



TU GUÍA EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

*La Excelencia en Cirugía
Plástica, Reparadora y Estética*

secpre

Sociedad Española de Cirugía
Plástica Reparadora y Estética



ÍNDICE

¿ Qué es la reconstrucción mamaria ?	6
¿ Qué causa el cáncer de mama ?	7
¿ Qué es una mastectomía ?.....	7
¿ Quién y cuándo puede reconstruirse la mama ?	8
¿ Cómo me ayudará esta guía ?.....	9
¿Cuál es mi siguiente paso ?.....	9
¿ Cuándo realizar la reconstrucción mamaria ?.....	11
Técnicas de Reconstrucción Mamaria.....	12
Intervenciones de retoque.....	19
Reconstrucción mamaria en casos especiales	21
Linfedema y Cáncer de Mama.....	22
Reconstrucción mamaria y recuperación.....	23
¿ Qué supone la cirugía ?.....	24
¿ Cómo es el postoperatorio y los cuidados después de la intervención ?.....	25
¿ Me quedarán cicatrices ?	25
¿ Qué complicaciones pueden ocurrirme ?	26
Regreso a la normalidad	28
Preguntas más frecuentes.....	29
Glosario	32
Otras fuentes de información.....	34
Agradecimientos	35



Esta guía esta dirigida a todas aquellas mujeres que han sido o van a ser mastectomizadas, y que se plantean realizar un procedimiento de reconstrucción mamaria.

Su objetivo es proporcionar una visión general sobre las diferentes técnicas utilizadas en reconstrucción mamaria, para ayudar a comprender mejor los diferentes procedimientos empleados en la actualidad. Contiene, asimismo, información sobre las últimas técnicas utilizadas en reconstrucción mamaria.

Esperamos que sea de utilidad como material de consulta, y ayude a dar una visión global de las diferentes técnicas reconstructivas que se emplean en la actualidad.



La publicación que tiene en sus manos es el reflejo del firme compromiso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética con sus pacientes y, muy especialmente, con las pacientes afectas de cáncer de mama.

La elaboración de esta Guía de Reconstrucción Mamaria se ha realizado con el esfuerzo y el empeño de nuestra Sociedad Científica, pero sobre todo con la ilusión y esperanza de que pueda facilitar la tarea de tomar la decisión de optar o no a las técnicas reconstructivas de mama. El continuo avance de la medicina en el tratamiento del cáncer de mama, hace que hoy en día no solo hablemos de índices de supervivencia sino que hagamos un especial énfasis en la calidad de vida de nuestras pacientes.

Corren tiempos difíciles, en los que las palabras recorte y sostenibilidad inundan todo lo relacionado con la atención sanitaria. Pero es en estos momentos, en los que más innegociable e irrenunciable debe ser el compromiso tanto de pacientes como de Cirujanos Plásticos con la excelencia. En aras de la viabilidad económica se puede demandar una mayor eficiencia, una mayor entrega y un mayor empeño, pero nunca renunciar al derecho a la excelencia en la atención médica.

Entendemos que la exigencia emana de la información, la reclamación desde el conocimiento profundo de las opciones, el desacuerdo desde la constancia de que existen otras vías, y que ellas representan la mejor de las soluciones para cada caso particular. Y ese es precisamente el sentido de esta publicación: darles información, enseñarles que existen distintas posibilidades, que tiene el derecho y el deber de elegir, y que nunca debe aceptar imposiciones que vengan desde la incapacidad técnica o de gestión.

Dr. Jaume Masia Ayala

Presidente de la SECPRE

Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética



La Reconstrucción Mamaria forma parte, de manera integrada, en el tratamiento global del cáncer de mama. Incluida en el conjunto de técnicas oncoplásticas, pretende aminorar el impacto psicológico negativo que produce, cuando es necesaria, la privación de la mama, contribuyendo a ampliar el espacio de esperanza de las pacientes.

Pero en algunos casos, el esfuerzo del mundo quirúrgico en lograr buenos resultados no llega a alcanzarlos, por lo que es fundamental que la paciente conozca perfectamente cuál es la metodología a seguir en el proceso reconstructivo.

Por tanto, esta publicación de la SECPRE, es de gran utilidad, porque además de una completa información, contesta a las preguntas que más a menudo nos hacen las pacientes. Todo ello de forma entendible para el público no sanitario, por lo que su uso parece obligado para cuando se suscite la problemática reconstructora.

Dr. Carlos Vázquez Albaladejo

Presidente de SESPM

Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria



La Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA) y las Asociaciones que en ella se integran, trabajamos al servicio del colectivo de mujeres con cáncer de mama, desde su constitución, en el año 2000, teniendo como objetivo compartido la atención de las mujeres afectadas, a nivel físico y psicológico.

En ocasiones, una de las preocupaciones de la mujer después de superar la fase más aguda de la enfermedad, es su apariencia física. La cirugía plástica en la actualidad puede contribuir a que la recuperación sea más rápida y satisfactoria.

Nuestra Federación y las mujeres que la conforman, agradecemos el trabajo que se está realizando en este campo.

Esta guía informativa ayudará a la mujer, antes de ser intervenida por el cáncer de mama o después, a tomar una decisión respecto a la reconstrucción mamaria.

Una adecuada reconstrucción de mama puede contribuir a mejorar la calidad de vida.

Roswitha Britz

Presidenta de FECMA

Federación Española de Cáncer de Mama

¿ QUÉ ES LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA ?

La reconstrucción de la mama tras un cáncer es actualmente uno de los procedimientos quirúrgicos, dentro de la cirugía plástica, más seguros y gratificantes para la paciente.

La reconstrucción mamaria tiene como fin:

- Recrear una mama de aspecto natural, incluyendo la areola y el pezón.
- Eliminar la necesidad de llevar prótesis externas de relleno, posibilitando llevar prendas de vestir que no serían posibles sin reconstrucción (bañadores, escotes, etc.).
- Rellenar el hueco y la deformidad que puede quedar en el tórax.
- Restaurar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Existen diferentes técnicas para recrear la mama. Algunos procedimientos son relativamente sencillos, y otros, más complejos. **Es esencial tener una información clara y adecuada de todas las técnicas** que se pueden realizar en cada paciente, para poder decidir la mejor opción. Debemos recordar que la reconstrucción mamaria es un procedimiento electivo, que se plantea con el objetivo de mejorar la calidad de vida, y por tanto, debe realizarse de forma consensuada entre la paciente y su cirujano plástico.

Para la inmensa mayoría de las mujeres con cáncer de mama, **la reconstrucción de la misma mejora la imagen. Ello facilita una mayor estabilidad emocional, permite enfrentarse de una forma más positiva a la enfermedad, y llevar una vida social y sexual más activa.**

Cómo resultado de los beneficios que la reconstrucción mamaria aporta a la mujer, su demanda se ha incrementado de forma muy importante en los últimos años. Ese es el motivo por el cual los cirujanos plásticos se han convertido en una parte integral de los equipos multidisciplinares implicados en el tratamiento del cáncer de mama.

¿QUÉ CAUSA EL CÁNCER DE MAMA ?

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En España se diagnostican alrededor de 22.000 casos nuevos al año.

Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama es, aproximadamente, 1 de cada 11 mujeres.

Nuestros tejidos están constituidos por células, que se dividen de forma regular para mantener la integridad y el correcto funcionamiento de los distintos órganos. Cuando **los mecanismos que controlan el crecimiento celular se alteran, las células inician una división incontrolada que, con el tiempo, dará lugar a la aparición de un tumor.**

Cuando las células tumorales proceden del tejido glandular de la mama, y tienen capacidad para **invadir los tejidos sanos de alrededor** y alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, **hablamos de cáncer de mama.**

La respuesta a la pregunta de por qué se alteran los mecanismos de control de la división celular es multifactorial. Probablemente se trate de una combinación de factores ambientales, genéticos y relacionados con el estilo de vida.

El tratamiento del cáncer de mama está basado en la **eliminación de las células tumorales** y en el control de su evolución. El tratamiento más habitual suele ser combinado, ya sea extirpándolas mediante procedimientos quirúrgicos o eliminándolas con radioterapia o quimioterapia.

El tipo de tratamiento que se ofrece dependerá del tipo histológico de cáncer que la paciente tenga, así como del grado de infiltración y de diseminación detectados en el momento del diagnóstico.

Su oncólogo y su cirujano le asesorarán acerca de las opciones terapéuticas disponibles en su caso, para guiarla en la toma de una decisión final personalizando su tratamiento.

¿ QUÉ ES UNA MASTECTOMIA ?

La mastectomía es una técnica quirúrgica que consiste en la extirpación quirúrgica de la mama, para el control o curación del cáncer de mama.

El procedimiento de mastectomía consiste en la extirpación de toda la mama, incluyendo piel, grasa y glándula mamaria. Habitualmente la areola y pezón son incluidos en la resección puesto que los conductos galactóforos de la mama están conectados con el pezón para permitir la salida de leche en el momento de la lactancia materna, existiendo cierto riesgo de recidiva del cáncer si se conservan. De hecho, existe una variedad del cáncer de mama que se desarrolla específicamente en el complejo areola-pezón.

Es posible que las mujeres que padecen un cáncer de pequeño tamaño, en una etapa temprana, y que se encuentra situado cerca de la parte externa de la mama, sin ningún signo de cáncer en la piel o cerca del pezón, puedan someterse a la cirugía con conservación del pezón (los tumores que son más grandes o se encuentran más cercanos tienen más probabilidad de contener células cancerosas en las estructuras que conforman el pezón, lo que significa que existe un mayor riesgo de que el cáncer recidive si no se extirpa).

Algunos protocolos terapéuticos administran una dosis de

radiación al tejido del pezón durante o después de la cirugía como tratamiento con el fin de reducir el riesgo de recidiva del cáncer. En la mastectomía con conservación de areola, se extrae el pezón, incluyendo sus conductos, mientras se deja el círculo de tejido que lo rodea (la areola).

No siempre, pese a que oncológicamente sea correcto, se puede conservar el pezón. Ello se debe a que el pezón precisa de un buen suministro de sangre y, en ocasiones, debido a las peculiaridades de la mastectomía o de la piel de la paciente, no se puede garantizar su supervivencia, pudiéndose necrosar, atrofiar o deformar después de la cirugía. Si se puede realizar correctamente la conservación del complejo areola-pezón, debido a que también se seccionan los nervios, queda poca o ninguna sensibilidad en el pezón conservado.

En algunos casos, la mastectomía se realiza con fines profilácticos (para prevenir la aparición del cáncer de mama) en pacientes que presentan un alto riesgo genético de desarrollo del mismo.

La mastectomía puede seguirse de la reconstrucción de la mama en la misma operación o con posterioridad, sin que ninguna de las dos modalidades suponga diferencias en cuanto a la posibilidad de recurrencia del cáncer.



¿ QUIÉN Y CUÁNDO PUEDE RECONSTRUIRSE LA MAMA ?

La inmensa mayoría de las mujeres mastectomizadas pueden, desde el punto de vista médico, considerarse candidatas para reconstruirse la mama, la mayoría de ellas en el mismo acto quirúrgico en el que se extirpa la mama.

Toda paciente que ha sido sometida a una mastectomía o cualquier mujer a la que se va a practicar una resección total o parcial de mama, pueden ser candidatas a una reconstrucción mamaria.

Cuando la mama se reconstruye a la vez que se realiza la mastectomía (técnica denominada *reconstrucción inmediata*), la paciente se despierta de la intervención con un contorno mamario adecuado, evitando la experiencia de verse con la mama amputada. Por ello el beneficio psicológico de esta técnica es evidente.

En algunos casos, sin embargo, la reconstrucción puede o debe posponerse (técnica denominada *reconstrucción diferida*). Algunas mujeres simplemente no desean más intervenciones que las estrictamente necesarias para curar la enfermedad. Otras veces, el empleo de técnicas más complejas de reconstrucción hace aconsejable retrasar la reconstrucción para no extender excesivamente la intervención. Si existen problemas médicos asociados, como obesidad, hipertensión, etc., también puede ser necesario retrasar la reconstrucción.

Por otro lado, la reconstrucción inmediata exige una colaboración estrecha entre el cirujano que extirpa la mama y el cirujano plástico, ya que es necesaria la presencia de ambos cuando se interviene a la paciente. Esta situación no es posible en hospitales donde no hay cirujano plástico (hospitales comarcales, por ejemplo). Esta situación hace necesario retrasar la reconstrucción, que será deberá ser realizada en otro centro.

En cualquiera de los casos, lo importante es disponer de una información adecuada y clara sobre las posibilidades de reconstrucción antes de ser intervenida, para enfrentarse a la operación de la forma más positiva posible.



¿ CÓMO ME AYUDARÁ ESTA GUÍA ?

El propósito de esta guía es informarle sobre las técnicas disponibles en reconstrucción mamaria para que pueda tomar una decisión después de haber sido correctamente informada.

Cada caso de cáncer de mama y cada mujer es diferente, por lo que no todas las técnicas son adecuadas para todas las pacientes.

En general, las técnicas más complejas de realizar, que son aquellas que utilizan tejido propio de la paciente para la recreación de la mama, ofrecen un resultado más natural, pero tienen el inconveniente de ser intervenciones más largas y de mayor envergadura. Algunas mujeres prefieren procedimientos quirúrgicos más sencillos, e incluso no llevar a cabo la reconstrucción.

Esta guía le informará de forma general de los distintos procedimientos actualmente empleados en la reconstrucción mamaria. Esta información proporcionada deberá ser completada con lo que su cirujano pueda explicarle y aconsejar en cuanto a las técnicas más apropiadas en su caso concreto.



¿ CUÁL ES MI SIGUIENTE PASO ?

En ocasiones tan sólo existe un único procedimiento que puede ser recomendado. Pero lo habitual es que existan diferentes posibilidades para la reconstrucción mamaria, y usted tenga que tomar una decisión conjuntamente con su cirujano.

Las decisiones sobre la cirugía reconstructiva dependen de muchos factores personales, tales como:

- Su estado general de salud.
- La etapa del cáncer de mama
- El tamaño de su mama natural (volumen de mama que tenga que ser extirpado y reemplazado)
- La cantidad de tejido disponible (cantidad de tejido disponible en las diferentes partes de su cuerpo que pueda ser utilizado para llevar a cabo la reconstrucción mamaria). Es posible que las mujeres muy delgadas no tengan suficiente tejido corporal adicional para plantear realizar reconstrucción con tejido propio.
- La posibilidad de plantear cirugía reconstructiva en ambas mamas (mastectomía profiláctica contralateral en caso de alto riesgo genético)
- El tipo de tratamiento complementario que vaya a recibir (radioterapia, quimioterapia u hormonoterapia) pueden contraindicar o desaconsejar determinado tipo de reconstrucciones.
- El tamaño del implante o de la mama reconstruido que quiera lograrse.
- Su deseo de igualar la apariencia de la mama sana con la reconstruida.

TU GUÍA EN
RECONSTRUCCIÓN
MAMARIA

Otros aspectos importantes a considerar

- Algunas mujeres no quieren pensar en la reconstrucción mientras se enfrentan a un diagnóstico de cáncer. Si éste es el caso, puede que usted opte por esperar hasta después de la cirugía del cáncer de mama para decidir si se somete a una reconstrucción.
- Es posible que usted no quiera someterse a ninguna otra cirugía.
- Con cualquier cirugía, va a existir formación de cicatrices, que serán diferentes según el tipo de técnica empleada.
- Puede ocurrir necrosis de la piel de la mama, del tejido o de la grasa trasplantada para la reconstrucción mamaria. Con la reconstrucción inmediata, existe una mayor probabilidad de necrosis cutánea. Si esto ocurre, se necesitarán más intervenciones quirúrgicas para resolver el problema. Ello puede deformar la nueva forma de la mama.
- No todas cirugías son un éxito total, y puede que a usted no le guste la forma en que quede su mama.
- La recuperación puede verse afectada si se sometió anteriormente a cirugía, quimioterapia o radiación; o si presenta historial de diabetes, consumo de tabaco, alcohol, y de algunos medicamentos, entre otros factores.
- La reconstrucción de la mama restaura la forma, pero no su sensibilidad. Con el transcurso del tiempo, la piel de la mama reconstruida puede volverse más sensible, pero no existirá la misma sensibilidad que había antes de la mastectomía.
- Puede que, por una u otra razón, los cirujanos sugieran que usted espere, especialmente si fuma o tiene otros problemas de salud. Con el propósito de lograr una mejor recuperación, muchos cirujanos opinan que usted tiene que dejar de fumar al menos 2 meses antes de llevar a cabo la cirugía reconstructiva. Es posible que no se pueda realizar la reconstrucción si usted está obesa, demasiado delgada, o presenta problemas de circulación sanguínea.
- El cirujano puede sugerir una cirugía en la mama sana para lograr una simetría adecuada y que ambas mamas resulten similares. Esto podría incluir reducir o agrandar el tamaño de esa mama, o incluso elevarla para cambiar su posición.
- El conocer sus opciones de reconstrucción antes de la cirugía puede ayudarle a prepararse para una mastectomía con una perspectiva más realista para el futuro.

Todas estas consideraciones deben ser tenidas en cuenta cuando consulte con su cirujano plástico para que pueda elegir entre las opciones disponibles en su caso.

Para tomar la decisión sin angustiarse:

- Tómese el tiempo que necesite para valorar sus opciones detenidamente con el cirujano.
- Pida a su cirujano que le informe de las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Trate de saber qué cuestiones son prioritarias para usted a la hora de decidir: resultados estéticos, riesgos posteriores, duración de la intervención...
- No olvide que su decisión no tiene por qué ser compartida por otras personas. Al final, usted es la paciente y la que va a pasar por la operación.
- La responsabilidad y decisión última del tipo de cirugía corresponden al cirujano. Aunque su opinión sea tenida en cuenta y, por supuesto, sea necesario su consentimiento, eso no significa que el médico pueda descargar toda su responsabilidad en usted.

¿ CUÁNDO REALIZAR LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA ?

La reconstrucción mamaria pretende recrear una mama lo más natural en cuanto a forma y volumen

Dependiendo de cuando se realice la reconstrucción mamaria, podemos distinguir:

- **Reconstrucción inmediata:** la reconstrucción se realiza en el mismo acto quirúrgico en el que se realiza la mastectomía.
- **Reconstrucción diferida:** la reconstrucción se realiza una vez completado el tratamiento del cáncer de mama.

Una de las primeras preguntas que tendrá que hacerse es: ¿ Quiero reconstruir mi mama ?

Si la respuesta es SI, tendrá que preguntarse si quiere realizar la reconstrucción de forma inmediata o diferida.

La reconstrucción inmediata de la mama: se realiza, o al menos se inicia, al mismo tiempo que se hace la mastectomía. A menudo, esto significa que el resultado final es mejor. Además, la reconstrucción inmediata significa pasar menos veces por quirófano. Después de la primera cirugía, puede que aún necesite un número de pasos para completar el proceso de reconstrucción inmediata.

Los beneficios son claros:

- Los resultados cosméticos son generalmente mejores.
- Más cantidad de piel de tu mama puede ser conservada.
- Evita pasar por el trance de verse una mama amputada.
- Ahorra una segunda intervención.

La reconstrucción diferida de la mama: significa que se comienza la restauración de la mama en una fecha posterior a la mastectomía.

En ocasiones, la reconstrucción inmediata de la mama no es recomendable o posible, habitualmente por el tipo de tumor o por la necesidad de radioterapia como tratamiento complementario u otros tratamientos adicionales.

Ésta puede ser una mejor opción para algunas mujeres que necesitan radiación en el área del tórax después de la mastectomía. La radioterapia administrada después de la cirugía de reconstrucción de la mama puede causar problemas.

Entre los beneficios de esta técnica encontramos:

- El tratamiento del cáncer de mama puede ser completado sin demora.
- La cirugía se lleva a cabo en dos tiempos, lo que permite una más rápida y fácil recuperación después de cada uno de los procedimientos.
- Tiene tiempo de informarse y de considerar qué opción reconstructiva es la mejor opción en su caso concreto.

No reconstrucción de la mama

Muchas mujeres, simplemente, no desean más intervenciones que las estrictamente necesarias para curar la enfermedad y están satisfechas con el uso de prótesis externa dentro del sujetador.

Siempre se puede considerar realizar una reconstrucción diferida de la mama si se cambia de opinión en el tiempo.



TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Las técnicas de reconstrucción mamaria pueden dividirse en dos grandes grupos:

- Las técnicas que utilizan implantes para recrear la nueva mama.
- Las técnicas que utilizan tejido autólogo (tejido de la propia paciente, comúnmente llamado colgajo) para la reconstrucción mamaria.

Las técnicas que han ganado más popularidad en los últimos años son las que utilizan tejido de la propia paciente para recrear la mama, puesto que ofrece resultados muy similares a los de una mama natural. Estos procedimientos usan tejido del abdomen, la espalda, los muslos o los glúteos para reconstruir la mama. Los dos tipos más comunes de procedimientos son el colgajo DIEP (o colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda), el cual usa tejido del área inferior del abdomen, y el colgajo de latissimus dorsi (músculo dorsal ancho), el cual usa tejido de la parte superior de la espalda.

No obstante, en algunas pacientes la reconstrucción utilizando implantes mamarios es más apropiada.

Reconstrucción con implantes mamarios

La reconstrucción en dos etapas es el tipo más común en el caso de reconstrucción con implantes mamarios. En la primera etapa, se coloca un expansor tisular, el cual es similar a un globo (prótesis vacía), debajo de la piel y de los músculos del tórax (principalmente músculo pectoral mayor). A través de una válvula diminuta debajo de la piel y el músculo, el cirujano inyecta una solución de suero salino a intervalos regulares para llenar el expansor con el paso del tiempo, hasta conseguir el volumen deseado (tiempo medio alrededor de 2 a 6 meses en función del volumen a conseguir y de las características de expansión de su piel).

Este proceso permite que la piel del tórax se distienda sobre el expansor, y cree así una "nueva" cobertura para la mama a reconstruir. En la mayoría de los casos, cuando la piel se ha distendido lo suficiente, el expansor se retira quirúrgicamente y se reemplaza por un implante de mama permanente (segunda etapa).



Existen algunos factores importantes que debe tener en cuenta:

- Los implantes de mama se pueden romper y se pueden desplazar con el paso del tiempo. Se puede formar tejido cicatricial alrededor del implante (contracción capsular), lo que puede ocasionar que la mama se endurezca o cambie su forma. Por ello ya no tendrá la misma forma y consistencia que tenía tras la cirugía. Si usted tiene un implante, será más difícil realizar las mamografías rutinarias para detectar cáncer en el tejido glandular mamario remanente, aunque no interfiere en el control postoperatorio del cáncer de mama.
- La reconstrucción mamaria con expansor tisular no puede producir una réplica exacta de la mama extirpada. No es posible crear una mama totalmente natural, en apariencia, en tacto y evolución. Además, es posible que se necesite una cirugía de simetrización en la mama opuesta (contralateral) con el fin de obtener un tamaño similar.
- Los implantes mamarios, y los expansores tisulares de cualquier tipo, no se consideran dispositivos para toda la vida. No se puede esperar que duren para siempre. Es probable que usted requiera una cirugía futura para reemplazar o extraer el implante con el paso de los años.
- Los cambios que se presentan en las mamas tras el aumento o la reconstrucción con los implantes no son reversibles. Puede quedar un aspecto estéticamente inaceptable de la mama si, posteriormente, usted decide extraerse los implantes o el expansor tisular.
- La reconstrucción con implantes mamarios es una técnica bastante sencilla que evita nuevas cicatrices en otras áreas de su cuerpo.
- Puede ser difícil conseguir una forma natural con respecto a la mama sana utilizando implantes mamarios, por lo que este tipo de intervención suele recomendarse en pacientes con mamas pequeñas, que no tienden a caer mucho con el paso del tiempo; o bien si la paciente va a ser mastectomizada de forma bilateral, ya que es más fácil conseguir una adecuada simetría.

Los implantes pueden ser una buena opción para usted si:

- No ha recibido radioterapia: la piel se distenderá sin problemas durante el proceso de expansión tisular.
- Es una paciente delgada con poco tejido para usar y recrear una nueva mama.
- Prefiere una intervención sencilla y corta, con rápida recuperación postoperatoria.
- Prefiere no añadir cicatrices adicionales en su cuerpo.

Actualmente con los nuevos implantes anatómicos y mediante la combinación de estos con los injertos de grasa, podemos conseguir resultados mucho más naturales que los que lográbamos hace unos años.



Reconstrucción con colgajos

Los tejidos necesarios para reconstruir la mama se toman de diferentes áreas del cuerpo. Consisten en porciones de piel, grasa o músculo que son transferidos desde el abdomen o la espalda al tórax donde se remodelan para darles forma de mama sin necesidad, en algunos casos, de usar prótesis/implantes. Son procedimientos más laboriosos, dejan más cicatrices y tienen un mayor tiempo de recuperación.

Este tipo de operaciones conllevan dos áreas quirúrgicas con sus correspondientes cicatrices: unas, en el lugar de donde se extrae el tejido (colgajo) y otra, en el área de la mama reconstruida. Debido a que se necesitan vasos sanguíneos sanos para que el suministro sanguíneo del tejido utilizado como colgajo sea adecuado, estos procedimientos no siempre se pueden ofrecer a las mujeres que fuman, que tienen diabetes, enfermedades del tejido conectivo o enfermedades vasculares.

En general, los colgajos actúan como el resto del tejido de su cuerpo. Se pueden agrandar o encojer a medida que usted pierde o gana peso, ocasionando diferencias en el tamaño de las mamas reconstruidas. A diferencia de los implantes, no debe preocuparse por su reemplazo o ruptura.

Estos procedimientos tienen su utilidad principalmente en aquellas pacientes en las que la piel torácica residual después de la mastectomía es de insuficiente calidad, ha sufrido por radioterapia o, sencillamente, la paciente no desea utilizar prótesis mamaria en la reconstrucción.

Reconstrucción con colgajo latissimus dorsi (dorsal ancho)

En este caso la reconstrucción se realiza con piel y músculo procedente de la espalda. El colgajo se compone de piel y grasa de la parte superior de la espalda, así como del músculo dorsal ancho y de los vasos sanguíneos que lo nutren (pedículo vascular). Se pasa por debajo de la piel de la axila hasta la parte delantera del tórax para recrear la mama.

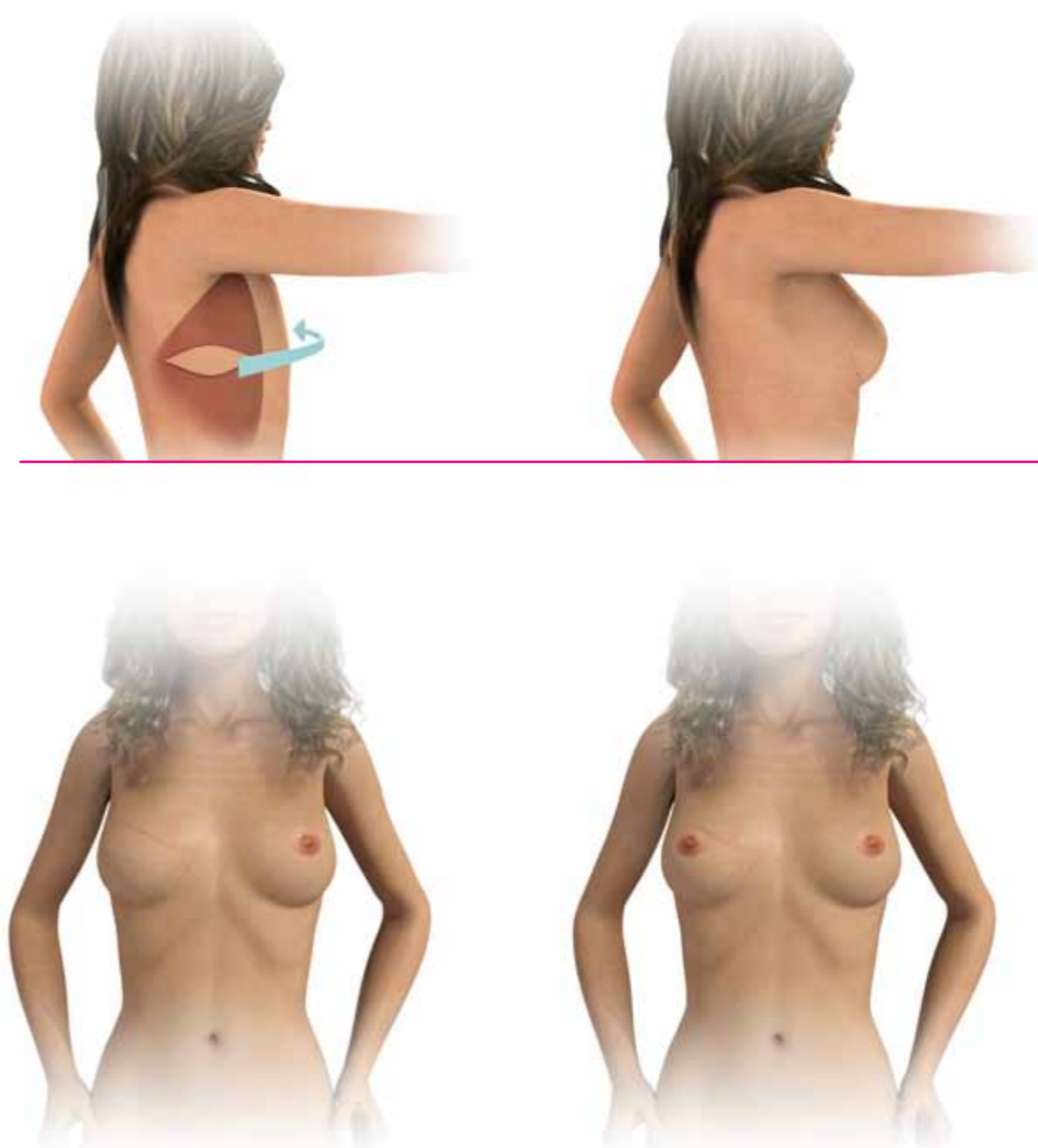
Con este método puede ser necesaria la utilización de una prótesis mamaria que mejore el volumen y la apariencia de la mama reconstruida en caso de no existir suficiente tejido para recrear una mama en apariencia y volumen similar a la mama contralateral.

Esta técnica conlleva más tiempo quirúrgico que la utilización de implantes mamarios, pero generalmente consigue un resultado estético más natural, especialmente si no se precisa un implante mamario junto con la transferencia del colgajo.

Aunque no es común, algunas mujeres pueden padecer debilidad en la espalda, el hombro o el brazo después de esta cirugía al utilizar el músculo dorsal ancho para la reconstrucción.

Debe tener en cuenta que este procedimiento dejara una larga cicatriz en la mitad de la espalda de donde se extrae el colgajo. Generalmente esta cicatriz puede ser ocultada con el sujetador o con la ropa interior.

Este colgajo esta especialmente indicado en pacientes que no necesitan gran cantidad de tejido para la reconstrucción mamaria, y en las que el tejido abdominal no es adecuado para realizar la reconstrucción. Es ideal en mujeres relativamente corpulentas con mamas de pequeño-mediano tamaño.



Reconstrucción con colgajos de la región abdominal

El tejido dermograso de la región abdominal inferior es el tejido ideal para la reconstrucción mamaria. Estos colgajos permiten aportar gran cantidad de tejido para la reconstrucción y ofrecen un resultado natural en cuanto a forma y textura de la mama recreada. La cicatriz que queda en el abdomen es similar a la de una abdominoplastia, con la ventaja cosmética añadida de retirar el tejido excedente de la región abdominal, remodelando la silueta y dejando un "vientre plano".

Entre los colgajos que utilizan tejido de la región abdominal, se encuentran:

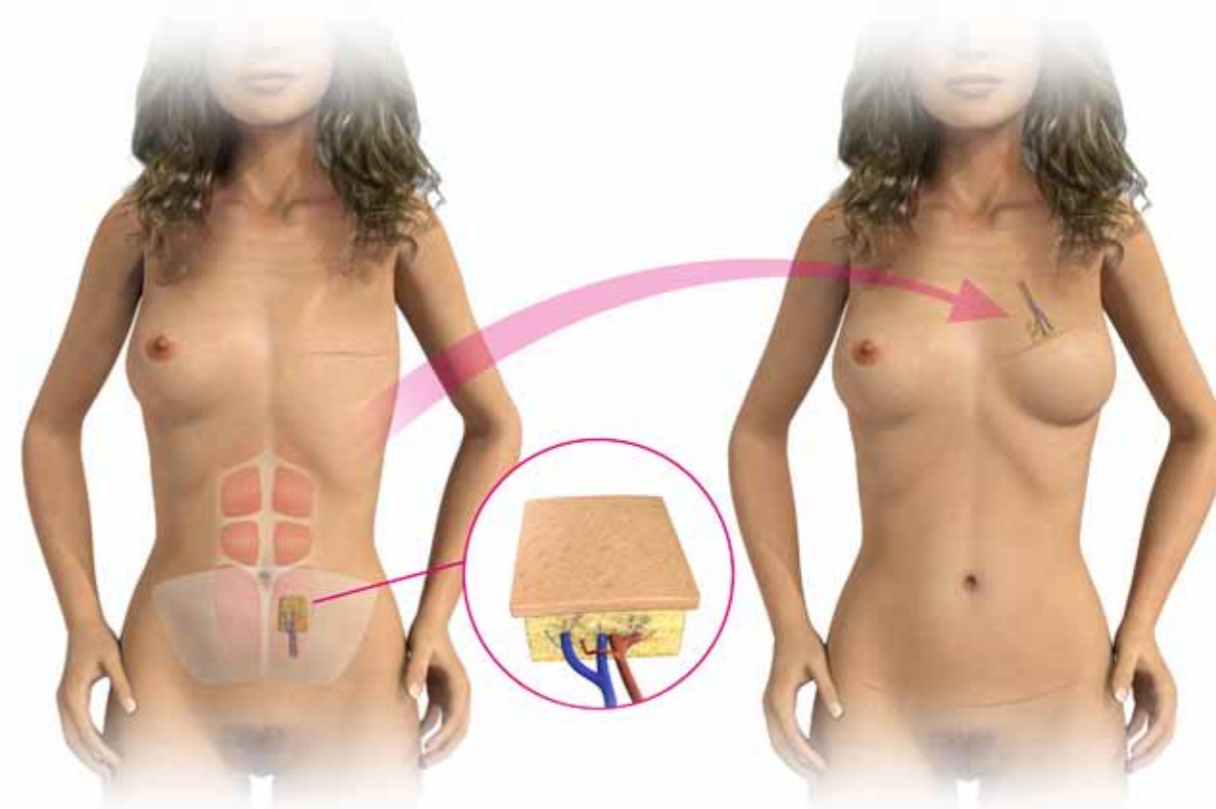
1. El colgajo DIEP, que se ha convertido en la técnica "gold-standard" en reconstrucción mamaria, que permite trasplantar únicamente la piel y grasa del abdomen que tenemos en exceso sin alterar la función muscular de la zona. La vascularización del tejido trasplantado se realiza mediante unos vasos muy pequeños llamados perforantes del sistema epigástrico inferior profundo. Técnicamente es un procedimiento complejo para el cirujano ya que la disección del colgajo es extremadamente precisa y meticulosa para lograr el mejor resultado estético con las mínimas secuelas funcionales. Se precisan técnicas de microcirugía para la disección y para la anastomosis vascular del colgajo a los de la región torácica. Es por tanto, lo que se llama un *colgajo libre*, es decir, un colgajo que se desconecta temporalmente de su vascularización original para ser trasplantado al tórax y recrear la mama, siendo necesario suturar de nuevo la arteria y vena que nutren al colgajo a vasos cercanos de la región torácica para restablecer el flujo sanguíneo y la vascularización que permite que sobreviva el colgajo.

2. El colgajo SIEA, utiliza el mismo tejido que el colgajo DIEP para la reconstrucción mamaria con la diferencia de basar la vascularización del colgajo en los vasos epigástricos inferiores superficiales. Tiene la ventaja de ser la técnica menos invasiva y la que menos morbilidad ocasiona a la paciente al no tener que abrir la fascia abdominal para buscar los vasos del sistema profundo. El único inconveniente que tiene es que no todas las pacientes tienen un sistema superficial adecuado para poder realizar este colgajo.

3. El colgajo TRAM, utiliza piel, grasa y una porción de músculo de la región abdominal inferior junto con los vasos que irrigan este tejido para la reconstrucción de la mama. Al utilizar componente muscular, pueden presentarse problemas en el sitio de donde se extrae el colgajo, tal como hernias abdominales o debilidad de la pared abdominal. **Existen dos tipos de colgajo TRAM:**

- **TRAM pediculado:** el colgajo no se desconecta de su suministro de sangre original, movilizándose por debajo de la piel desde la porción inferior del abdomen hacia el tórax. Es mucho más lesivo para la paciente ya que el sacrificio muscular es mucho mayor.
- **TRAM libre:** el colgajo se desconecta de su suministro de sangre original y se trasplanta al tórax realizando conexiones vasculares de los pequeños vasos que nutren al colgajo con vasos de la región torácica.

Cualquiera de los colgajos de la región abdominal inferior pueden conseguir resultados estéticos muy buenos en reconstrucción mamaria. Sin embargo, los cirujanos tienen preferencia por el colgajo SIEA o DIEP al ser procedimientos menos invasivos que no interfieren con la función muscular de la pared abdominal. En ocasiones, la decisión sobre qué colgajo utilizar se realiza finalmente en quirófano, según el estado de los vasos que nutren y perfunden el colgajo, por lo que es posible que no se pueda elegir a priori con certeza la técnica que finalmente será utilizada para realizar la reconstrucción de la mama.



Entre las desventajas de estas técnicas encontramos:

- Son intervenciones de mayor complejidad y envergadura que el uso de implantes mamarios, por lo que conlleva un mayor tiempo quirúrgico, una mayor estancia hospitalaria y un periodo de recuperación postoperatorio más prolongado.
- Puede que quede debilidad muscular de la pared abdominal si el músculo es utilizado para la reconstrucción mamaria (colgajo TRAM).
- En ocasiones no es posible utilizar el tejido de la región abdominal porque está dañado por cicatrices de cirugías previas, porque simplemente no hay suficiente cantidad en pacientes delgadas para reconstruir la mama, o porque hay alto riesgo de fracaso del colgajo en pacientes fumadoras o con problemas de vascularización.
- Tendrá cicatrices añadidas en la mama, alrededor del ombligo y en la porción inferior del abdomen.

Cuando estos colgajos son empleados, se consiguen resultados muy buenos y naturales en cuanto a aspecto, tacto y caída de la mama reconstruida, ofreciendo resultados estables y permanentes en el tiempo, sin problemas en la actividad diaria de las pacientes a largo plazo (sobre todo en los casos en los que los músculos de la pared abdominal quedan intactos).

Otros tipos de colgajo que pueden ser utilizados

Si el abdomen no proporciona una fuente adecuada de tejido para la reconstrucción de la mama, puede utilizarse tejido de los glúteos (colgajo SGAP / colgajo IGAP) o de la cara interna de los muslos para recrear la mama (colgajo TMG / colgajo TUG).

Estos colgajos no son comúnmente utilizados, y puede que encuentre que no todos los centros ofrecen estas técnicas.

Estos colgajos suelen utilizarse cuando la paciente desea reconstrucción con tejido propio y no es posible realizar la reconstrucción con tejido abdominal o con tejido de la región dorsal de la espalda porque son personas muy delgadas o porque han tenido alguna cirugía previa que contraindica su uso.

Colgajo libre de los glúteos

El *colgajo libre de los glúteos* (*gluteal artery perforator, GAP*) utiliza el tejido de los glúteos para crear la mama. Ésta es una opción para las mujeres que no pueden o que no quieren usar las áreas del abdomen debido a delgadez, incisiones previas, colgajo abdominal fallido u otras razones.

La piel, la grasa y los vasos sanguíneos se extraen de los glúteos y se transfieren al área de la mama. Se necesita un microscopio (microcirugía) para conectar los vasos diminutos.

Existen dos tipos de colgajo glúteo:

- **SGAP:** basado en la arteria glútea superior, que utiliza el tejido de la porción superior del glúteo.
- **IGAP:** basado en la arteria glútea inferior, que utiliza el tejido de la porción del glúteo próxima al surco inferior.

Colgajo libre de la cara interna del muslo

El *colgajo superior transversal del músculo gracilis* o *colgajo TUG* utiliza el músculo y tejido adiposo que se encuentra en la cara interna del muslo. La piel, el músculo gracilis y los vasos sanguíneos que lo nutren, se extraen y se pasan a la mama. Se usa un microscopio para conectar los diminutos vasos sanguíneos al nuevo suministro sanguíneo.

Las mujeres con muslos delgados no tienen mucho tejido para recrear la mama. Por lo tanto, las mejores candidatas para este tipo de cirugía son mujeres cuya parte interna de los muslos tiene excedente de tejido que se puede palpar y que necesitan recrear una mama de un tamaño pequeño o mediano.

Tiene la ventaja de que la cicatriz queda en un área fácil de ocultar, aunque a veces se presentan problemas con el proceso de curación y cicatrización de las heridas por la localización. Estos problemas suelen ser menores y fáciles de tratar.

Podemos por tanto dividir los colgajos en aquellos que contienen músculo:

- Colgajo TRAM • Colgajo dorsal ancho • Colgajo TUG

y los que tan sólo contienen piel y grasa:

- Colgajo DIEP • Colgajo SIEA
- Colgajo SGAP • Colgajo IGAP

INTERVENCIONES DE RETOQUE

Si elige llevar a cabo la reconstrucción mamaria, es normal que se necesite más de una intervención para conseguir el resultado deseado.

Después de la intervención inicial para reconstruir la mama, puede que necesite pasar nuevamente por quirófano para terminar de ajustar el tamaño, forma y medidas de la mama reconstruida o de la contralateral para conseguir una apariencia y simetría adecuadas.

Normalmente estas intervenciones de "retoque" son procedimientos menores (técnicas más sencillas y cortas que la intervención inicial).

Varios ajustes pueden ser necesarios para conseguir un resultado estético satisfactorio. Entre ellos encontramos:

- Implantar o cambiar una prótesis mamaria para mejorar la forma o el tamaño de la mama reconstruida o de la mama sana.
- Reposicionar o reducir la mama sana para lograr una adecuada simetría con la mama reconstruida.
- Reposicionar o reducir la mama reconstruida para lograr una adecuada simetría con la mama sana.
- Añadir volumen a las mamas utilizando grasa de la propia paciente (lipofilling, lipomodelado o lipoescultura).



Lipomodelado o injerto de grasa

Es una técnica consistente en la extracción de grasa de la propia paciente mediante liposucción. Esta grasa se procesa para eliminar sangre y otras sustancias distintas de la grasa y, una vez purificada, se transfiere a otra área mediante cánulas de infiltración para añadir volumen y así incrementar el tamaño, mejorar la forma, la textura y el perfil de las mamas.

Ha mostrado ser una técnica particularmente útil para el remodelado de las mamas porque:

- La grasa es extraída con cánulas de liposucción de zonas donde está en exceso (abdomen, caderas o cara interna de los muslos).
- Se procesa mediante centrifugado para extraer las células de grasa pura para poder implantarlas a modo de injerto en otra localización.
- Permite el remodelado de las mamas para terminar de ajustar el volumen, la forma o el contorno.
- Es una técnica relativamente no invasiva (utiliza pequeñas incisiones en la piel para poder introducir las cánulas).
- Puede ser realizada en varias ocasiones y conjuntamente con otros procedimientos o "retosques" que requiera la paciente (por ejemplo, la reconstrucción del complejo areola-pezones).
- Puede ser muy útil en reconstrucciones parciales de mama después de tumorectomias.

Habitualmente son necesarias varias sesiones de lipomodelado para conseguir el efecto deseado, ya que parte de la grasa implantada se reabsorbe con el paso del tiempo. Además la infiltración de grandes acúmulos de grasa puede comprometer la supervivencia de las zonas centrales originando necrosis grasa.

Reconstrucción del complejo areola- pezón

La reconstrucción del pezón y del área pigmentada alrededor del pezón (areola) es una decisión personal de la mujer.

Estas reconstrucciones son opcionales y, generalmente, constituyen la fase final de la reconstrucción mamaria. Es una cirugía que se realiza para lograr que la mama reconstruida se asemeje aún más a la mama natural. Se puede hacer sin hospitalización, después de administrar medicamentos para adormecer el área (*anestesia local*).

Por lo general, esta reconstrucción se hace en un periodo de alrededor de 3 - 6 meses después de haber realizado la cirugía para reconstruir la mama, para dar tiempo a los tejidos de la mama reconstruida a adoptar la forma y caída definitivas, y permitir colocar el pezón en la posición correcta con respecto a la mama contralateral para que queden lo más similares posibles.

Si va a recibir radioterapia como tratamiento complementario después de la reconstrucción mamaria, el cirujano esperará como mínimo 3 meses tras la finalización del tratamiento para plantear reconstruir el pezón.

Si decide llevar a cabo la reconstrucción del CAP (complejo areola-pezón), debe ser realista en cuanto a lo que la cirugía puede ofrecerte. Conseguirá una apariencia similar a un pezón-areola, pero no logrará restaurar la sensibilidad que previamente tenía. Con el tiempo, es posible que el pezón se aplane y se haga más pequeño y que la areola se despigmente.

La reconstrucción ideal del pezón y la areola requiere que la posición, el tamaño, la forma, la textura, el color y la proyección del nuevo pezón sean iguales a los del pezón natural. El tejido que se utiliza para reconstruir el pezón y la areola también se obtiene de su cuerpo. Por ejemplo, puede provenir de la mama recientemente creada, de parte del otro pezón sano, las orejas, los párpados, la región inguinal, la parte superior del muslo interior o los glúteos.

Es posible utilizar el tatuaje para igualar el color del pezón de la otra mama y para crear la areola.

Las técnicas más frecuentemente utilizadas para la reconstrucción del pezón son:

- Colgajos locales que utilizan la piel y grasa de la mama reconstruida, que se elevan y se suturan para recrear un pezón.
- Una porción del pezón de la mama sana puede ser transplantado a la mama reconstruida (autoinjerto pezón).

Las técnicas más utilizada para la reconstrucción de la areola son:

- Tatuaje.
- Injerto de piel (se coge un fragmento de piel) de la ingle, próximo al labio mayor para conformar la areola alrededor del pezón. Esta piel está más pigmentada y consigue un buen resultado estético. La cicatriz queda oculta.



RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN CASOS ESPECIALES

1- Reconstrucción parcial de mama (Cirugía Oncoplástica de mama): En algunos casos de cáncer de mama, no es necesario quitar la totalidad de la glándula mamaria para el tratamiento del cáncer. En estos casos la cirugía que se realiza es una tumorectomía, cuadrantectomía o una mastectomía parcial en función de la cantidad de tejido mamario que se extirpa.

En los casos en los que se realiza tumorectomía (escisión amplia y localizada del tumor) no es necesario habitualmente una reconstrucción total de la mama.

Generalmente la tumorectomía va seguida de tratamiento complementario con radioterapia. Si es necesario alguna técnica posterior para conseguir simetría con la mama contralateral, puede realizarse algún procedimiento sencillo como el lipofilling para rellenar el volumen extirpado con autoinjerto de grasa de la propia paciente.

En los casos en los que se realiza cuadrantectomía (extirpación del cuadrante de la mama donde está localizado el tumor) o mastectomía parcial (extirpación de más de un cuadrante) se puede plantear técnicas reconstructivas con colgajos locales o lipofilling.

Si la mujer tiene una mama de gran tamaño, es posible llevar a cabo la cirugía con una extirpación amplia del tumor y remodelar el tejido mamario restante para recrear una mama de un tamaño más pequeño. En el mismo acto quirúrgico puede reducirse el tamaño de la mama sana para conseguir una correcta simetría. Esta técnica se llama "mamoplastia terapéutica" y es ideal en los casos en que hay que realizar una mastectomía parcial, la paciente tiene mamas de gran tamaño, y desea o acepta un resultado final con mamas más pequeñas.

3- Hay mujeres que necesitan una reconstrucción mamaria con algunos de los procedimientos que hemos explicado anteriormente, no como secuela de haber tenido un cáncer de mama, sino como secuela de otros procesos que implican un desarrollo anómalo de la glándula mamaria o de la pared torácica (ej. Síndrome de Poland).

2- Mastectomía profiláctica: Algunas mujeres tienen un alto riesgo genético de padecer un cáncer de mama con el tiempo. Si tiene antecedentes familiares de varios casos de cáncer de mama a edades jóvenes, es probable que haya una base genética en su enfermedad.

Es posible la detección mediante test genético para saber si es portadora o no de los genes BRCA 1 y BRCA 2, que están relacionados con el riesgo de sufrir cáncer de mama y de ovario. La presencia de estos genes no implican que vaya a desarrollar el cáncer de mama inevitablemente, pero implican un riesgo oncológico más alto que en el resto de las mujeres que no lo tienen.

Otros factores de riesgo de sufrir cáncer de mama están relacionados con la radioterapia previa en la región torácica por otra causa o enfermedad.

Las mujeres con cáncer de mama unilateral, tienen un riesgo aumentado de sufrir cáncer de mama en la mama contralateral con el tiempo, según el tipo de tumor diagnosticado.

En todas estas situaciones puede plantearse realizar una mastectomía profiláctica o preventiva. Puede optarse también por los controles preventivos mediante mamografía o ecografía de forma alternativa con la intención de detectar de forma precoz un posible tumor.

En los casos de mastectomía profiláctica es habitual realizar una reconstrucción mamaria inmediata con cualquiera de las técnicas explicadas con anterioridad en esta guía.

LINFEDEMA Y CÁNCER DE MAMA

El linfedema, acúmulo de linfa en el tejido celular subcutáneo de la extremidades, es una de las secuelas más terribles e invalidantes del tratamiento del cáncer de mama. Entre el 15 y 30% de las pacientes sometidas a cirugía axilar desarrollarán algún grado de linfedema a lo largo de su vida. Debería formar parte junto a la reconstrucción mamaria del tratamiento integral de este tipo de tumores.

¿Por qué puede aparecer el linfedema como consecuencia del cáncer de mama?

Puede producirse cuando extirpamos los ganglios, ya sea totalmente (tal como ocurre en el vaciamiento axilar) o parcialmente (en el caso del ganglio centinela). El riesgo de linfedema aumenta cuando se administra radioterapia a la altura de la axila. Entonces se puede bloquear o interrumpir el sistema linfático, de manera que se acumula la linfa por debajo de la piel del brazo y de la mano.

La clínica del linfedema se caracteriza por un aumento de volumen de la extremidad superior, pesadez, rigidez y con frecuencia de la aparición de infecciones del sistema linfático. Desafortunadamente, el linfedema suele evolucionar hacia el deterioro progresivo que conduce a una cronificación del problema y a una limitación de las funciones del brazo. Es decir, a pesar de realizar un tratamiento adecuado con fisioterapia y rehabilitación, el linfedema raramente se estabiliza, reduce o remite.

De hecho, hasta hace poco años este problema sólo se abordaba con tratamientos conservadores, como los masajes o la colocación de vendajes. Sin embargo, hoy existen nuevas técnicas quirúrgicas disponibles con resultados esperanzadores. A pesar de no poderse indicar en todo tipo de pacientes, en casos seleccionados ofrecen mejorías considerables.

Actualmente las dos técnicas más utilizadas son:

1. Transferencia ganglionar microquirúrgica: Consiste en extraer ganglios sanos con vasos sanguíneos de una parte del cuerpo donde resulten prescindibles, como la zona superficial de la ingle, y trasladarlos a la axila median-

te microcirugía. Así se restituyen los ganglios extirpados en el vaciamiento ganglionar (tratamiento contra el cáncer) que, una vez transplantados en la axila, generan una nueva red de vasos linfáticos (linfogénesis): esa nueva red conecta la red linfática del brazo con los nuevos ganglios y permite vaciar la linfa a través de ellos. De este modo se reduce la linfa acumulada y se crea un nuevo sistema de drenaje linfático. En cuanto a la cirugía, que se lleva a cabo bajo anestesia general, dura entre 4 y 5 horas y requiere que la paciente permanezca hospitalizada 3 o 4 días.

2. Derivación microquirúrgica linfático-venosa: Consiste en unir los vasos linfáticos superficiales (que están justo bajo la piel) con las venas subdérmicas del brazo afectado mediante técnicas de supramicrocirugía, a través de unos pequeños cortes en la piel (de alrededor de 1 centímetro de longitud). De este modo, se descarga el linfedema, ya que la linfa se deriva desde el sistema linfático hacia las venas superficiales. Esta segunda opción, que se puede realizar con anestesia local, requiere 1 día de ingreso hospitalario para la paciente.

Tras estas intervenciones, las pacientes deben someterse a un programa de fisioterapia y rehabilitación de varios meses de duración.

Es importante intervenir el linfedema cuanto antes, a poder ser durante el primer año, cuando aún no se ha instaurado y no hay fibrosis residual, pues así se obtienen resultados más satisfactorios.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y RECUPERACIÓN

Decidir si quiere llevar a cabo la reconstrucción mamaria o no, puede ser una experiencia estresante y difícil para usted.

Necesita estar bien informada, y comprender correctamente información que puede ser compleja de entender, sobretodo en estos duros momentos en los que tiene que hacer frente a su enfermedad.

Es imposible saber exactamente como será la mama reconstruida y como se sentirá en el futuro.

La experiencia muestra que las mujeres que han llevado a cabo la reconstrucción mamaria han encontrado múltiples beneficios psicológicos, incluyendo una mejoría en su calidad de vida, mejora de la imagen de su cuerpo, el sentirse más seguras de sí mismas y recuperar la imagen de feminidad que habían perdido. El impacto emocional que las cirugías para extirpar el cáncer de mama tienen en las diferentes pacientes es imposible de prever, y no hay un remedio definitivo para superar el estado de ansiedad

y estrés que supone el cáncer de mama y la mastectomía. Es habitual que los sentimientos de ansiedad y depresión mejoren a lo largo del primer año después de haber realizado el diagnóstico.

Las mujeres que eligen llevar a cabo la reconstrucción mamaria necesitan adaptarse a los cambios en su apariencia y sensación con respecto al pecho reconstruido, y dependiendo del procedimiento reconstructivo elegido, también tendrán que hacer frente a los cambios acontecidos en otras regiones de su cuerpo (cicatrices adicionales en su espalda o abdomen).

No es raro que las pacientes se sientan ansiosas acerca de cómo el resto de gente (en especial su pareja) responderán y aceptarán la mama reconstruida, y les preocupa cómo afectará a su relación íntima de pareja.



Algunas mujeres también tienen incertidumbres de si el proceso neoplásico podrá recidivar en la mama reconstruida y cómo podrá detectarse si así ocurriera. Las mujeres pueden realizarse los controles habituales de prevención sin grandes inconvenientes.

Se puede realizar un seguimiento oncológico de la misma manera como si no hubieran reconstruidas.

La mayoría de las pacientes están satisfechas y contentas con el resultado conseguido después de la reconstrucción, así como sus parejas. No obstante, en algunos casos, el resultado conseguido no es el esperado por la paciente, lo que genera sentimientos de frustración y rechazo de cualquier otro tipo de cirugía de retoque.

En general, las mujeres que están más satisfechas con sus decisiones son aquellas que emplean el tiempo necesario para informarse y considerar cuidadosamente todas las opciones disponibles en su caso concreto.

¿Qué supone la cirugía?

Los detalles del proceso varían dependiendo de la técnica a utilizar, y serán explicados antes de la intervención para que sepa qué esperar.

Una vez haya decidido seguir adelante con la cirugía, tendrá que firmar el consentimiento informado de la cirugía y serán tomadas fotografías clínicas de su caso.

La reconstrucción de la mama conlleva habitualmente más de una operación. El primer paso es recrear la forma de la mama. Esto se puede hacer al mismo tiempo que la mastectomía, o en una fecha posterior. Debe realizarse en un centro sanitario que ofrezca todas las garantías. Además es posible que los otros procedimientos de seguimiento, tales como crear la forma del pezón y la areola, se hagan en un hospital o en una clínica ambulatoria.

El primer paso de la reconstrucción es casi siempre realizado bajo anestesia general. Esto implica que se le administrarán medicamentos que le inducirán a dormir sin que sienta dolor durante la cirugía. Para los procedimientos de seguimiento y retoques, puede que sólo se requiera de anestesia local.

Asegúrese de que:

- Ha leído toda la información acerca de las técnicas o procedimientos disponibles en su caso.
- Valor pros y contras en relación con sus valores personales y sus prioridades.
- Tenga ideas claras y expectativas reales de los probables resultados que la cirugía puede ofrecer.
- Discuta las diferentes opciones con su equipo médico y familiares o con personas cercanas para ayudarle en la toma de una decisión.
- Recuerde que, en última instancia, tiene que tomar una decisión que repercuta en su persona y no en nadie más.

Cuando despierte de la intervención llevará colocados un vendaje y drenajes (un drenaje es un pequeño tubo que se coloca para extraer líquido adicional en espera de que las heridas de la zona quirúrgica cicatricen).

En el caso de que la reconstrucción se haya realizado con un colgajo libre, estará durante 24 horas bajo un periodo de monitorización estrecha para asegurarse de que el flujo de sangre que le llega al colgajo es adecuado.

Probablemente se sentirá cansada y dolorida entre 1 o 2 semanas después de los procedimientos realizados. Su médico puede administrarle fármacos para controlar el dolor y otras molestias. Las pacientes se recuperan mejor y más temprano de la cirugía si el control del dolor es adecuado. Se hará todo lo posible para que el proceso sea lo más confortable para usted.

Dependiendo del tipo de cirugía, usted saldrá del hospital entre 1 y 6 días. Es posible que le den de alta con uno o más drenajes.

¿Cómo es el postoperatorio y los cuidados después de la intervención?

Una vez vuelvas a casa tras la intervención, te sentirás cansada inicialmente. Sería recomendable que tuvieras alguien en casa para ayudarte.

El periodo de recuperación depende del tipo de procedimiento utilizado en la reconstrucción mamaria.

Como regla general:

- Después de la primera semana debería empezar a cuidar de si misma y comenzar a realizar sus actividades normales.
- Unas semanas más tarde de la intervención, debería seguir controles con su cirujano para comprobar que todo va correctamente y que no hay ninguna complicación.
- Cuando hayan pasado unos meses, debería visitar nuevamente a su cirujano para valorar si es necesaria alguna cirugía de retoque y cuándo realizarla.

¿Me quedarán cicatrices?

Todas las intervenciones conllevan cicatrices. El tamaño y posición de las mismas dependen por completo de la técnica utilizada.

En general, la reconstrucción con implantes mamarios implica tener una cicatriz corta confinada a la mama reconstruida, mientras que las técnicas que utilizan colgajos producen cicatrices largas en la mama reconstruida así como en la zona de donde se obtiene el tejido (abdomen, espalda, etc.).

En la mayoría de los casos, las cicatrices estarán inicialmente rojas y algo abultadas. Pero, habitualmente, con el paso del tiempo, se volverán blanco nacaradas y planas. Este proceso puede tardar entre 1-2 años en suceder.

Puede ocurrir que algunas personas tengan una cicatrización anómala, bien porque la cicatriz se alargue y se ensanche, o bien porque la cicatriz se eleve y continúe roja e incluso produzca picor (cicatriz hipertrófica/queloidea).

La cicatrización que cada persona tendrá es imposible de predecir, ya que depende del tipo de piel de cada uno así como de su tendencia a cicatrizar de uno u otro modo.



¿Qué complicaciones pueden ocurrirme?

Casi todas las mujeres a quienes se les extirpa la mama debido al cáncer pueden reconstruirse. Sin embargo, todo tipo de cirugía supone ciertos riesgos, y la reconstrucción puede tener ciertas complicaciones que son únicas para algunas mujeres.

Algunos riesgos inherentes a la cirugía de reconstrucción mamaria son:

- Sangrado, que si es importante, puede requerir revisión en quirófano para su control. En casos extremos puede llegar a precisar transfusión sanguínea.
- Acumulación de líquido en la mama o en el lugar de donde se extrajo el tejido, con inflamación y dolor.
- Crecimiento del tejido cicatricial (cicatrización anómala).
- Infección.
- Muerte del tejido (necrosis) de todo o parte del colgajo, piel o grasa.
- Problemas en la región donante, inmediata o posteriormente.
- Pérdida o cambios en la sensibilidad de la mama y del pezón.
- Cansancio y debilidad.
- Necesidad de someterse a más cirugía para corregir problemas que surgen.
- Problemas con los medicamentos (anestesia).

El problema más común es el retraso en la cicatrización de las heridas:

- El riesgo es mayor en los casos en los que la reconstrucción se realiza con colgajos, ya que existen cicatrices más largas en las zonas de donde se obtiene el tejido y en la mama reconstruida.

- Lo mas frecuente es que se trate de un problema de cicatrización leve que se resuelva sin complicaciones, pero en ocasiones puede ocurrir infección, pérdida de la piel, dehiscencia de la herida quirúrgica (separación y apertura de los bordes de la herida) que pueden requerir cirugía adicional.
- El uso de tabaco causa que los vasos sanguíneos se cierren (constricción) y que se reduzca el suministro de nutrientes y oxígeno a los tejidos. Como en cualquier cirugía, el fumar puede retrasar el proceso de curación. Esto puede causar que las cicatrices se noten más y que tenga un periodo de recuperación más prolongado. Estas complicaciones son a veces tan graves que requieren de otra operación para corregirlas. Puede que se le indique dejar de fumar unas semanas o meses antes de la cirugía para reducir estos riesgos.

Otros problemas generales que pueden ocurrir son:

- Si se ha utilizado un implante para la reconstrucción mamaria, pueden ocurrir problemas asociados al mismo como daño o rotura del expansor/implante, extrusión (adelgazamiento de la piel con exposición de la prótesis al exterior),movilización del expansor/prótesis, contractura capsular con endurecimiento y cambio de la forma de la mama reconstruida, pliegues o arrugas visibles de la prótesis, produciendo todo ello un resultado estético desfavorable.
- Si en la reconstrucción mamaria se han utilizado colgajos que incluyen tejido muscular de la región abdominal inferior, puede aparecer debilidad de la pared abdominal, e incluso eventración o hernias.

- Hay cierto riesgo de que se produzcan trombosis venosas profundas en las extremidades si durante el postoperatorio permanece inmobilizada sin caminar durante tiempo (la sangre se remansa en las extremidades y pueden formarse trombos que ocluyan la circulación). Se tomarán las medidas oportunas para evitar que esto pase realizando ejercicios de movilización de las extremidades y administrando anticoagulantes si es preciso.

Los riesgos específicos asociados a la reconstrucción con colgajos libres tienen que ver con problemas de vascularización asociados:

- En el caso de los colgajos libres, el colgajo se desconecta de su suministro de sangre original y se trasplanta al tórax realizando conexiones vasculares de los pequeños vasos que nutren al colgajo con vasos de la región torácica. Posteriormente se remodela para recrear la mama. Puede ocurrir que las conexiones vasculares no funcionen correctamente porque queden ocluidas por trombos que impiden que el flujo sanguíneo llegue al colgajo.

Estos problemas suelen ocurrir generalmente durante las primeras 24- 72 horas, periodo durante el que será vigilada de forma más estrecha para comprobar que el colgajo y su vascularización son correctos.

Si se detecta este tipo de problema, será necesario pasar de nuevo por quirófano para rehacer las anastomosis (conexiones vasculares) y restablecer una adecuada perfusión sanguínea del colgajo, para evitar que el tejido del colgajo se necrose y se pierda. En ocasiones, el colgajo puede quedar dañado de forma irreversible y no ser posible su recuperación, por lo que será necesario la retirada del mismo.

No hay mucho que se pueda hacer antes de la intervención para intentar prevenir estos riesgos, pero siempre se aconseja a las pacientes perder peso y dejar de fumar antes de la cirugía para disminuir la probabilidad de complicaciones.



Regreso a la normalidad

Usted podría regresar a sus actividades normales después de 6 a 8 semanas de la intervención. Si se utilizaron implantes sin colgajos, puede que su periodo de recuperación sea incluso más corto.

Algunos aspectos que debe tener en cuenta:

- La reconstrucción no restaura la sensibilidad normal a su mama, pero posiblemente recupere algo de sensación en un periodo de varios años.
- Puede que tarde hasta alrededor de 8 semanas para que los hematomas y la inflamación desaparezcan. Trate de ser paciente para esperar a ver el resultado final.
- Es posible que tarde entre 1 a 2 años en que se adapten los tejidos y para que las cicatrices comiencen a desaparecer, aunque las cicatrices nunca desaparecerán totalmente.
- Pregunte cuando podrá usar nuevamente los sujetadores normales. Durante los primeros meses posteriores a la cirugía, tendrá que utilizar sujetador sin aros y de algodón que sean cómodos (tipo deporte).
- Como regla general, debe evitar levantar objetos por encima de la cabeza, así como practicar deporte y tener actividad sexual entre unas 4 y 6 semanas después de la reconstrucción. Pregunte a su cirujano cuándo retomar el resto de sus actividades habituales, ya que esto es diferente según el tipo de reconstrucción realizada.
- Las mujeres que se reconstruyen la mama meses o años después de la mastectomía pasan por un período de adaptación emocional una vez que tienen su mama reconstruida. De la misma manera que supone tiempo a la mujer adaptarse a la pérdida de una mama, también es preciso que transcurra un periodo de tiempo hasta comenzar a aceptar que la mama reconstruida es suya.
- Conversar con otras mujeres que se han sometido a una reconstrucción de la mama puede ser beneficioso. No obstante, cada caso es único y ni los resultados ni las complicaciones son extrapolables de unas pacientes a otras. Además, conversar con un profesional de

la salud mental puede ayudarle a aclarar la ansiedad y otros sentimientos de angustia.

- Los implantes de silicona se pueden deteriorar o romper con el paso del tiempo sin causar ningún síntoma. Algunos cirujanos recomendarán controles periódicos junto con pruebas de imagen como la ecografía y la resonancia magnética para asegurar que el implante mamario está en correcto estado.
- Llame inmediatamente a su médico si nota cualquier cambio en la nueva piel/tejido, inflamación, protuberancias, dolor o líquido que sale de la mama, las axilas, o el lugar de donde se extrajo el colgajo, o si presentan otros síntomas que le preocupen.



PREGUNTAS MÁS FRECUENTES:

¿Qué tipos de reconstrucción están disponibles en la sanidad pública?

Todas las técnicas que se realizan actualmente en reconstrucción mamaria están disponibles y son cubiertas por la sanidad pública en los hospitales en los que existe un equipo de cirugía plástica. Si un determinado procedimiento no es ofertado en el hospital que consulte, puede pedir que le deriven a un hospital donde se realice la técnica que busca. No acepte soluciones intermedias para "salir del paso". Busque la excelencia y la completa satisfacción de sus demandas.

¿Quién decide el tipo de reconstrucción mamaria, ¿mi cirujano o yo?

No todos los tipos de reconstrucción son adecuados para todas las pacientes, hay pros y contras para cada procedimiento que debe tener en cuenta antes de elegir. Su cirujano le informará de los procedimientos más adecuados en su caso concreto y tendrán que consensuar cuál es la mejor opción para usted. Le deberían de ser ofertadas todas las opciones disponibles para su caso, incluso aunque no puedan ser realizadas en el hospital en el que consulte.

¿Qué implica la reconstrucción mamaria?

Esto dependerá del tipo de procedimiento que elija y de si puede o no ser llevado a cabo en el mismo tiempo que se realiza la extirpación de la mama afecta por el tumor (mastectomía).

Es normal que se necesite más de una intervención para conseguir el resultado deseado en la reconstrucción mamaria.

Después de la intervención inicial para recrear la mama, puede que necesite intervenciones de "retoque" que por lo general son procedimientos menores (técnicas más sencillas y cortas que la intervención inicial) para terminar de remodelar la mama, corregir cicatrices o reconstruir el complejo areola-pezones.

¿Con quién puedo hablar para obtener más información?

Normalmente dispondrá de un equipo multidisciplinario compuesto por un cirujano general o un ginecólogo, un cirujano plástico, un oncólogo, psicólogo, psiquiatra y un equipo de enfermería para darle soporte y resolver sus dudas.

También puede hablar con otras mujeres que han sido reconstruidas que podrán contar su experiencia y resolver algunas de sus incertidumbres.

Existen recursos "online" que proporcionan información de las diferentes intervenciones disponibles, así como guías como la que está leyendo para intentar clarificar y proporcionar más información que le pueda ser de utilidad.

Es un momento en el que tendrá que tomar importantes decisiones, y es por tanto imprescindible, que disponga de toda la información posible.



¿Qué factores tengo que tener en cuenta para decidir qué tipo de reconstrucción es mejor en mi caso?

La primera pregunta a la que hay que dar respuesta es decidir si quiere reconstruirse la mama o no. En caso afirmativo, tendrá que decidir si prefiere realizarla de forma inmediata, es decir, al mismo tiempo en que se realiza la cirugía para extirpar la mama, o si por el contrario, prefiere hacer una reconstrucción diferida en el tiempo.

Deberá considerar si prefiere una reconstrucción en la que se utilicen implantes mamarios o, si por el contrario prefiere evitarlos y recurrir a la reconstrucción con tejido propio (colgajos), aunque signifique someterse a una intervención más compleja.

Otro aspecto a considerar es si está dispuesta a tener cicatrices adicionales en otras zonas de tu cuerpo para conseguir la reconstrucción mamaria con colgajos, o si aceptará retoques en la mama sana para ajustar en volumen, posición y forma a la mama reconstruida, en caso de que sea necesario para conseguir una adecuada simetría entre las dos mamas.

Puede que le sea de ayuda escribir un listado con los pros y contras de cada procedimiento, anotar sus dudas e incertidumbres y discutir las con su familia, amigos y equipo médico.

¿Cuánto tiempo tardaré en recuperarme tras la intervención?

Dependerá del tipo de reconstrucción finalmente elegida, de la capacidad de recuperación que cada persona tenga y del estado de ánimo y voluntad que mantenga. En las intervenciones más complejas, puede tardar hasta 6 semanas en recuperarse por completo.

Consulte con su equipo médico y solicite información en función del procedimiento elegido.

Si decido realizar reconstrucción con implantes, ¿cuando tendré que cambiarlos?

Los implantes mamarios no son dispositivos que duren toda la vida, con el tiempo se deterioran e incluso pueden sufrir roturas. El implante puede endurecerse debido a la contractura de la cápsula que se forma alrededor de la prótesis de silicona, produciendo cambios en la forma y apariencia de la mama reconstruida. Pueden aparecer arrugas visibles que produzcan un resultado estético desfavorable.

Es impredecible saber cuándo se producirán estos cambios. Por este motivo es aconsejable que siga controles periódicos con su cirujano para que se decida el mejor momento de recambio del implante mamario. Por lo general, los implantes que más tiempo llevan en el mercado suelen tener una vida útil de 10 – 15 años. Los implantes más modernos no llevan suficiente tiempo en el mercado para establecer, a ciencia cierta, su durabilidad, la cual debe ser previsiblemente superior a los de generaciones anteriores.

La sanidad pública cubre el cambio de implante que se ha colocado por razones reconstructivas (secuelas de un proceso oncológico/quirúrgico), pero no cubre los casos en que se han colocado de forma estética para aumentar el tamaño de las mamas.

TU GUÍA EN RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

Otras preguntas aconsejables para su cirujano son:

- ¿Soy una buena candidata para una reconstrucción de la mama?
- ¿Cuándo puedo reconstruirme?
- ¿Qué tipos de reconstrucción puede llevarse a cabo?
- ¿Qué tipo de reconstrucción considera usted que puede ser mejor para mí? ¿Por qué?
- ¿Cuántos de estos procedimientos han realizado usted (cirujano plástico) o su equipo?
- ¿Qué resultados puedo esperar?
- ¿Será la mama reconstruida igual a la otra mama?
- ¿Cómo se sentirá al tacto mi mama reconstruida?
- ¿Tendré alguna sensibilidad en mi mama reconstruida?
- ¿De qué posibles problemas debo tener conocimiento?
- ¿Sentiré dolor, quedarán cicatrices u otros cambios en las partes de mi cuerpo de donde se tomó tejido (si se usó un colgajo de tejido)?
- ¿Cuánto dolor o qué molestias sentiré?
- ¿Por cuánto tiempo estaré hospitalizada?
- ¿Requeriré de transfusiones sanguíneas? De ser así, ¿puedo donar mi propia sangre?
- ¿Cuánto tiempo tardaré en recuperarme?
- ¿Qué tendré que hacer en casa para cuidar de mis heridas quirúrgicas?
- ¿Tendré un drenaje (tubo que permite la salida de líquido) cuando regrese a casa?
- ¿Cuánta ayuda necesitaré en mi casa para cuidar de mi drenaje y heridas?
- ¿Qué actividad puedo realizar en mi casa?
- ¿Qué debo hacer si mi brazo se inflama (a esto se le llama linfedema)?
- ¿Cuándo podré regresar a mis actividades normales?
- ¿Puedo conversar con otras mujeres que hayan tenido la misma cirugía?
- ¿Interferirá la reconstrucción con la quimioterapia?
- ¿Interferirá la reconstrucción con la radioterapia?
- ¿Cuánto tiempo durará el implante?
- ¿Qué clases de cambios debo esperar con el tiempo en la mama?
- ¿Cómo afectará el envejecimiento a la mama reconstruida?
- ¿Qué sucede si bajo o subo de peso?
- ¿Hay nuevas opciones de reconstrucción de las que deba tener conocimiento, incluyendo estudios clínicos?

GLOSARIO

- **Anestesia general:** Técnica que usa medicamentos o gases que le inducen a dormir profundamente para que no sienta dolor durante la cirugía.
- **Anestesia local:** uso de medicamentos para adormecer sólo la parte del cuerpo donde se realiza un procedimiento o cirugía, de manera que un paciente esté más cómodo; el paciente generalmente permanece despierto.
- **Anestesia:** pérdida de sensación causada por medicamentos o gases. La anestesia general causa la pérdida del conocimiento (produce un sueño profundo). La anestesia local o regional adormece sólo determinada área. Algunas operaciones utilizan ambas.
- **Areola:** área más pigmentada que rodea al pezón.
- **brca:** es un gen supresor de tumores. Cuando las personas tienen una copia defectuosa de estos genes, tienen un riesgo más elevado de padecer determinados tipos de cáncer (cáncer de mama y/o cáncer de ovario).
- **Cirugía conservadora de la mama:** cirugía empleada para extirpar tumores cancerosos en la mama junto con una pequeña región de tejido normal alrededor, pero sin extirpar la mama en su totalidad. Con frecuencia, se administra también radioterapia después de la cirugía. A este método también se le llama *tumorectomía*, o *mastectomía segmentaria* o *parcial*.
- **Colgajo del músculo dorsal ancho (latissimus dorsi):** este procedimiento transfiere el músculo, la piel y la grasa de la parte superior de la espalda al tórax para recrear la forma de la mama.
- **Colgajo DIEP (perforante de la arteria epigástrica inferior profunda):** un tipo de procedimiento micro quirúrgico que usa grasa y piel de la parte inferior del abdomen para crear la forma de la mama.
- **Colgajo superior transversal de músculo gracilis (TUG):** en esta cirugía se usa músculo y tejido adiposo que se encuentra en la cara interna de los muslos para recrear la forma de la mama.
- **Colgajo libre de los glúteos o colgado GAP:** tipo de procedimiento microquirúrgico de colgajo que usa tejido de los glúteos para crear la forma de la mama.
- **Colgajo libre:** en esta clase de cirugía, el tejido para la reconstrucción se transfiere totalmente desde otra área del cuerpo, y los suministros de sangre y de nervios son reconnected quirúrgicamente con microscopios especiales.
- **Colgajo pediculado:** tejido que se extrae quirúrgicamente pero donde los vasos sanguíneos permanecen conectados en su localización original, transfiriéndose el tejido desde la región original al área torácica, donde se necesita para reconstruir la mama.
- **Colgajo transversal con el músculo recto abdominal (TRAM):** un procedimiento en el que se usa tejido y músculo de la parte inferior de la pared abdominal para reconstruir la forma de la mama. Puede ser un colgajo pediculado (permanece adherido a su base y luego se canaliza) o libre (cortado de su base y trasplantado al tórax).
- **Contractura capsular:** tejido cicatricial que se forma alrededor del implante, que pone presión y provoca induración y deformidad del mismo. Existen 4 grados de contracción (Grados I-IV), que van desde normal y suave hasta duro, doloroso y desfigurado.
- **Ensayos clínicos:** estudios de tratamientos nuevos en pacientes. Sólo se lleva a cabo cuando existe razón para pensar que el tratamiento que se está estudiando puede ser beneficioso para los pacientes.
- **Expansor tisular:** se utilizan prótesis vacías a modo de globos implantados debajo de la piel y el músculo pectoral mayor para distender el tejido. El cirujano coloca el expansor debajo de la piel y el músculo, y por semanas o meses inyecta una solución salina para expandir lentamente la piel que está por encima con el fin de crear un espacio al implante (prótesis) definitivo.
- **IGAP:** siglas en inglés de “inferior gluteal artery perforator” (perforante de la arteria glútea inferior), para referirse a la técnica que utiliza el tejido del glúteo que irriga este vaso perforante.
- **Implante de mama:** prótesis interna usada para aumentar el tamaño de la mama o restaurar la forma de la mama después de la mastectomía. Los implantes van rellenos de un material artificial llamado silicona o suero fisiológico. Gracias a su flexibilidad, fuerza y textura, la sensación es parecida a una mama natural.
- **Lipofilling/Lipomodelado:** procedimiento que utiliza grasa de la propia paciente, obtenida mediante liposucción de una región donde está en exceso, para utilizarla para rellenar o remodelar la mama.
- **Mastectomía con conservación del pezón:** procedimiento que permite la conservación del pezón, la areola y la mayor parte de la piel de la mama durante la mastectomía, para facilitar la reconstrucción. Se usa principalmente en pacientes con tumores pequeños en etapa precoz, que no están cerca del área del pezón. A veces se administra, una sola vez, una dosis de radiación en el tejido del pezón para reducir el riesgo de células cancerosas ocultas.
- **Mastectomía parcial o segmentaria:** cirugía en la que se extirpa más tejido de la mama que en una tumorectomía.
- **Mastectomía:** extirpación quirúrgica de toda la glándula mamaria y, a veces, otros tejidos como el músculo pectoral o los ganglios linfáticos de la axila (linfadenectomía).
- **Microcirugía o cirugía microvascular:** procedimiento que usa microscopios e instrumentos quirúrgicos de alta precisión para reconectar los vasos sanguíneos y los nervios a los tejidos que se extraen a otra área.
- **Necrosis:** muerte celular del tejido a causa de la falta de suministro de sangre o por congestión del retorno venoso.
- **Perforante:** pequeño vaso que procede de un vaso principal que atraviesa (perfora) los diferentes tejidos para llegar a la piel y vascularizarla.
- **Prótesis externa:** dispositivo externo, artificial, que sustituye una parte del cuerpo que ha sido extirpada (como una mama), para llenar la copa del sujetador.
- **Reconstrucción con colgajo:** el colgajo es un tejido que se extrae quirúrgicamente de otra área del cuerpo para la reconstrucción mamaria. Puede ser un colgajo pediculado (permanece adherido a su base y luego se canaliza) o libre (cortado de su base y trasplantado al tórax).
- **Reconstrucción de la mama:** cirugía que reconstruye el contorno o forma de la mama después de la mastectomía.
- **Reconstrucción diferida:** cirugía de reconstrucción que se realiza en una fecha posterior, es decir, no al mismo tiempo que se hace la mastectomía.
- **Reconstrucción inmediata:** cirugía de reconstrucción que se realiza al mismo tiempo que se hace la mastectomía.
- **SGAP:** siglas en inglés de “superior gluteal artery perforator” (perforante de la arteria glútea superior), para referirse a la técnica que utiliza el tejido del glúteo que irriga este vaso perforante.
- **SIEA:** siglas en inglés de “superficial inferior epigastric artery” (perforante de la arteria epigástrica inferior superficial), para referirse a la técnica que utiliza el tejido de la parte inferior del abdomen que irriga este vaso perforante.
- **TRAM:** siglas en inglés de “tranverse rectus abdominis musculocutaneous” (colgajo de recto abdominal con isla transversal de piel), para referirse a la técnica que utiliza el tejido de la parte inferior del abdomen junto con el músculo para recrear la mama.
- **TUG:** siglas en inglés de “tranverse upper gracilis” (colgajo transversal superior de músculo gracilis) para referirse a la técnica que utiliza el músculo gracilis junto con una isla de piel y grasa diseñada de forma transversal, obtenida de la cara interna del muslo.
- **Tumorectomía:** cirugía que extirpa solamente el tumor de mama y un margen de tejido normal circundante.

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN:

LIBROS:

- **Después del cáncer de mama: como mejorar la calidad de vida durante y después de la enfermedad.**
J. Masià
RBA Libros, 2009
ISBN: 9788498675382
- **Breast Reconstruction: Your Choice**
D. Rainsbury & V. Straker
Class Publishing, 2008
ISBN: 9781859591970
- **The Boudica within. The extraordinary journey of women alter breast cancer and reconstruction**
E. Sassoon
The Erskine Press 2007
ISBN: 9781852970970
- **Be a Survivor. Your guide to Breast Cancer treatment**
V. Lange
Lange Productions 2006
- **A woman's decision. Breast care, treatment and reconstruction**
K. Berger, J. Bostwick III
St. Martin's Griffittin 1998

INTERNET (WEBSITES):

- **www.secpre.org**
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
- **www.sespm.es**
Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria
- **www.fecma.com**
Federación Española de Pacientes Afectadas de Cáncer Mama
- **www.aecc.es**
Asociación Española Contra el Cáncer
- **www.reconstruccionmamaria.es**
Web interactiva sobre reconstrucción mamaria
(Director Científico Dr. J. Masià)
- **www.diepflap.com**
Web americana sobre reconstrucción mamaria
(Director Científico Dr. R. Allen)
- **www.breastrestoration.org**
Web americana sobre reconstrucción mamaria
(Director Científico Dra. A. Spiegel)
- **www.yourbreastoptions.es**
Web patrocinado por Mentor
(empresa de implantes)

AGRADECIMIENTOS:

Los editores, Jaume Masià y María Leyre Olivares les gustaría agradecer a Gregorio Gómez, Gemma Pons, Agustí Barnadas, Teresa Ramón y Cajal y a Carlos Vazquez por su valiosa colaboración y aportaciones en la revisión final de esta edición.

También les gustaría destacar la generosa contribución y patrocinio de esta primera edición a las siguientes empresas del sector:



EUROSILICONE



Maquetación e ilustraciones: www.asteriskoestudio.com

1ª Edición, Barcelona 2012

secpre

Sociedad Española de Cirugía
Plástica Reparadora y Estética



*La Excelencia en Cirugía
Plástica, Reparadora y Estética*

General Oráa, 69 1ª
28006 Madrid (España)
T. 902 40 90 60 / +34 91 576 59 95
F. 91 431 51 53
E-mail: info@secpre.org
www.secpre.org