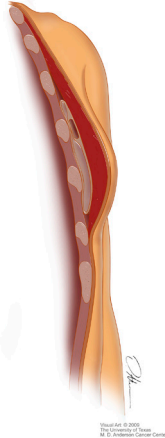
La reconstrucción con implantes ofrece un resultado estético aceptable sin necesidad de usar tejido de otra parte del cuerpo. Luego de la cirugía, el cirujano plástico insertará un *expansor de tejido* en la bolsa de piel que queda después de la mastectomía. Este implante puede colocarse por encima o debajo del músculo. En algunas pacientes, en el momento de la mastectomía puede colocarse un implante permanente en lugar de un expansor de tejido. Pregúntele al cirujano plástico si esta es una opción adecuada para usted o si se recomienda el expansor de tejido. El expansor de tejido es un balón de *silicona* relleno con solución salina (agua salada estéril). La solución salina se agrega gradualmente al expansor en visitas ambulatorias al centro de cirugía plástica. El expansor de tejido se rellena con solución salina para ayudar a estirar el músculo y la piel hasta obtener el tamaño de mama deseado. A menudo, la piel se estira ligeramente más de lo necesario para lograr el tamaño deseado. Esto se debe a que la piel se contrae de forma natural cuando se extrae el expansor de tejido.

La cantidad de solución salina necesaria para cada expansión puede variar y depende de la tensión de la piel. La mayoría de las pacientes no sufren muchas molestias ni dolor con la expansión tisular. El proceso para estirar la piel de la mama suele tardar de 2 a 3 meses. Puede demorar más tiempo si se requieren otros tratamientos para el cáncer como, por ejemplo, quimioterapia. Una vez que el músculo y la piel se han estirado hasta lograr el tamaño deseado, el expansor se deja en el lugar durante 1 a 3 meses. Luego, se programa una cirugía ambulatoria para extraer el expansor de tejido y reemplazarlo con un implante permanente. (Figura 2)

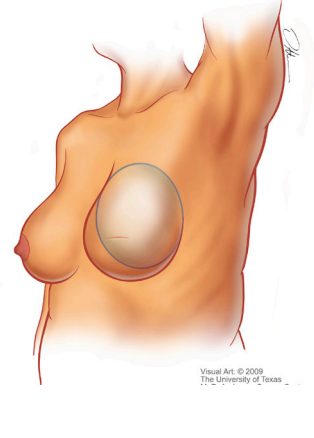
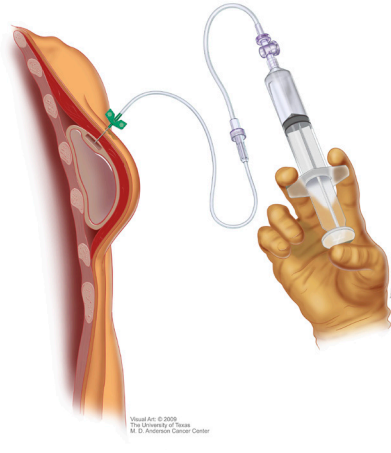
Los implantes permanentes son mucho más blandos que el expansor de tejido. El implante permanente



Después de la mastectomía, el expansor de tejido se coloca debajo de la piel y puede ubicarse debajo del *músculo pectoral mayor*.



La solución salina se agrega al expansor de tejido en la clínica.



El implante final se coloca una vez retirado el expansor de tejido.

Figura 2. Proceso de expansión del implante

se rellenará con solución salina o silicona. Tanto los implantes de solución salina como los de silicona son seguros y están disponibles para la reconstrucción mamaria. Ambos tipos de implantes vienen en varias formas y tamaños. El cirujano analizará con usted las diferencias entre los distintos tipos de implantes y determinará qué tipo es el más adecuado para usted.

## Uso de tejido propio (Reconstrucción autóloga)

Estos procedimientos implican el uso de tejido (piel, grasa o músculo) de otra parte del cuerpo para reconstruir el *montículo mamario*. Esto puede incluir el uso de tejidos de espalda, abdomen (estómago), muslo o glúteo. En ocasiones, el tejido puede permanecer conectado al suministro de sangre mediante su rotación (esto se denomina *colgajos "pediculados"*). Sin embargo, en la mayoría de los casos, el tejido se separa del suministro de sangre y se anexa a un nuevo suministro de sangre más cercano al pecho (esto se denomina *colgajos "libres"*). Este procedimiento requiere un microscopio quirúrgico y se denomina "microcirugía".

Estas operaciones tienen 2 zonas quirúrgicas, lo que significa 2 áreas de cicatrización y posibles *complicaciones*: 1 en pecho y 1 en la *zona donante* de la cual se extrae el tejido. El tejido debe tener un suministro de sangre saludable para permanecer vivo. Fumar, la diabetes y otros problemas de salud pueden impedir que reciba estos procedimientos. Estos procedimientos emplean tejido que puede variar con el transcurso del tiempo, ya sea ampliarse o reducirse cuando usted sube o baja de peso. Para algunas pacientes, la reconstrucción autóloga brinda los mejores resultados y puede realizarse para todos los tipos de tamaños y formas.

## Uso de tejido abdominal (estómago)

La reconstrucción mamaria con el uso de tejido abdominal (estómago) para volver a crear el



montículo mamario brinda resultados más naturales que con cualquier otra técnica. La elección del tejido que se va a mover del abdomen al pecho para volver a crear el montículo mamario variará según cada persona. Depende de los vasos sanguíneos que irrigan el tejido del abdomen y de las habilidades del cirujano.

Los términos que se utilizan para describir el colgajo que se toma del abdomen pueden ser confusos, pero entender la composición del abdomen puede ser de ayuda. (Figura 3) La pared abdominal se compone de varias capas y la piel es la capa más externa. Debajo de la piel se encuentra una capa de grasa. A continuación, sigue una capa de tejido que se conoce como fascia, que es resistente y ayuda a evitar que los intestinos sobresalgan. Debajo de la fascia hay una capa de músculo que se conoce como músculo recto del abdomen (el músculo de la “tableta” abdominal).

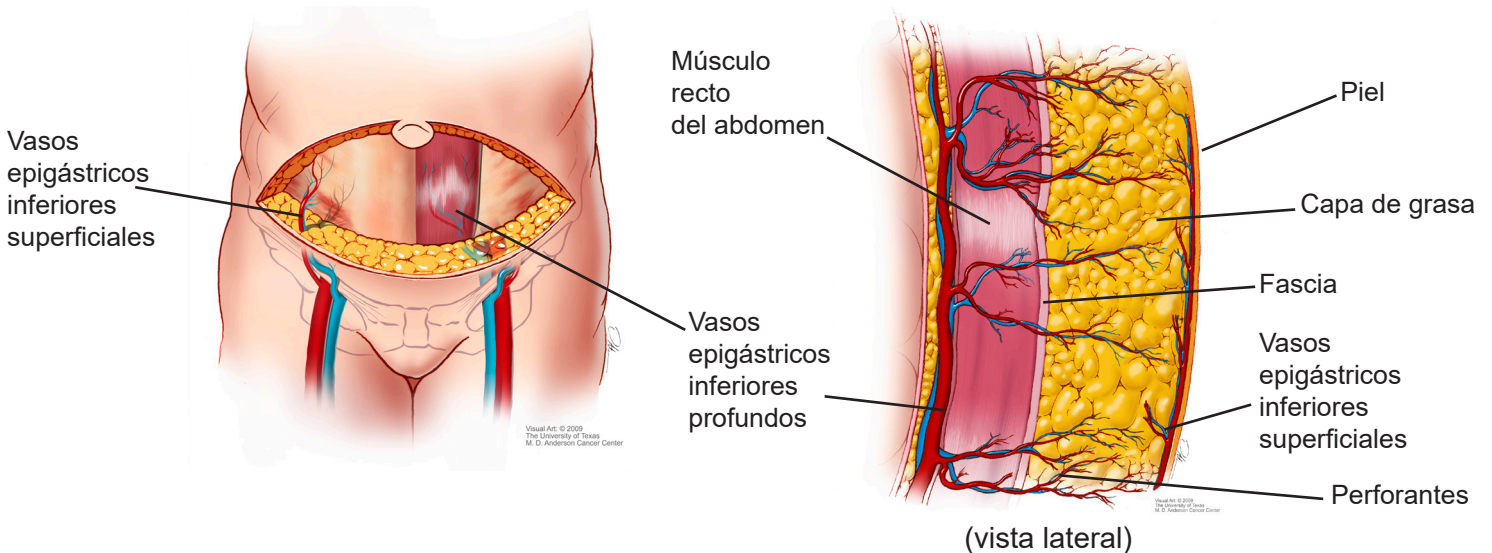


Figura 3. Anatomía del abdomen

Dos vasos sanguíneos suministran sangre a este músculo: la arteria y la vena epigástrica superior profunda, y la arteria y la vena epigástrica inferior profunda. La arteria y la vena epigástrica inferior profunda tienen vasos sanguíneos más pequeños que se desprenden y se desplazan a través del músculo recto del abdomen para suministrar sangre a la capa de grasa y a la piel. Los vasos sanguíneos más pequeños se denominan “perforantes”. Otro conjunto de vasos sanguíneos conocidos como arterias y venas epigástricas inferiores superficiales también pueden ayudar con el suministro de flujo sanguíneo al tejido graso y a la piel. Estos vasos sanguíneos se encuentran en la parte superior de la capa de la fascia.

El tejido que se extrae del abdomen puede incluir todas estas capas del abdomen o solo algunas. Además, el tejido puede girarse hacia el pecho manteniendo el suministro de sangre (esto se denomina colgajo “pediculado”) o puede desconectarse del suministro de sangre y conectarse a un nuevo suministro de sangre en el pecho (esto se denomina colgajo “libre”).

A continuación se mencionan los diferentes tipos de colgajos del abdomen que pueden utilizarse para recrear un montículo mamario.

**Colgajo miocutáneo de recto abdominal transverso (TRAM) libre:** Este colgajo se desconecta del suministro de sangre y se conecta al suministro de sangre en el pecho. Se compone de piel, tejido graso y músculo, con o sin fascia. (Figura 4)

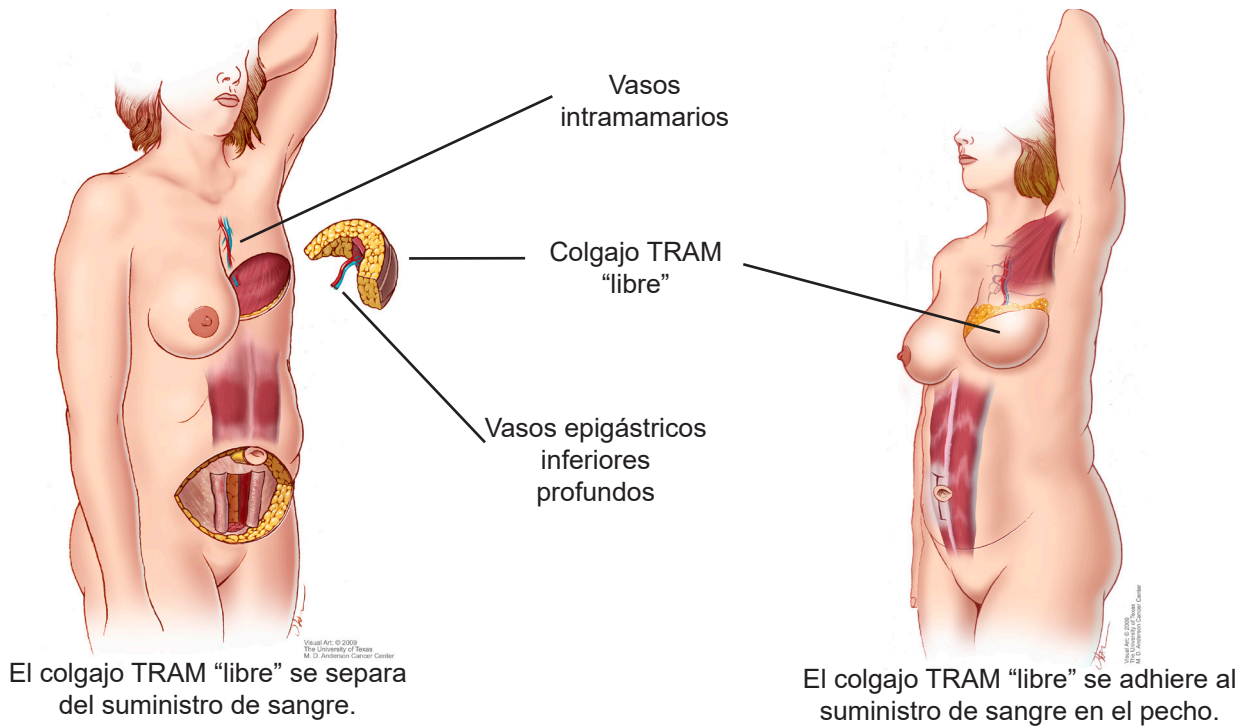


Figura 4. Colgajo miocutáneo de recto abdominal transverso (TRAM) libre

**Colgajos con conservación de músculo y colgajos de vasos perforantes:** Los avances en la técnica quirúrgica han permitido a los cirujanos disminuir la cantidad de músculo y fascia que se extrae con el colgajo. Se ha demostrado que esto reduce problemas, tales como debilidad abdominal, hernia y “bultos”, que pueden producirse como consecuencia de quitar parte de la estructura de apoyo y la fortaleza de la pared abdominal. Según la capacitación y la experiencia del cirujano, así como el tamaño y la disponibilidad de los vasos sanguíneos, es posible crear un colgajo extrayendo solo una pequeña cantidad de la fascia o el músculo o sin extraer nada.

**Colgajo TRAM libre con conservación de músculo:** Este colgajo se desconecta del suministro de sangre y se conecta al suministro de sangre en el pecho. Se compone de piel, tejido graso y una pequeña cantidad de músculo, con o sin fascia. La mayor parte de la fascia y el músculo no se tocan. (Figura 5)

**Colgajo libre de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP):** Este colgajo se desconecta del suministro de sangre y se conecta al suministro de sangre en el pecho. Se compone de piel, tejido graso, y la arteria y la vena epigástrica

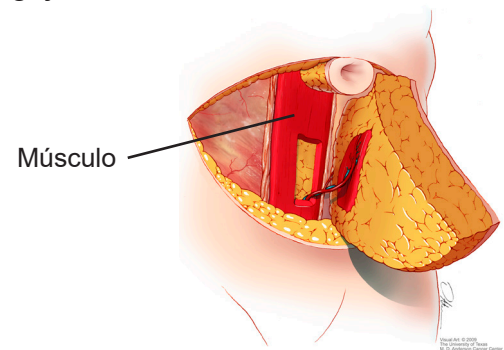


Figura 5. Colgajo TRAM con conservación de músculo

inferior profunda y sus perforantes (pequeños vasos sanguíneos). No se toma fascia ni músculo. (Figura 6)

### Colgajo de arteria epigástrica inferior superficial (SIEA)

**libre:** Este colgajo se desconecta del suministro de sangre y se conecta al suministro de sangre en el pecho. Se compone de piel, tejido adiposo, y la arteria y la vena epigástrica inferior superficial y sus perforantes (pequeños vasos sanguíneos). Debido al tamaño pequeño de la arteria y la vena epigástrica inferior superficial, este colgajo solo puede utilizarse en menos de 20 de cada 100 pacientes. (Figura 7)

Si una gran cantidad de la capa de la fascia debe extraerse con el colgajo, es posible que el cirujano deba reemplazar esa capa de apoyo para evitar que los intestinos sobresalgan. Se utiliza un material protésico, que a menudo se denomina “*malla*.”

Independientemente del tipo de colgajo que se use, pueden producirse problemas con el flujo sanguíneo en el colgajo. El cirujano controlará el flujo sanguíneo con una ecografía Doppler. Esta máquina emite una señal acústica que suena como el latido del corazón. También se controlarán el color y la temperatura de la piel del colgajo.

Si se produce un problema con el flujo sanguíneo, es posible que el cirujano la lleve nuevamente al quirófano para tratar de solucionarlo. Esto sucede en menos del 5 % (5 de 100) de los casos y a menudo el cirujano puede solucionar el problema. Si el problema no puede solucionarse (que sucede en raras ocasiones), es posible que deba analizarse otro método para la reconstrucción.

Todo colgajo dejará una cicatriz alrededor del ombligo, en el pecho en el sitio de la mastectomía y a lo largo de la parte baja del abdomen. La cicatriz del abdomen por lo general es lo suficientemente baja para ocultarla debajo de la ropa interior o un traje de baño, pero es larga y suele extenderse de una cadera a la otra. Debido a que tuvo una cirugía en el abdomen, la mayoría de los cirujanos le recomendarán no levantar peso o levantar algo que sea muy liviano (no superior a las 5-10 libras) durante 6 semanas. Esto podría causar una lesión en la pared abdominal y producir hernias y bultos. A menudo se necesitan más cirugías para mejorar la *simetría* de las mamas, la cicatriz en el abdomen o realizar la reconstrucción del *pezón* y la *areola*.

### Uso de otros sitios tisulares

El uso de tejido del muslo o del glúteo se emplea para las pacientes que:

- No tienen suficiente tejido en el abdomen
- Tienen suficiente tejido en el muslo o el glúteo para reconstruir una mama sin provocar una gran depresión (o hundimiento) en esa región
- No pueden utilizar su tejido abdominal debido a una cirugía anterior

Vasos epigástricos inferiores profundos

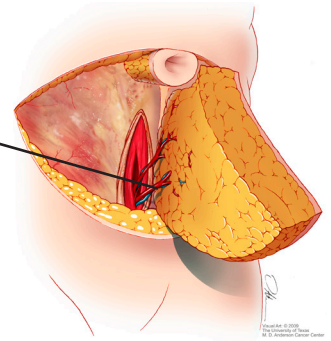


Figura 6. Colgajo DIEP

Vasos epigástricos inferiores superficiales

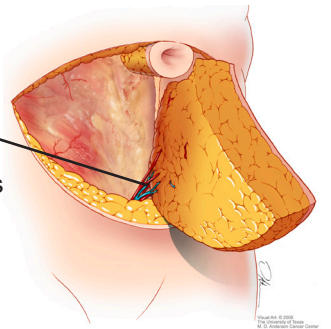


Figura 7. Colgajo SIEA

El colgajo de tejido que se toma de la región del muslo o el glúteo se compone de piel, tejido graso y vasos sanguíneos subyacentes que abastecen al tejido. Según la región en la que tenga más exceso de tejido, los colgajos pueden extraerse del área interna del muslo, que se abastece a través del vaso sanguíneo denominado vena y arteria femoral profunda, la parte superior del glúteo, que se abastece a través de los vasos sanguíneos conocidos como vena y arteria glútea superior, o de la parte inferior del glúteo, que se abastece a través de la vena y arteria glútea inferior. Al igual que sucede con los colgajos DIEP, estos colgajos se retiran de su suministro de sangre y se conectan al suministro de sangre en el pecho. Por lo tanto, también se los conoce como colgajos “libres”. Los nombres de estos colgajos son **colgajo de perforante de arteria profunda (PAP) o colgajo grácil superior transversal (TUG)** (Figura 8), y el **colgajo de perforante de arteria glútea inferior o superior (IGAP o SGAP)**. (Figura 9)

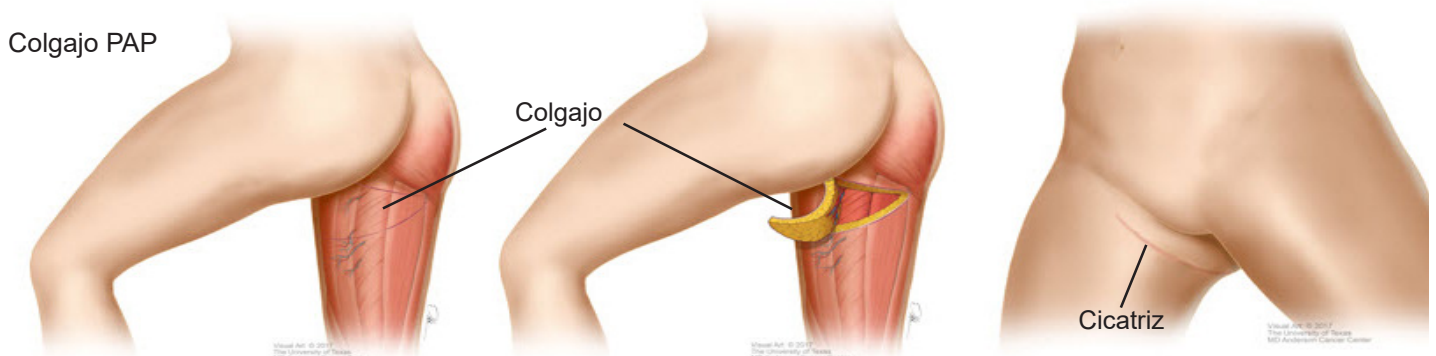


Figura 8. Los colgajos PAP o TUG se toman de la parte superior medial del muslo. La cicatriz resultante se encuentra a lo largo

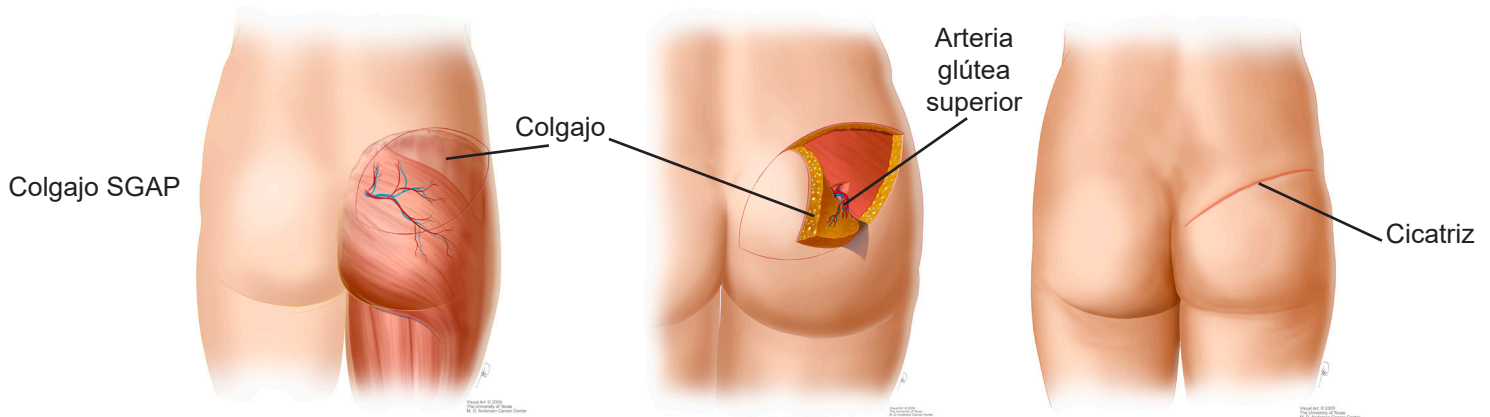


Figura 9. El colgajo IGAP se toma de la parte inferior del glúteo. La cicatriz resultante se encuentra en el pliegue del glúteo. El colgajo SGAP se toma de la parte superior del glúteo. La cicatriz resultante se encuentra en la parte superior del glúteo.

El área del muslo o el glúteo donde se toma el colgajo a menudo tendrá una depresión (o hundimiento) leve a moderada a lo largo de la cicatriz. Esto puede tener un aspecto diferente si solo se utiliza un lado. Si planea mastectomías bilaterales, estos colgajos pueden realizarse con 2 cirugías, 1 en cada lado, debido a la posición que se requiere en el quirófano para realizar la reconstrucción del colgajo.

## Uso de implantes y de tejido propio

### Uso de tejido de la espalda

Cuando se utiliza tejido de la espalda, se extrae el músculo de la espalda, denominado músculo dorsal ancho, y una parte de la piel y de la grasa que recubre este músculo (denominado plancha de piel). Este procedimiento se denomina colgajo dorsal ancho (LD). (Figura 10) El tejido de la espalda se extrae y desplaza hasta la parte frontal del pecho, con las arterias y las venas todavía adheridas. Debido a que la mayoría de las mujeres no tienen suficiente tejido graso en la espalda para volver a crear una mama usando solo el colgajo LD, también suele utilizarse un implante o expansor de tejido.

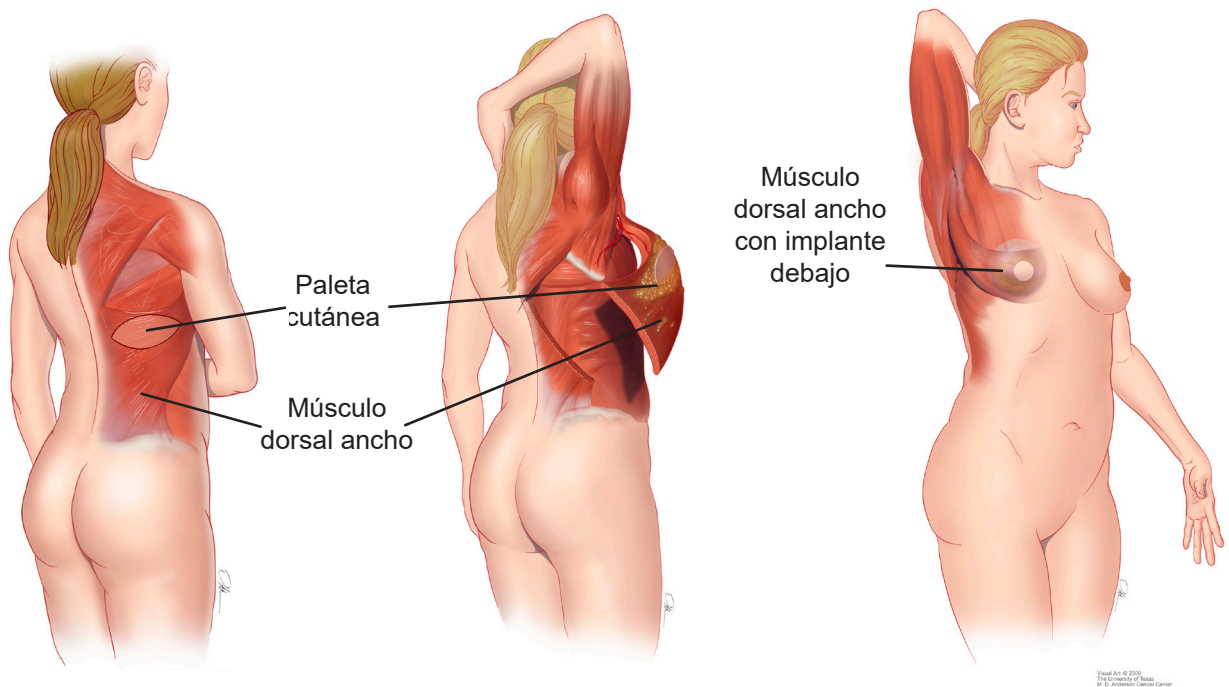


Figura 10. El músculo dorsal ancho (LD) y parte del tejido graso suprayacente y la piel (plancha de piel) se giran hacia la parte frontal del pecho. Se utiliza un implante para realizar un montículo mamario adecuado.

La ubicación de la incisión en la espalda dependerá de la cantidad de piel que se necesite para reemplazar la piel que se extrae durante la mastectomía. A menudo la incisión y la cicatriz resultante pueden colocarse de modo tal que el sostén oculte la cicatriz. La rotación del tejido desde la espalda hasta el pecho producirá un área abultada debajo de la axila. Esto disminuirá con el transcurso del tiempo, pero es posible que no desaparezca nunca.

Con frecuencia se necesita otra cirugía para reemplazar el expansor de tejido que se coloca debajo del colgajo LD con un implante permanente de silicona o solución salina. El colgajo LD también puede utilizarse después de la cirugía de conservación de la mama para rellenar el área donde se extirpó el cáncer. Por lo general, las pacientes no tienen grandes problemas a largo plazo con el uso del músculo LD y pueden reanudar sus actividades diarias y realizar actividades físicas como lo hacían antes de la cirugía. Sin embargo, si es una alpinista, nadadora o jugadora de tenis que participa en competencias, puede notar debilidad en el hombro.

## **Cirugía de revisión, cirugía para lograr simetría o para restablecer el equilibrio**

El objetivo de la reconstrucción mamaria es crear un seno que sea simétrico (de forma y tamaño similar) con respecto a su otro seno natural. Al planear la reconstrucción, es fundamental tener en cuenta al otro seno. Ya sea que se someta a una reconstrucción con implante o con colgajo, su cirujano plástico puede recomendar hacer una cirugía de revisión para mejorar la forma de la mama o la simetría entre los senos. Esto puede incluir colocar *injertos de grasa*, para lo cual se realiza una liposucción y se extrae tejido graso de una zona del cuerpo que luego se agrega a la mama reconstruida para darle forma o volumen. Las “revisiones” también pueden incluir extirpar tejido o el tejido cicatricial que se haya formado para mejorar la forma del montículo mamario reconstruido. A veces es difícil hacer que el seno se vea similar, a menos que también se haga una cirugía en el seno natural. Para algunas pacientes, esto significa colocar un implante en el seno natural para agrandarlo (esto se llama *aumento mamario*).

Para otras, puede significar achicar el seno natural o levantarlo un poco. Para hacer esto, se elimina parte del tejido mamario (también denominado reducción mamaria) o se eleva la piel de la mama (llamado mastopexia). Su cirujano hablará con usted de estas opciones. Este “procedimiento de equilibrio” generalmente se realiza entre los 3 y 6 meses después de su primera cirugía. Esto se hace para asegurarse de que la mama reconstruida tenga la forma y el tamaño que usted quería y de que haya cicatrizado.

### **Reconstrucción del pezón y la areola**

Cuando usted ya esté satisfecha con la forma y el tamaño de su mama reconstruida y haya pasado el tiempo necesario para recuperarse, puede considerar someterse a una reconstrucción de pezón. El pezón que su cirujano creará para usted no será igual a su pezón natural. No responderá a la temperatura o al tacto aplanándose y agrandándose. Los pezones reconstruidos no tienen sensibilidad. Dependiendo del tipo de reconstrucción que se realice, el pezón puede ser más o menos “erecto” que su otro pezón natural. Por eso, muchas mujeres se conforman con dejar a su seno reconstruido sin pezón.

Si decide someterse a una reconstrucción de pezón, hay muchas técnicas que pueden utilizarse. La mayoría requerirá utilizar la piel de su reconstrucción mamaria. (Figura 11) Otra opción es tomar una parte del pezón natural de su otro seno (si es lo suficientemente grande), y colocar el injerto en su mama reconstruida. Por lo general, con estas técnicas no es necesario pasar por la sala de operaciones y pueden ser realizadas en el consultorio.

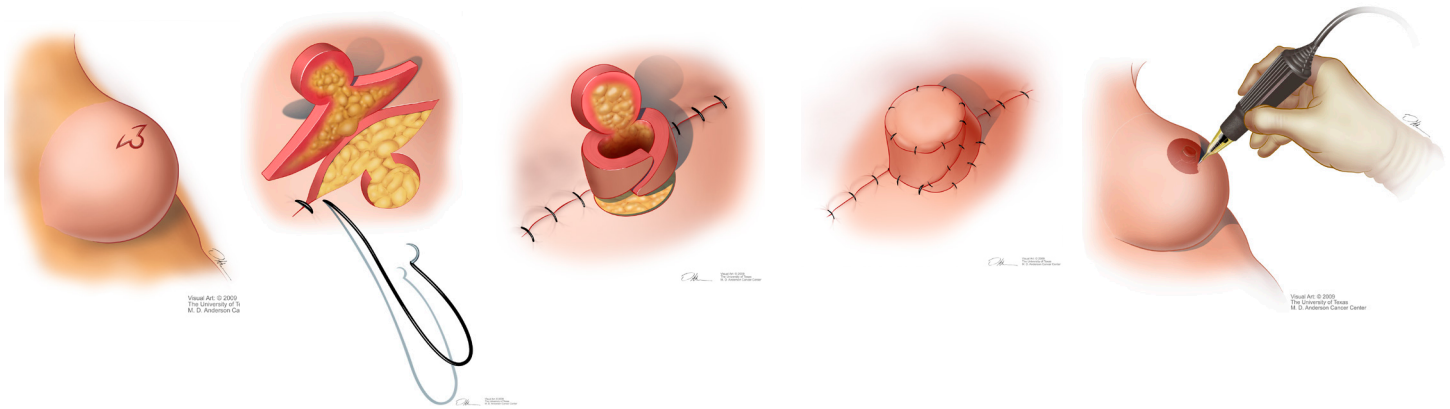


Figura 11. Reconstrucción de pezón utilizando la piel de la mama reconstruida.

La areola (el área coloreada alrededor del pezón), a menudo se forma con un tatuaje. La apariencia del pezón también puede crearse haciendo un tatuaje cuya parte central sea más oscura que el resto. Se dispone de una gran variedad de tonalidades del color de la piel para crear una areola de apariencia natural. El tatuaje de la areola es generalmente indoloro y puede ser realizado en el consultorio por personal especializado. Con el transcurso del tiempo, la mayoría de los tatuajes desaparecen hasta en un 40% (40 de 100) y puede ser necesario volver a hacerlos al cabo de unos años.

Otra opción para crear la areola es utilizar un injerto de piel de otra parte del cuerpo, generalmente la cara interna del muslo o la cintura. La piel de esas partes del cuerpo tiende naturalmente a oscurecerse cuando cicatriza después de ser injertada. Para este procedimiento es necesario pasar por la sala de operaciones.

## Cirugía para conservar la mama

Si está pensando en someterse a una cirugía conservadora de mama en lugar de una mastectomía, se dispone de opciones de reconstrucción para mejorar el resultado estético. La cirugía conservadora de mama generalmente implica extirpar una parte del tejido mamario donde está ubicado el cáncer, seguida de radioterapia. La extracción de tejido mamario muchas veces puede dejar una marca en su seno, como un hoyuelo grande. Es posible que ese hoyuelo no sea visible sino hasta después de la radioterapia. Para prevenir estos cambios estéticos, un cirujano plástico puede “reacomodar” el tejido restante del seno durante la cirugía para extirpar el cáncer. Esto puede hacer que el seno quede más chico o con más cicatrices. Estos procedimientos se denominan “cirugía oncoplástica.” Si esta no es una opción en el momento de la cirugía de cáncer, pueden usarse opciones de reconstrucción diferidas, como el colgajo dorsal ancho y los colgajos de tejido local.

# Preguntas para tener en cuenta

## ¿Qué preguntas debo hacerle al cirujano plástico?

Estas son algunas preguntas que puede hacerle a su cirujano plástico cuando hablen sobre la reconstrucción mamaria.

- ¿Es posible hacer una reconstrucción mamaria en mi caso?
- ¿Cuándo puedo someterme a la reconstrucción?
- ¿Cuáles son los tipos de reconstrucción posibles para mí?
- ¿Qué tipo de reconstrucción cree sería el mejor para mí? ¿Por qué?
- ¿Cuántos de estos procedimientos ha realizado (su cirujano plástico)?
- ¿La mama reconstruida será igual a mi otro seno? Si no es así, ¿qué se puede hacer?
- ¿Cómo se sentirá la mama reconstruida al tacto?
- ¿Tendré alguna sensibilidad en la mama reconstruida?
- ¿Qué posibles complicaciones debería conocer?
- ¿Cuánto tiempo durará la cirugía?
- ¿En qué consiste la cirugía?
- ¿Cuánto tiempo permaneceré internada en el hospital?
- ¿Tendrán que hacerme transfusiones de sangre?
- Si es así, ¿puedo donar mi propia sangre?
- ¿Qué tipo de anestesia se usará?
- ¿Cuánto dura el proceso de recuperación?
- ¿Qué tanta ayuda necesitaré en mi hogar para el cuidado de la herida y el tubo de drenaje?
- ¿Cuándo puedo empezar a hacer ejercicio y retomar mis actividades normales, como manejar y trabajar?
- ¿Puedo hablar con otros pacientes suyos que se hayan sometido a la misma cirugía?
- ¿La reconstrucción interferirá en la quimioterapia o en la radioterapia?
- ¿Cuánto tiempo durará el implante?
- ¿Qué sucede si subo o bajo de peso?

## ¿Cuánto tiempo llevará completar la reconstrucción mamaria?

Puede variar según la cantidad de cirugías que usted quiera o necesite, y según sea necesario o no realizar otro tratamiento contra el cáncer. Generalmente, este proceso dura de 6 meses a 1 año, independientemente del tipo de reconstrucción que usted elija, y si no es necesario realizar ningún otro tratamiento contra el cáncer. Muchas pacientes pueden elegir no someterse a una reconstrucción de pezón. O bien pueden requerir múltiples cirugías para equilibrar la mama reconstruida con el seno natural. Por lo tanto, el tiempo de finalización es distinto para cada paciente.

Generalmente, la cronología esperable es:

- Paso 1: Primero, realizar la cirugía para crear la mama. Esperar unos 3 meses a que cicatrice. Este tiempo se prolonga si usted necesita quimioterapia o radioterapia.



- Paso 2: Realizar otra cirugía para hacer los cambios necesarios para mejorar o equilibrar la mama reconstruida. De ser necesario, en este momento puede realizarse una cirugía *simétrica o contralateral*. Esperar unos 2 o 3 meses a que cicatrice. Este paso puede repetirse las veces que sea necesario.
- Paso 3: Realizar una cirugía para añadir el pezón y la areola.

## ¿Existen riesgos asociados a la reconstrucción mamaria?

Sí. Como en cualquier cirugía, existen riesgos. Su cirujano evaluará los riesgos con usted durante su visita a la clínica. Algunos riesgos incluyen:

- Sangrado
- Bultos
- Cambios en la sensibilidad
- Insuficiencia o pérdida de los implantes
- Ondulación o exposición del implante
- Acumulación de líquido (como *hematomas y seromas*)
- Hernia
- Infección
- Asimetría
- Dolor
- Pérdida parcial o total de los colgajos
- Resultados estéticos insatisfactorios
- Tejido cicatricial
- Problemas de cicatrización de las heridas
- *Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implante mamario* (BIAALCL, un tipo de linfoma muy poco frecuente asociado con los implantes mamarios)

## ¿Qué sucede si necesito quimioterapia o me voy a someter a este tratamiento?

La reconstrucción mamaria no debería demorar su quimioterapia. A menudo, su oncólogo médico esperará hasta que usted haya sanado de la mastectomía y la reconstrucción antes de empezar la quimioterapia. Si tiene una infección o problemas de cicatrización de las heridas, la quimioterapia puede ser demorada para que usted pueda sanar. Si se le está haciendo una expansión de tejido en el momento que necesita quimioterapia, es posible que su cirujano deba sacarle sangre. Esto es para asegurarse de que la cantidad de células que previenen infecciones sea lo suficientemente alta para luchar contra las bacterias que pueda haber en su piel durante el proceso de expansión. Una vez que haya terminado la quimioterapia, su cirujano querrá esperar al menos 1 mes antes de hacer otra cirugía reconstructiva.

## ¿Qué sucede si necesito radioterapia o me voy a someter a este tratamiento?

Tal vez quiera demorar la reconstrucción hasta haber terminado la radioterapia. La radiación puede dañar la reconstrucción y afectar el resultado estético final. Si necesita recibir radiación, generalmente sus cirujanos le sugerirán que use su propio tejido para una reconstrucción diferida, ya sea por sí solo o con un implante. No se recomienda realizar la reconstrucción con implante solamente junto con la radiación ya que suele significar más problemas, tales como:

- Infecciones
- *Contractura capsular grave*
- Acumulación de líquidos
- Peores resultados estéticos

Otra opción que puede estar disponible para usted es colocar un expansor de tejido en el momento de la mastectomía para conservar la “bolsa” de piel. Conservar la piel de la mama puede hacer que su seno quede más parecido a una reconstrucción inmediata. También puede proporcionarle un montículo mamario mientras espera que le digan si necesita recibir radiación.

Si **no** necesita radiación, entonces usted y su cirujano pueden planear la reconstrucción final. Si necesita radiación, el expansor de tejido puede dejarse puesto. En el MD Anderson, el expansor debe ser desinflado mientras recibe la radiación, lo que generalmente toma de 6 a 8 semanas. El expansor de tejido se vuelve a inflar 2 semanas después de haber finalizado la radiación. Luego, su cirujano planificará una reconstrucción diferida. Generalmente, eso implicará usar su propio tejido, ya sea solo o con un implante. No todos los cirujanos le sugerirán esta opción porque hay un alto riesgo de complicaciones al dejar colocado el expansor de tejido durante la radiación.

## ¿Afecta la reconstrucción mamaria el riesgo de reaparición del cáncer?

### ¿Hace que sea más difícil detectar el cáncer de mama?

El riesgo de recurrencia del cáncer de mama depende de:

- El estadio de la enfermedad
- Las características biológicas del cáncer (por ejemplo, de estado ER o HER2) y
- Las terapias adicionales recibidas para tratar el cáncer de mama

No se ha demostrado que la cirugía reconstructiva aumente el riesgo de recurrencia del cáncer o que dificulte su detección si vuelve a aparecer. Los médicos que la atiendan y traten su cáncer de mama decidirán el método o los exámenes utilizados para detectar una recurrencia.

## ¿Quién debe pagar los gastos de la cirugía de reconstrucción?

En octubre de 1998, el Congreso aprobó la “Ley de los derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer”, que establece que los planes de salud grupales y los seguros de salud individuales deben brindar cobertura para recibir cirugía reconstructiva después de una mastectomía. En general, la Ley establece que estos planes deben cubrir:

- La reconstrucción de la mama en la que se hizo la mastectomía
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica
- Las prótesis (dispositivos artificiales utilizado para reemplazar una parte que falte del cuerpo) y el tratamiento de las complicaciones físicas que haya durante todas las etapas de la mastectomía

Siempre es recomendable consultar a su compañía de seguros o la oficina administrativa del MD Anderson para confirmar que su compañía de seguros le brindará cobertura para la cirugía.

## Tomar una decisión

Hay muchas cosas que deben tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre la reconstrucción mamaria. No sólo hay motivos médicos para elegir una u otra opción, sino que también deben considerarse sus valores y preferencias personales. Use las respuestas a estas preguntas como ayuda para decidir qué opción preferiría.

Hable con su cirujano plástico para ver si existe algún problema médico que pueda afectar qué opciones serían las mejores para usted. Pregúntele a su médico:

- Si puede someterse a una reconstrucción mamaria
- Si necesitará otros tratamientos oncológicos que demorarán la reconstrucción
- Cuáles son las opciones de reconstrucción posibles para la forma y el tamaño de su cuerpo

Además, cuando piense en la reconstrucción mamaria, hágase las siguientes preguntas:

- ¿Cómo quiero verme vestida y sin ropa?
- ¿Cuánto tiempo estoy dispuesta a pasar recuperándome de la cirugía?
- ¿En qué actividades físicas participo que puedan verse afectadas por recibir cirugía en el estómago, espalda, muslo o glúteos?

## Recibir apoyo y más información

Si tiene preguntas acerca de su reconstrucción mamaria, llame al:

Center for Reconstructive Surgery  
De lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.  
Mays Clinic, piso 5, cerca del elevador U  
713-563-8500

## ¿Existen servicios de apoyo en el MD Anderson para brindarme ayuda?

### **askMDAnderson**

Para obtener información actualizada acerca de los servicios, departamentos, programas, tratamientos de MD Anderson y más, por favor comuníquese con askMDAnderson.

877-MDA-6789 (877-632-6789)

[www.MDAnderson.org/ask](http://www.MDAnderson.org/ask)

### **Centro de Medicina Integradora (Integrative Medicine Center)**

El Centro de Medicina Integradora ofrece más de 75 programas, tales como yoga, tai chi, meditación, conferencias sobre terapias complementarias e integradoras, asesoramiento diario, grupos de apoyo y grupos de discusión para familias. El Centro de Medicina Integradora está abierto a cualquier persona que haya tenido o tenga cáncer, y a sus familiares y cuidadores, hayan sido tratados en el MD Anderson o no.

832-750-3635

## **myCancerConnection**

myCancerConnection es una organización especial de voluntarios formada por pacientes actuales y previos, y por sus cuidadores. La organización ofrece esperanza, apoyo y comprensión para las personas diagnosticadas con cáncer, independientemente de dónde reciban tratamiento. Los servicios incluyen una línea de apoyo para pacientes y cuidadores, apoyo en línea, grupos de apoyo comunitario, una conferencia anual de pacientes y cuidadores, presentaciones educativas semanales, un boletín trimestral, un campamento para pacientes adultos y salidas de un día para pacientes y cuidadores.

713-792-2553 o 800-345-6324

## **myChart**

MyChart es un sitio web personalizado seguro y una aplicación móvil que le ayuda a participar activamente en la gestión de su atención en MD Anderson. Con MyChart, usted puede comunicarse de manera segura con su equipo de atención de la salud, verificar citas y horarios, ver sus expedientes médicos personales y ver videos y material informativo para pacientes para ayudarle a gestionar sus cuidados en casa. Obtenga más información en: [MyChart.mdanderson.org](http://MyChart.mdanderson.org). Para crear una cuenta, llame a askMDAnderson al 877-632-6789.

## **Asesoría de Pacientes**

Los pacientes y sus familias pueden comunicarse con los Intercesores de Pacientes (Patient Advocacy) si tienen dudas y quejas, o cuando no sepan a dónde recurrir con sus preguntas. 713-792-7776, o llame a la operadora en caso de emergencia fuera del horario normal o durante los fines de semana al 713-792-7090.

## **Servicios de rehabilitación**

Los servicios de rehabilitación del MD Anderson ofrecen fisioterapia y terapia ocupacional para los pacientes que están recuperándose de una cirugía o que experimentan problemas relacionados con los efectos secundarios de la quimioterapia o la radioterapia.

Fisioterapia: 713-792-3192

Terapia ocupacional: 713-792-3192

## **Trabajo social**

Los trabajadores sociales clínicos altamente capacitados ofrecen asesoramiento gratuito a corto plazo. El Departamento de Trabajo Social también ofrece orientación con respecto a voluntades anticipadas, poderes notariales médicos, testamentos vitales y la identificación de recursos comunitarios.

713-792-6195

## **Educación y cuidado espirituales**

El Departamento de Capellanía y Educación Pastoral ofrece guía pastoral y apoyo espiritual para todos los pacientes, sus familiares y miembros del personal. Como parte del equipo interdisciplinario, hay capellanes disponibles en todos los centros de atención y áreas de tratamiento las 24 horas del día.

713-792-7184

## **El Centro de Aprendizaje**

El Centro de Aprendizaje es una biblioteca de salud gratuita para los consumidores con la información más reciente sobre el tratamiento del cáncer, su apoyo y prevención, y aspectos

generales de salud y bienestar. El personal y los voluntarios están bien informados y ayudan a los visitantes a encontrar la información que necesitan.

El Centro de Aprendizaje proporciona el acceso a folletos, revistas médicas, libros de referencia, bases de datos sobre la salud en línea, revistas y boletines, materiales de audio y video, y sitios web. Las ubicaciones incluyen:

- Levit Learning Center  
Mays Clinic, piso 2, cerca de la escultura del árbol, sala ACB2.1120 — 713-563-8010
- Law Learning Center  
Edificio principal, piso 4, cerca del elevador A, sala R4.1100 — 713-745-8063

## ¿Dónde puedo obtener más información?

### **La Sociedad Americana del Cáncer**

La Sociedad Americana contra el Cáncer (ACS) es una organización nacional voluntaria de la salud que tiene oficinas locales en todo el país. La ACS apoya la investigación, brinda información sobre el cáncer y ofrece muchos programas y servicios a los pacientes y sus familias.

1-800-ACS-2345 (800-227-2345)

### **La Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos**

La Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (ASPS) representa a todos los cirujanos plásticos certificados de los Estados Unidos y de todo el mundo. La misión de la ASPS es promover un cuidado de calidad para los pacientes de cirugía plástica a través de la educación, el asesoramiento, el apoyo en la práctica y una mayor concientización del público.

[www.PlasticSurgery.org](http://www.PlasticSurgery.org)

### **Red de Fortaleza para el Cáncer de Mama**

Las voluntarias son ex pacientes de cáncer de mama y están disponibles para brindar apoyo telefónico y responder preguntas acerca del cáncer de mama.

Inglés: 800-221-2141

Español: 800-986-9505

### **Concientización sobre la Reconstrucción Mamaria (BRA) EE. UU.**

La Fundación de Cirugía Plástica y la ASPS lideran la campaña estadounidense de Concientización sobre la Reconstrucción Mamaria, dedicada a aumentar la concientización acerca de las opciones de reconstrucción mamaria.

[www.BreastReconUSA.org](http://www.BreastReconUSA.org)

### **Línea directa y red nacional del linfedema**

La red educa y guía a los pacientes con linfedema dándoles información acerca de la prevención y el control del linfedema primario y secundario.

800-541-3259

### **Susan G. Komen for the Cure**

Una línea de ayuda nacional sin cargo para el cuidado mamario que ofrece información y recursos para personas que tengan dudas acerca del cáncer de mama o la salud mamaria.

877-GO-KOMEN (877-465-6636)

# Glosario

**Areola:** el área circular coloreada alrededor del pezón.

**Aumento mamario:** colocar un implante en el seno natural para agrandarlo.

**Bilateral:** término médico que describe ambos lados del cuerpo.

**Bulto:** término médico que describe la protuberancia de la pared abdominal provocada por la debilitación de la fascia. No es una hernia.

**Colgajo libre:** tejido retirado de su suministro sanguíneo y unido a uno nuevo en otra parte del cuerpo.

**Colgajo pediculado:** un tipo de colgajo que no es extraído de su suministro de sangre, sino rotado a una nueva ubicación en el cuerpo con su suministro de sangre original.

**Colgajo:** término utilizado para describir el tejido que es extraído para recrear un seno. Puede consistir en distintos componentes de tejido, como piel, grasa, músculos, fascia y vasos sanguíneos.

**Complicación:** un problema asociado al procedimiento quirúrgico.

**Contractura capsular:** el proceso de formación de tejido cicatricial y de contracción de tejido que se produce alrededor de un implante o expansor de tejido cuando se coloca en el cuerpo. El tejido cicatricial puede pasar desapercibido o puede resultar en un seno deformado y endurecido.

**Contralateral:** el lado opuesto del cuerpo en relación al cáncer de mama.

**Disecionar, disección:** término médico utilizado para describir el proceso de separar tejidos quirúrgicamente de los tejidos circundantes.

**Expansor de tejido:** dispositivo con forma de globo utilizado para expandir el tejido de la piel. Consiste en una cubierta exterior de silicona que se coloca debajo del músculo pectoral mayor y se rellena lentamente con solución salina para estirar la piel y el músculo.

**Fascia:** el tejido duro, plano y parecido a un tendón que rodea los músculos.

**Hematoma:** acumulación de sangre en los tejidos que han sido disecionados durante la cirugía o debajo de ellos.

**Hernia:** término médico utilizado para describir la protuberancia de los intestinos a través de la fascia o la pared abdominal.

**Implante mamario:** un dispositivo médico que consiste en una cubierta de silicona rellena con silicona o solución salina.

**Injertos de grasa:** cuando se realiza una liposucción y se extrae tejido graso de una parte del cuerpo que se añade luego a la mama reconstruida para darle forma y volumen.

**Linfoma anaplásico de células grandes asociado a implante mamario (BIA-ALCL):** un tipo de linfoma tratable y muy poco frecuente que puede desarrollarse alrededor de los implantes mamarios.

**Malla:** material utilizado para prevenir o reparar hernias y bultos. Puede estar hecho de material de sutura permanente (protésico) o de tejidos derivados de animales/humanos (bioprotésico).

**Mastectomía profiláctica:** procedimiento quirúrgico en el que se extraen distintas cantidades de piel y tejido mamario de un seno sin cáncer. Esto se hace como medida para ayudar a prevenir la aparición del cáncer de mama.

**Mastectomía:** procedimiento quirúrgico en el que se extirpan distintas cantidades de piel y tejido mamario. Los distintos tipos de mastectomía incluyen: parcial, simple, conservadora de piel, total, radical modificada y radical.

**Mastopexia:** también llamada “levantamiento de seno”, es un procedimiento quirúrgico en el que el pezón y la areola son reposicionados en un nivel más alto.

**Montículo mamario:** término médico referente al seno reconstruido, generalmente antes de que el pezón haya sido construido.

**Morbilidad:** término médico referente a la cantidad de problemas o complicaciones asociados con llevar a cabo un procedimiento médico o una operación.

**Músculo pectoral mayor:** el músculo ubicado en la pared torácica debajo del seno.

**Necrosis grasa:** la muerte del tejido graso provocada por un suministro de sangre inadecuado, que produce el endurecimiento de áreas de tejido.

**Perforante:** término médico utilizado para describir un vaso sanguíneo pequeño que sale de un vaso más grande y viaja a través de los músculos y la fascia para proveer suministro a la piel y el tejido graso.

**Pezón:** la pequeña protuberancia del seno sobre la que están ubicados los conductos de la leche materna que proporcionan la leche para los lactantes.

**Pliegue submamario:** el pliegue que se forma en el borde inferior del seno.

**Postoperatorio:** término médico que significa después de la cirugía.

**Preoperatorio:** término médico que significa antes de la cirugía.

**Prótesis mamaria:** dispositivo que se adapta al sostén para reemplazar la forma que falta del seno después de una mastectomía.

**Ptosis:** término médico referente a la caída de los senos.

**Quimioterapia:** tratamiento contra el cáncer que implica agentes químicos que son tóxicos para las células cancerosas.

**Radiación:** tratamiento oncológico con radiación ionizante.

**Reducción mamaria:** achicar el seno natural o levantarlo un poco extrayendo tejido mamario o levantando la piel de la mama.

**Seroma:** acumulación de líquidos de color amarillento en una herida proveniente de la parte líquida de la sangre. Puede acumularse después de un procedimiento quirúrgico.

**Silicona:** material de la cubierta exterior de los implantes mamarios que también puede usarse como relleno para estos implantes.

**Simetría, simétrico:** del mismo tamaño o proporción en ambos lados del cuerpo.

**Sitio donante:** parte del cuerpo de la que se extrae su propio tejido para recrear un seno.

**Sutura:** material utilizado para cerrar un sitio quirúrgico.

**Tejido autólogo:** término médico referente al tejido vivo que es extraído del cuerpo de una persona.

**Terapia adyuvante:** tratamiento oncológico adicional que se administra después de la cirugía para reducir el riesgo de reaparición del cáncer. Puede incluir quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal u otros tratamientos.

**Trombosis de vasos:** término médico referente a la formación de coágulos dentro de un vaso sanguíneo, lo que puede impedir el flujo de sangre hacia o desde el colgajo.

**Tubo de drenaje:** un tubo flexible colocado en el sitio quirúrgico durante la cirugía que sale del cuerpo a través de un agujero pequeño. El tubo de drenaje permite drenar el líquido del sitio quirúrgico a un reservorio.



**Umbilical:** término médico utilizado para describir algo relativo al ombligo.

**Unilateral:** término médico que describe un lado del cuerpo.

**Vasos sanguíneos mamarios internos:** los vasos sanguíneos ubicados debajo de las costillas y a lo largo del esternón que generalmente se utilizan como vasos sanguíneos receptores en la reconstrucción con colgajo libre.

**Vena y arteria epigástrica inferiores:** vasos sanguíneos que entran al músculo recto abdominal en la zona de la ingle. Suministran sangre al músculo y a la piel y grasa que lo cubre mediante ramas de vasos perforantes.

**Vena y arteria epigástrica superiores:** vasos sanguíneos que ingresan al músculo recto abdominal desde debajo de las costillas para suministrar sangre al músculo y al tejido suprayacente.

## Opciones de reconstrucción mamaria

### Con implantes solamente

### Con su propio tejido

#### Consideraciones

#### Implantes

#### Tejido abdominal (del estómago)

#### ¿Qué se hace?

El cirujano coloca un expansor de tejido en una “bolsa” debajo del músculo del pecho y la piel que queda después de la mastectomía. Después de que el tejido se ha expandido y permanece así por un período de uno a tres meses, se coloca un implante permanente.

Se extrae tejido del abdomen para crear un montículo mamario. El tejido puede mantener su suministro de sangre original (pediculado) o puede extraerse y conectarse a un nuevo suministro sanguíneo en el pecho (libre).

#### Se recomienda si la paciente...

- No ha recibido o no necesita someterse a radioterapia
- No tiene tejido graso suficiente en la espalda o en la zona del abdomen
- Tiene una buena “bolsa” de piel para el implante
- Prefiere una cirugía breve y un tiempo de recuperación más corto
- Desea que la reconstrucción mamaria se vea más turgente (aumentada)
- Planea someterse a una reconstrucción bilateral (es más difícil lograr simetría con el seno natural) o a una reconstrucción unilateral, en caso de que tenga la otra mama aumentada
- No fuma

- Está lo suficientemente sana como para someterse a una cirugía larga
- Ha estado embarazada
- No fuma
- No se someterá a radioterapia después de la mastectomía
- Ya ha recibido radioterapia
- Tiene un IMC menor que 35
- No se ha sometido a otras cirugías de la zona abdominal (sin incluir las áreas de la cesárea ni procedimientos laparoscópicos)
- Tiene tiempo suficiente para la recuperación

#### Ventajas

- Cirugía y tiempo de recuperación menos prolongados
- Menor cantidad de cicatrices
- Forma adecuada con prendas de vestir

- Permite conservar una gran parte o la totalidad del músculo abdominal
- Reconstrucción mamaria con aspecto más natural
- Puede mejorar la forma abdominal
- Buena opción para pacientes que ya recibieron radioterapia

#### Desventajas

- Se requieren muchas visitas al médico para el proceso de expansión
- Dos pasos para realizar todo el procedimiento (es decir, expansor de tejido e implante)
- Problemas con el implante
- Es más difícil lograr la proyección del pezón con reconstrucción del pezón
- Suele ser difícil lograr el aspecto de una mama natural
- Es necesario reemplazar los implantes periódicamente (más cirugías)

- Cirugía compleja que requiere la participación de un cirujano experto en microcirugía
- Cirugía y recuperación más prolongadas
- Variaciones de la anatomía que provocan cambios en la cantidad de músculo abdominal y fascia abdominal tomados
- Quedará una cicatriz en el abdomen y alrededor del ombligo
- Riesgo de hernias y bultos en el abdomen
- Riesgo de pérdida total o parcial del colgajo

## Con su propio tejido

## Con su propio tejido

### Tejido del muslo o del glúteo

### Tejido de la espalda (con implantes)

Se extrae tejido de la parte superior del muslo o del glúteo para crear un montículo mamario. Se corta el suministro de sangre del tejido para conectarlo a los vasos sanguíneos del pecho.

Se extrae tejido de la espalda para crear un montículo mamario. El tejido mantiene su suministro de sangre original. El tejido se usa solo para crear un montículo mamario (menos frecuente) o para cubrir un expansor de tejido o implante (más frecuente).

- Está lo suficientemente sana como para someterse a una cirugía larga
- No tiene tejido suficiente en el abdomen
- No se puede aprovechar su tejido abdominal debido a cirugías previas
- Tiene tejido suficiente en el muslo o el glúteo para reconstruir una mama sin que se genere una depresión importante (hundimiento) en dicha zona
- No desea implantes
- No fuma
- No se someterá a radioterapia después de la mastectomía
- Ya ha recibido radioterapia
- Tiene tiempo suficiente para la recuperación

- No necesitará radioterapia
- Ya ha recibido radioterapia
- Está lo suficientemente sana como para someterse a una cirugía moderada
- Desea limitar el número de cirugías
- No fuma
- Desea que la reconstrucción mamaria se vea más turgente

- Menos dolorosa que la reconstrucción con tejido abdominal
- Recuperación más rápida que en el caso de la reconstrucción con tejido abdominal
- Reconstrucción natural
- Buena opción para pacientes que ya recibieron radioterapia

- Cirugía y tiempo de recuperación menos prolongados
- Mayor cobertura del implante, que mejora los resultados estéticos en comparación con el implante solo
- Cirugía única, en caso de que el implante se coloque inmediatamente
- Buena opción para pacientes delgadas que ya recibieron radioterapia

- Cirugía compleja que podría exigir la participación de varios cirujanos expertos en microcirugía
- Puede provocar una depresión (hundimiento) en el muslo o la zona del glúteo
- Se producirá una cicatriz en el muslo o la zona del glúteo
- Es posible que la reconstrucción bilateral sea compleja debido a la posición en la mesa del quirófano
- Riesgo de pérdida total o parcial del colgajo

- Por lo general, se necesita un implante debajo del tejido para lograr la proyección y el tamaño correctos
- Riesgo de complicaciones y cicatrices en la espalda
- Debilitamiento muscular en la espalda (especialmente para nadadoras, jugadoras de tenis y alpinistas)

## Opciones de reconstrucción mamaria (continued)

### Con implantes solamente

### Con su propio tejido

Consideraciones	Implantes	Tejido abdominal (del estómago)
<b>Resultados finales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buenos a excelentes</li> <li>• Mayor probabilidad de lograr un busto firme o turgente, con forma y simetría imperfectas respecto del seno natural</li> <li>• Es posible que se requiera una cirugía adicional debido a cambios vinculados al implante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buenos a excelentes</li> <li>• Blandos y naturales</li> <li>• Envejecen naturalmente con el paso del tiempo</li> <li>• Puede mejorar la forma abdominal</li> </ul>
<b>Duración</b>	Retoques periódicos y posible reemplazo del implante	En su mayoría, permanente
<b>Duración de la cirugía (no incluye la mastectomía)</b>	De 60 a 80 minutos	De 6 a 8 horas para un seno (unilateral) y más para ambos lados (bilateral)
<b>Estadía en el hospital</b>	De 1 a 2 días	De 5 a 7 días
<b>Recuperación</b>	De 2 a 3 semanas	6 semanas
<b>Cirugía adicional para lograr simetría</b>	Sí	Sí
<b>Radioterapia</b>	Evitar	Se permite antes de la reconstrucción
<b>Implante artificial</b>	Se usa	Se usa con poca frecuencia
<b>Options</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantes de silicona</li> <li>• Implantes de solución salina</li> </ul> <p>Ambos tipos son seguros para la reconstrucción y se encuentran disponibles en varias formas, tamaños y perfiles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colgajo miocutáneo transversal de recto abdominal (TRAM) pediculado</li> <li>• TRAM libre</li> <li>• Colgajo TRAM libre con conservación del músculo</li> <li>• Colgajo libre de perforantes de arteria epigástrica inferior profunda (DIEP)</li> <li>• Colgajo libre de arteria epigástrica inferior superficial (SIEA)</li> </ul>

## Con su propio tejido

## Con su propio tejido

### Tejido del muslo o del glúteo

### Tejido de la espalda (con implantes)

<ul style="list-style-type: none"><li>• Buenos a excelentes</li><li>• Envejecen naturalmente con el paso del tiempo</li><li>• Podría generarse una depresión (hundimiento) en el muslo o la zona del glúteo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buenos a excelentes</li><li>• Es posible que se requiera una cirugía adicional debido a cambios vinculados al implante</li><li>• El músculo adelgazará con el paso del tiempo</li><li>• Puede generarse hinchazón debajo del brazo del cual se rotó el músculo</li></ul>
En su mayoría, permanente	Posible reemplazo del implante (si se coloca)
De 6 a 8 horas para un seno (unilateral) y más para ambos lados (bilateral)	De 4 a 6 horas
De 5 a 7 días	De 2 a 3 días
De 4 a 6 semanas	De 3 a 6 semanas
Sí	Sí
Se permite antes de la reconstrucción	Se permite antes de la reconstrucción
Se usa con poca frecuencia	Se usa habitualmente
<ul style="list-style-type: none"><li>• Colgajo de perforante de la arteria profunda (PAP)</li><li>• Colgajo transversal del músculo recto interno (TUG)</li><li>• Colgajo de perforante de la arteria glútea inferior (IGAP)</li><li>• Colgajo de perforante de la arteria glútea superior (SGAP)</li></ul>	Colgajo de músculo dorsal ancho (LD)















