

# PAPEL DE LA CIRUGÍA REPARADORA

Dr. Antonio Piñero Madrona.

Servicio de Cirugía General.

Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca”.

Murcia.

# INTRODUCCIÓN

Tratamiento QUIRÚRGICO del cáncer de mama:

- Exéresis quirúrgica del tumor primario,
- con unos adecuados márgenes de seguridad.

Consecuencia: DEFECTO ANATÓMICO o MUTILACIÓN.

Objetivo de la CIRUGÍA REPARADORA:

- Restituir la imagen corporal de la paciente,
- pero sin comprometer el pronóstico de la enfermedad.

Variables determinantes:

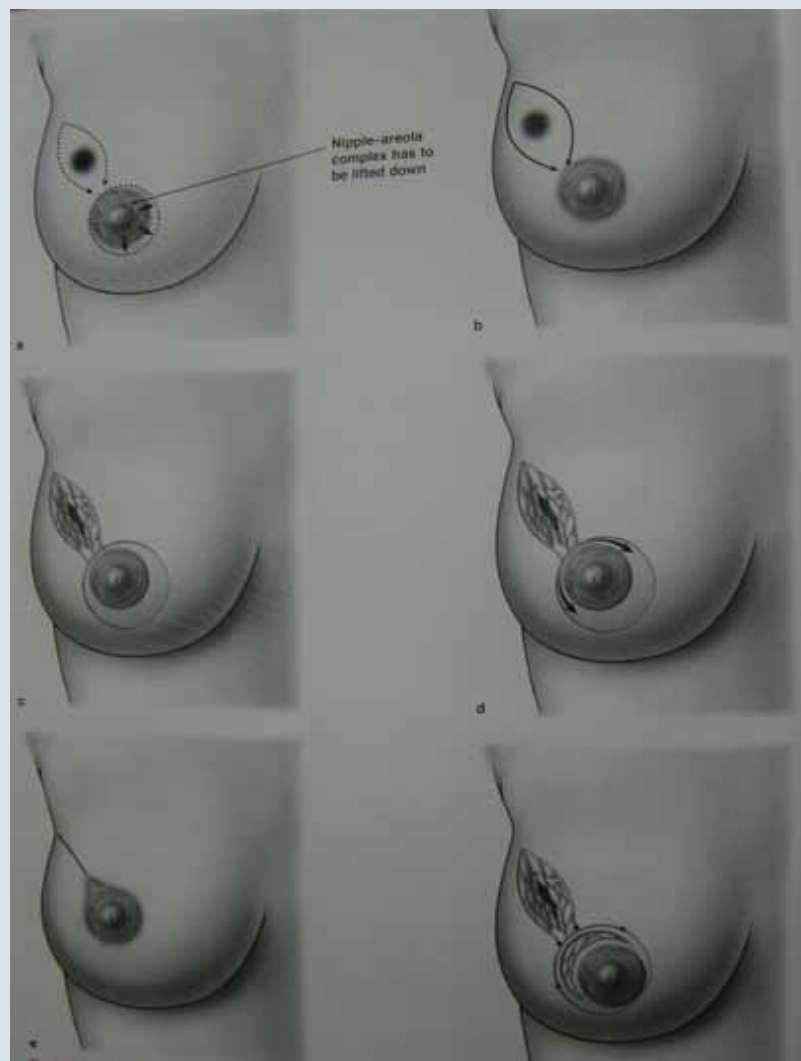
- Defecto ocasionado.
- La relación de volúmenes entre tumor y mama.

# CLASIFICACIÓN

- Cirugía conservadora.
- Cirugía oncoplástica.
- Cirugía reconstructora.

# Cirugía conservadora

- Permite una adecuada restitución del volumen y la silueta de la mama **sin otros gestos que la aproximación de los márgenes del lecho quirúrgico.**
- Indicaciones:
  - exéresis de lesiones pequeñas en mamas de medio-gran volumen.
  - lesiones no palpables (guiadas por arpón o por técnica de ROLL).
- No precisa técnicas asociadas para simetrizar.





# Cirugía oncoplástica

- La resección implica un mayor defecto, e **influye tanto en el volumen como en el perfil** de la mama afectada.
- Opciones para la restitución del **volumen**:
  - la asistencia de material protésico,
  - técnicas de tejidos autólogos (p.e. colgajos miocutáneos),
  - la cirugía sobre la mama contralateral realizando alguna técnica “compensadora” (reducción mamaria, mastopexia reductora, mamoplastia de aumento).
- Consecución de un adecuado **perfil y proyección**:
  - el diseño y uso de colgajos dermoglandulares,
  - dependientes de pedículos vasculares concretos,
  - que permitirán una cobertura y relleno adecuados.

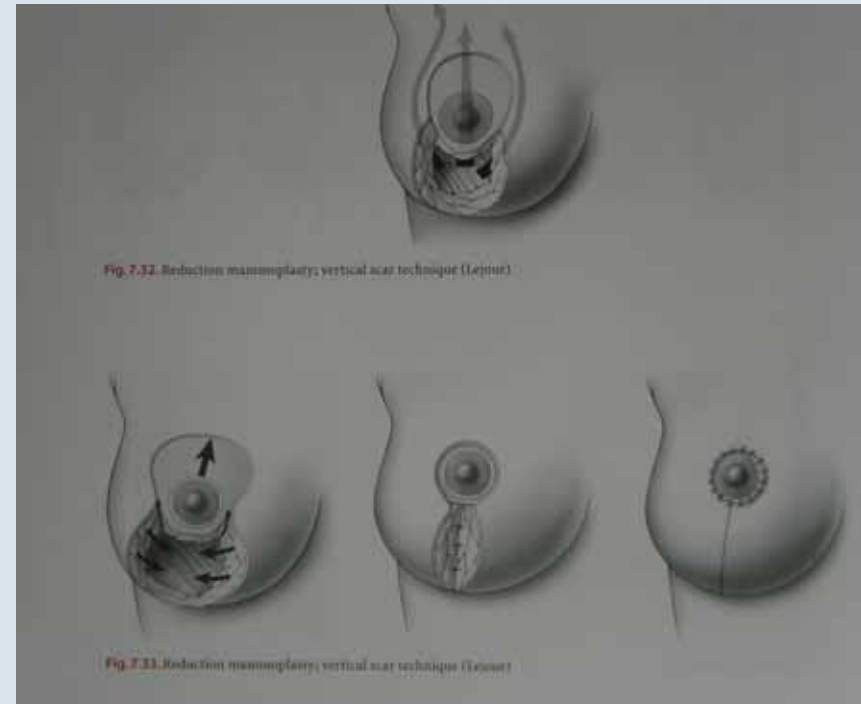
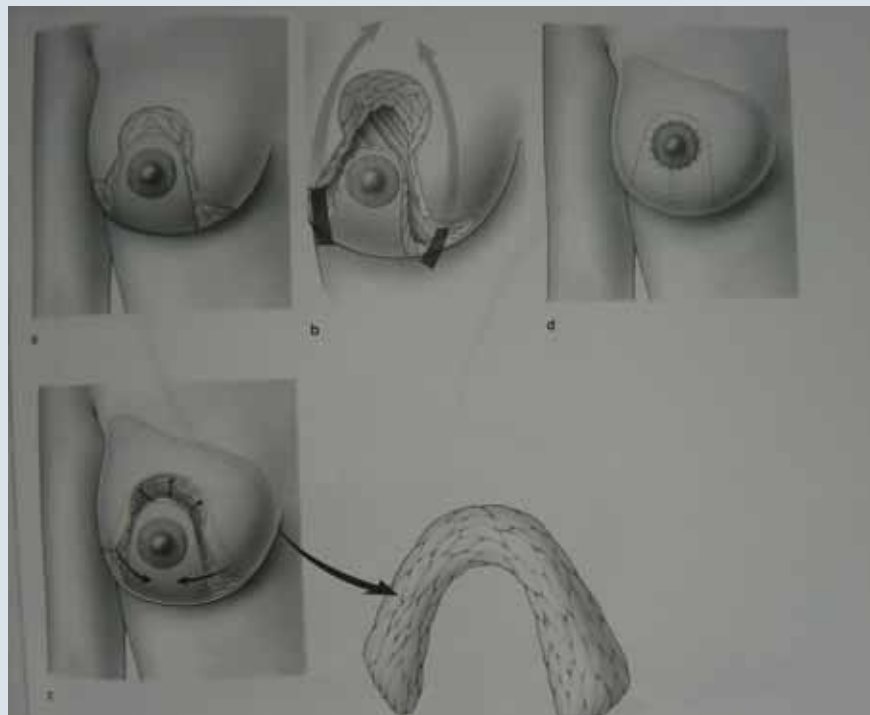
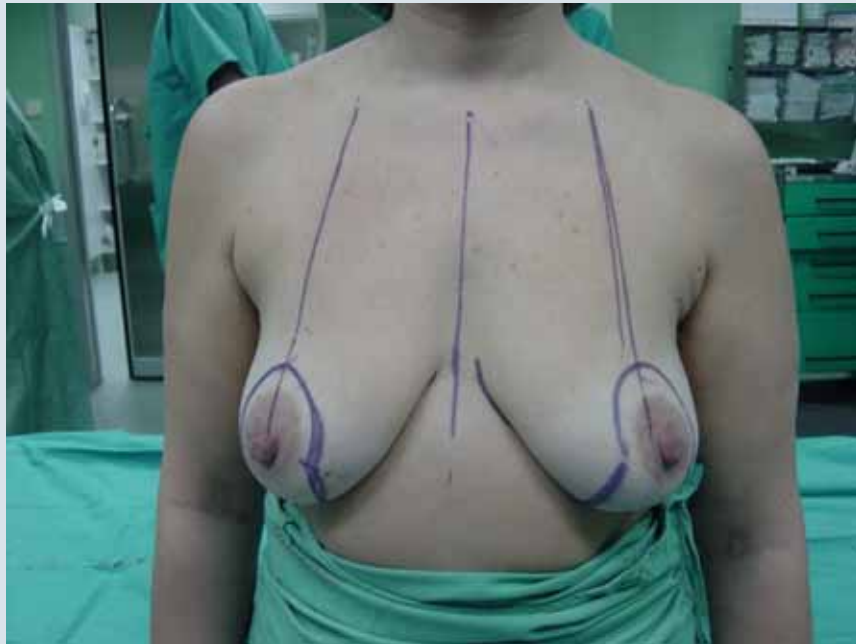
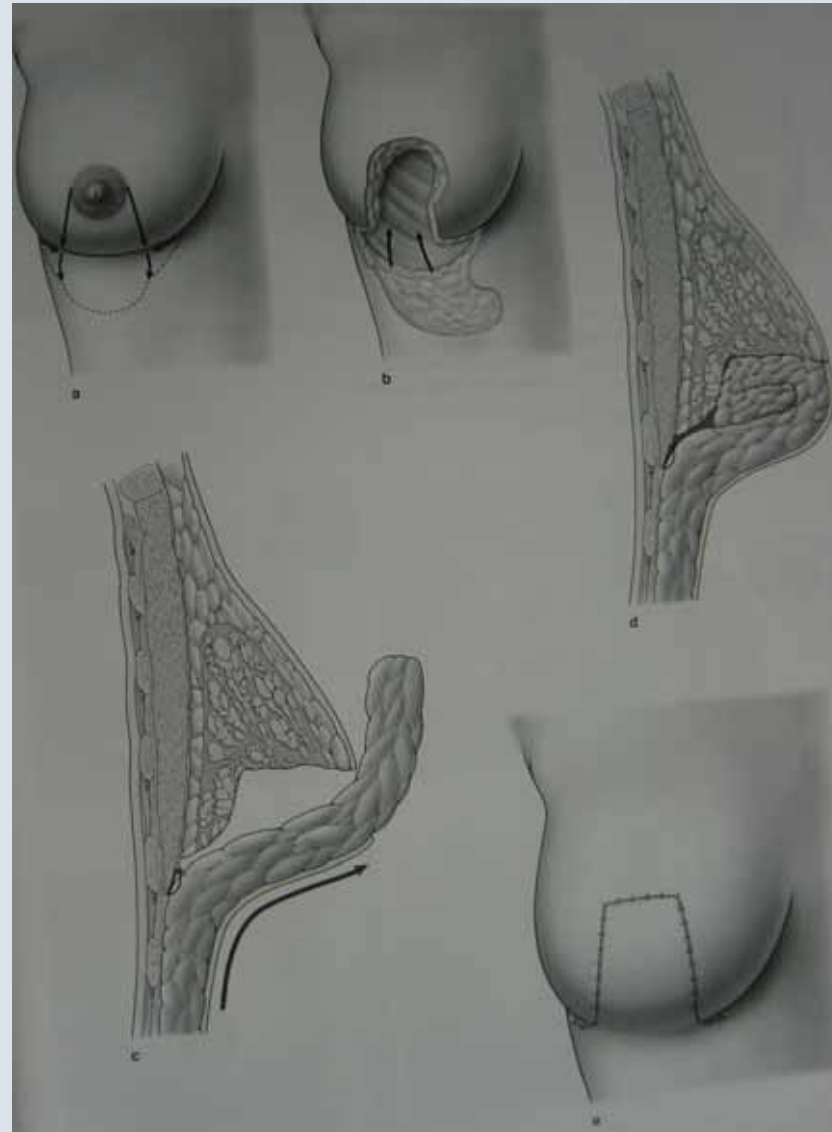


Fig. 7.32. Reduction mammoplasty, vertical scar technique (Lejour)

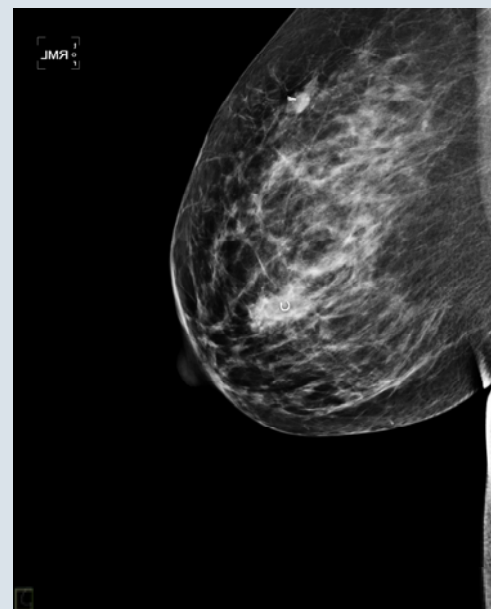
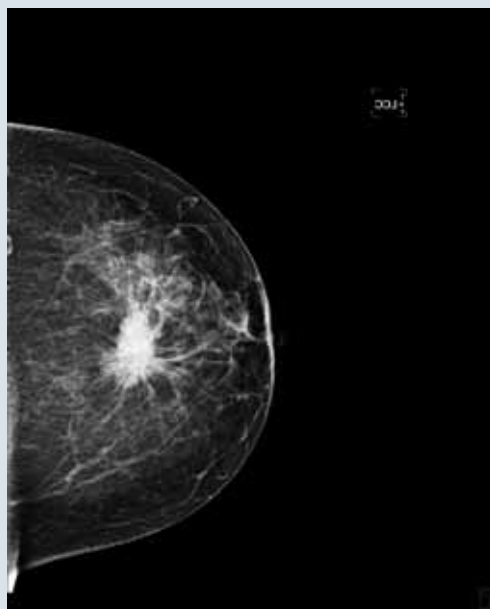
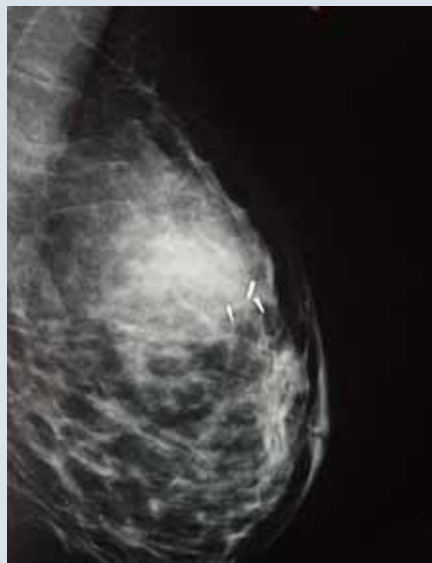
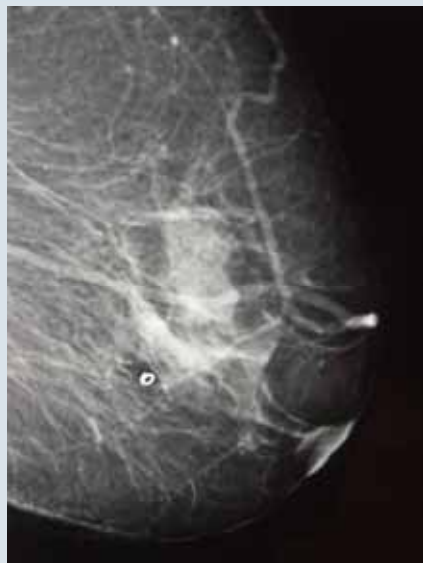
Fig. 7.33. Reduction mammoplasty, vertical scar technique (Lejour)





- En la cirugía conservadora y oncoplástica suele ser necesario asociar radioterapia adyuvante.
- Referencias radiovisibles del lecho:
  - Asistencia en la planificación de la radioterapia,
  - Ayuda en el seguimiento posterior de las pacientes (identificación de la zona intervenida).

FORMACIÓN  
MÉDICA  
CONTINUADA



# Cirugía reconstructora

- Implica la **reconstrucción COMPLETA de la mama** tras realizar la mastectomía.
- Indicaciones de mastectomía:
  - discrepancia de volúmenes,
  - imposibilidad de una adecuada terapia adyuvante,
  - la existencia de enfermedad multicéntrica o
  - la imposibilidad de lograr una conservación parcial de la mama.
- Objetivo: lograr un adecuado volumen, una adecuada cobertura y, en definitiva, una simetría aceptable.

# Controversias

- Diferentes técnicas para la reconstrucción del volumen:
  - **Autólogas** : usan tejidos propios de la paciente.
  - **Heterólogas**: utilizan prótesis.
  - Uno de los factores que influirán en la elección de unas u otras, es la existencia de una **adecuada cobertura cutánea del volumen que se aporte**. Si esta no es posible, será necesario aportar la citada cobertura con piel procedente de otra área anatómica, en el caso de realizar una reconstrucción inmediata o, si se considera la diferida y no se trata de una zona irradiada, es posible el uso de técnicas de expansión previa para lograr la piel suficiente.
- Momento de la reconstrucción:
  - **Inmediata.**
  - **Diferida.**
  - Relación con terapias adyuvantes necesarias para el tratamiento de la enfermedad (*radioterapia*).

Numerosos autores aconsejan que, en caso de ser necesaria la radioterapia adyuvante, se considere la reconstrucción diferida, y en todo caso, se haga utilizando técnicas autólogas, evitando el uso de material protésico.

Tabla X.

	RT	INMEDIATA	DIFERIDA	IMPLANTE	AUTÓLOGA
<b>Estadio 0</b>	No	*****		□□□□□	□□□□□
<b>Estadio I (T1 N0 M0)</b>	No	*****		□□□□□	□□□□□
<b>Estadio II A</b>	No	*****		□□□□	□□□□
<b>N1</b>	Si	*****	○○	□□□	□□□□
<b>Estadio II B</b>	No	*****		□□□□	□□□□
<b>N1, T3</b>	Si	*****	○○	□□	□□□□
<b>Estadio III A</b>	Si	*****	○○	□□	□□□□
<b>Estadio III B T4</b>	Si	**	○○○○	□□	□□□□
<b>Estadio III C N3</b>	Si	**	○○○○	□□	□□□□
<b>Estadio IV</b>	¿?	**	○○○○	□□□□?	□□□□?

Documento de Consenso sobre Reconstrucción Postmastectomía (Valencia, Septiembre de 2007).



- Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
- Sociedad Española de Oncología Radioterápica.
- Asociación Española de Cirujanos.
- Sociedad Española de Diagnóstico por la Imagen en Mama.

Tabla X.

	RT	INMEDIATA	DIFERIDA	IMPLANTE	AUTÓLOGA
Estadio 0	No	*****		□□□□	□□□□
Estadio I (T1 N0 M0)	No	*****		□□□□	□□□□
Estadio II A	No	*****		□□□□	□□□□
N1	Si	*****	○○	□□□	□□□□
Estadio II B	No	*****		□□□□	□□□□
N1, T3	Si	****	○○	□□	□□□□
Estadio III A	Si	****	○○	□□	□□□□
Estadio III B T4	Si	**	○○○○	□□	□□□□
Estadio III C N3	Si	**	○○○○	□□	□□□□
Estadio IV	¿?	**	○○○○	□□□□?	□□□□?

Documento de Consenso sobre Reconstrucción Postmastectomía (Valencia, Septiembre de 2007).



- Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
- Sociedad Española de Oncología Radioterápica.
- Asociación Española de Cirujanos.
- Sociedad Española de Diagnóstico por la Imagen en Mama.

Tabla X.

	RT	INMEDIATA	DIFERIDA	IMPLANTE	AUTÓLOGA
Estadio 0	No	*****		□□□□□	□□□□□
Estadio I (T1 N0 M0)	No	*****		□□□□□	□□□□□
Estadio II A	No	*****		□□□□	□□□□
N1	Si	*****	○○	□□□	□□□□
Estadio II B	No	*****		□□□□	□□□□
N1, T3	Si	****	○○	□□	□□□□
Estadio III A	Si	****	○○	□□	□□□□
Estadio III B T4	Si	**	○○○○	□□	□□□□
Estadio III C N3	Si	**	○○○○	□□	□□□□
Estadio IV	Si	**	○○○○	□□□□?	□□□□?

Documento de Consenso sobre Reconstrucción Postmastectomía (Valencia, Septiembre de 2007).



- Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
- Sociedad Española de Oncología Radioterápica.
- Asociación Española de Cirujanos.
- Sociedad Española de Diagnóstico por la Imagen en Mama.



FORMACIÓN  
MÉDICA  
CONTINUADA

PROGRAMA DE FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN CÁNCER DE MAMA

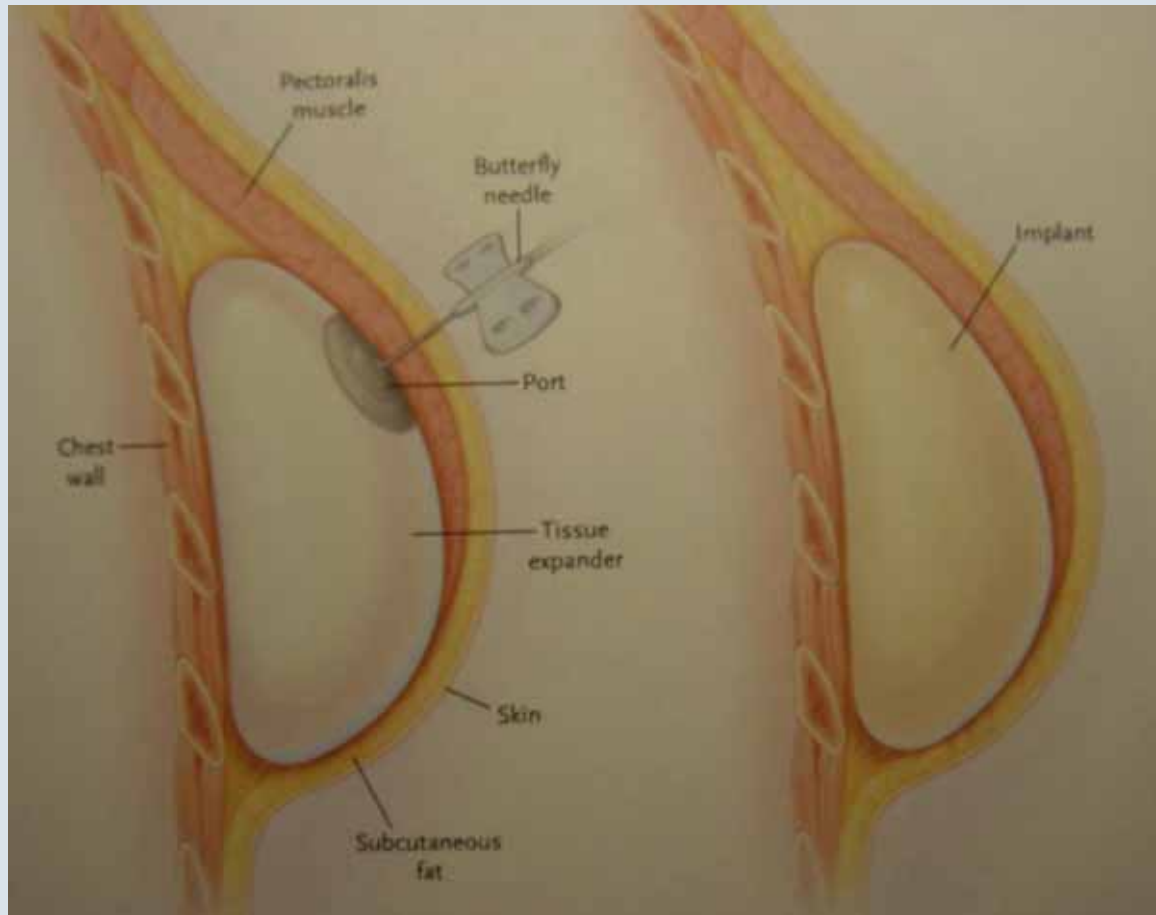


# TÉCNICAS

PRÓTESIS

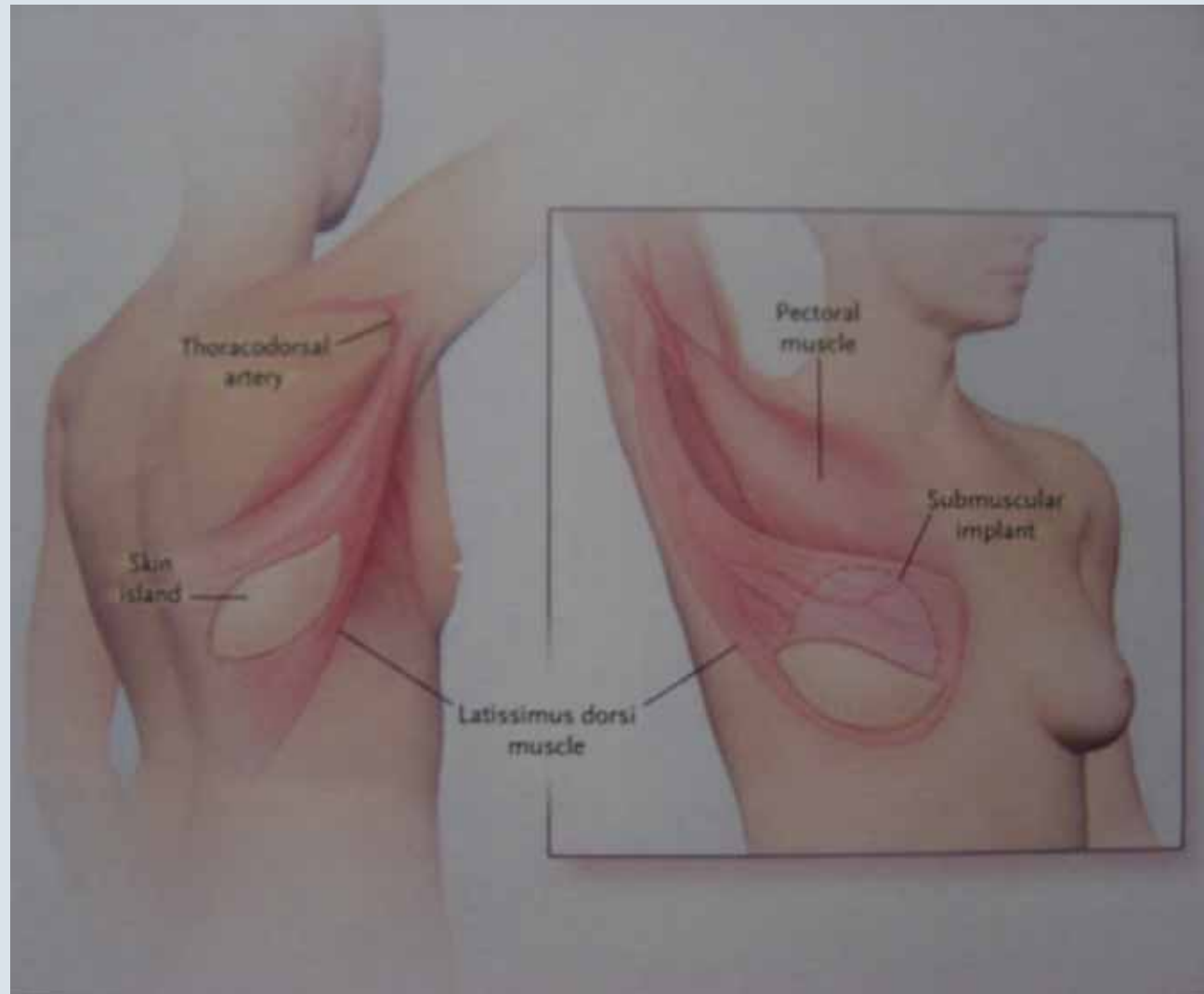
EXPANSORES

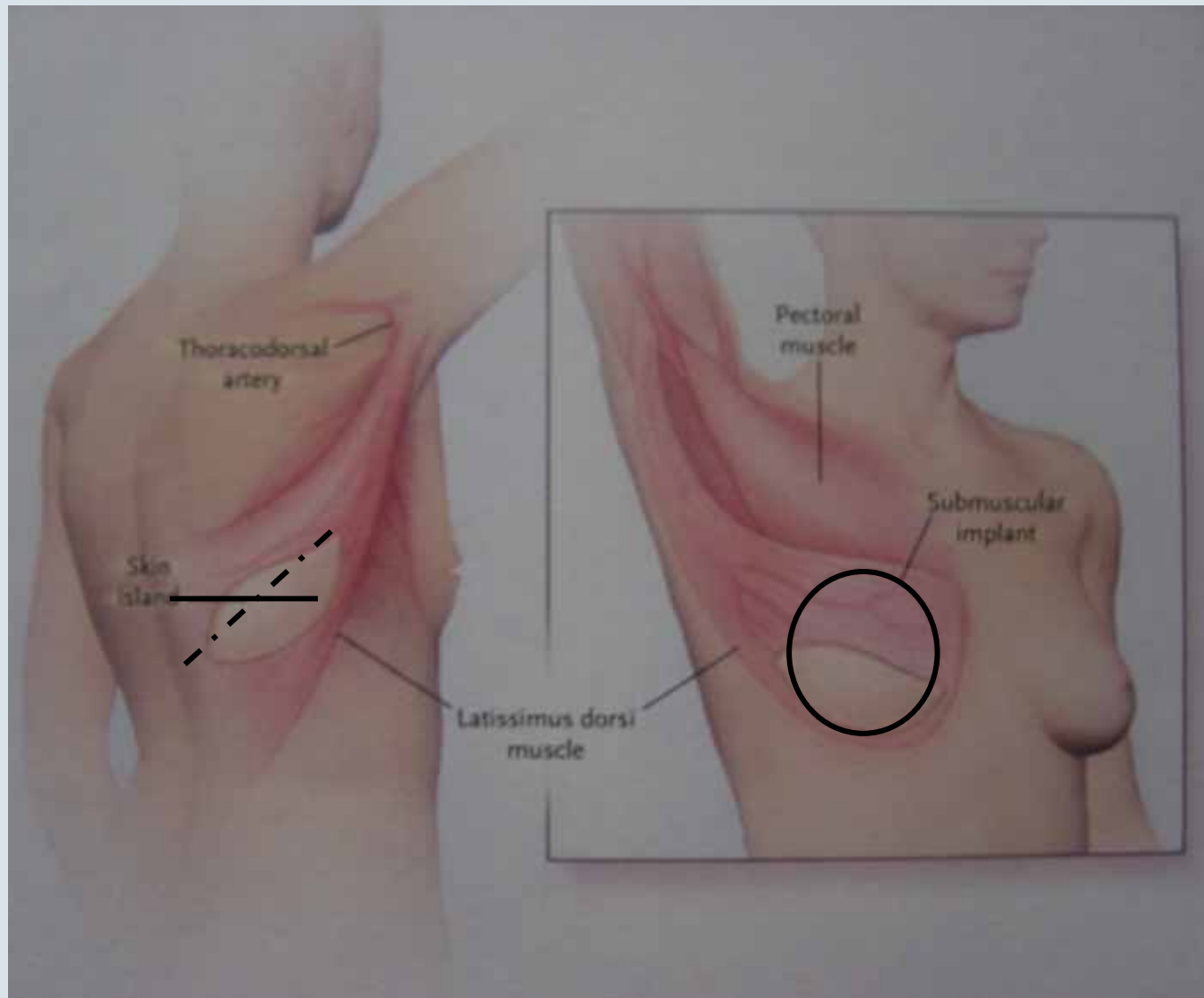
EXPANSORES-PRÓTESIS

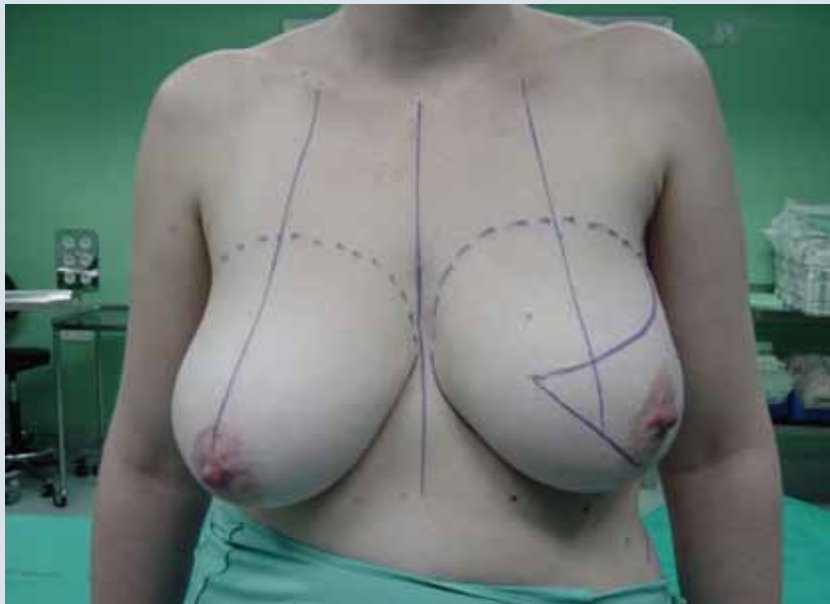




## COLGAJO MIOCUTÁNEO PEDICULADO: DORSAL ANCHO

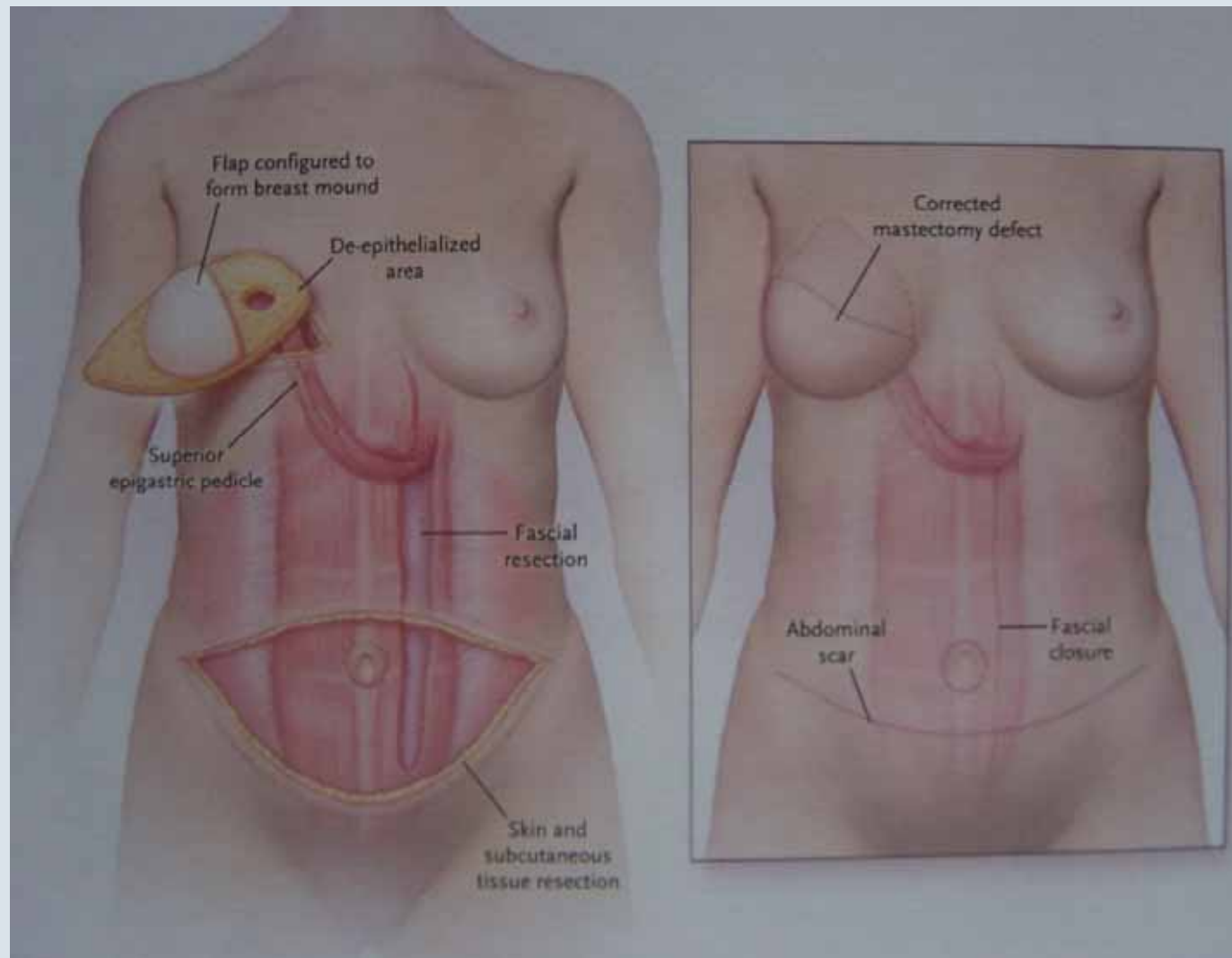


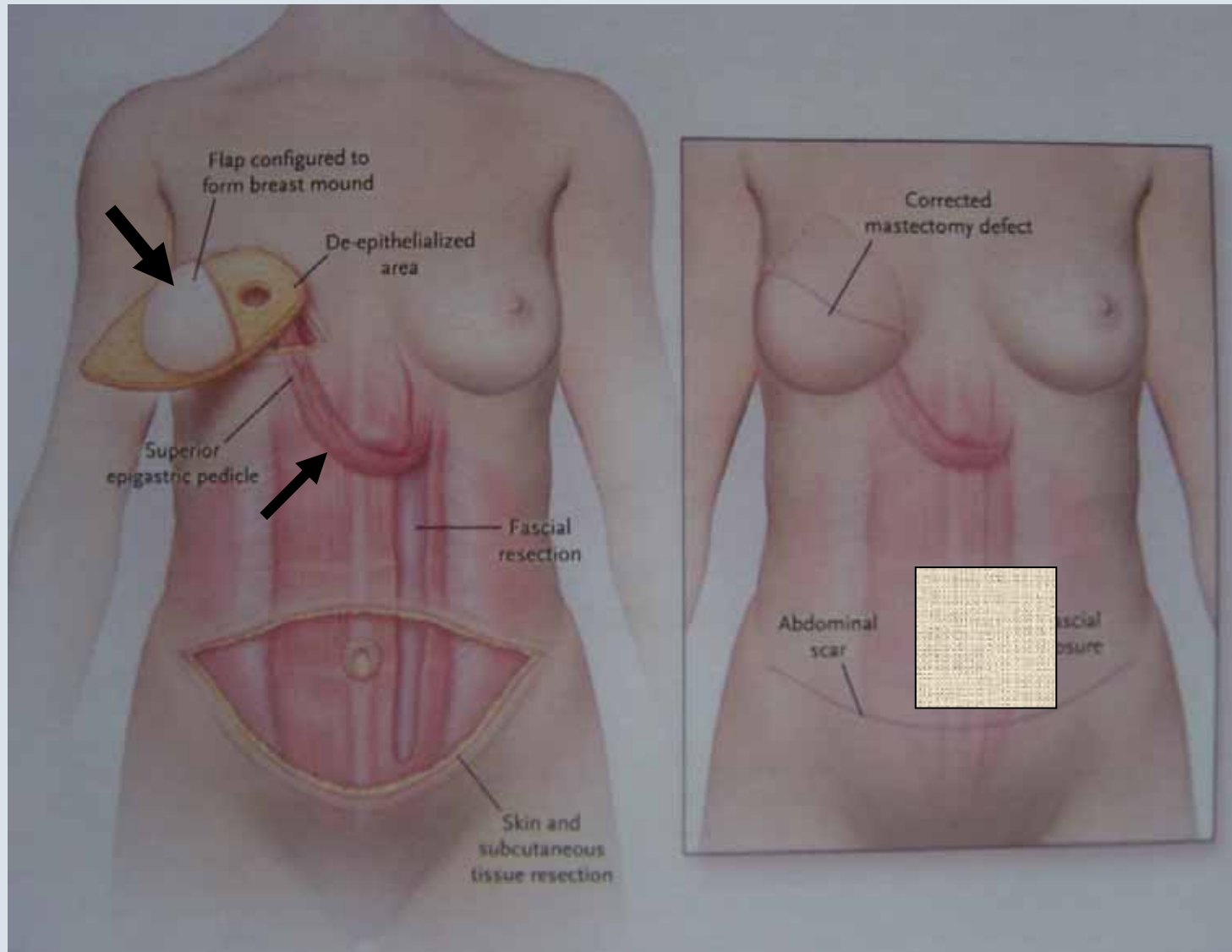




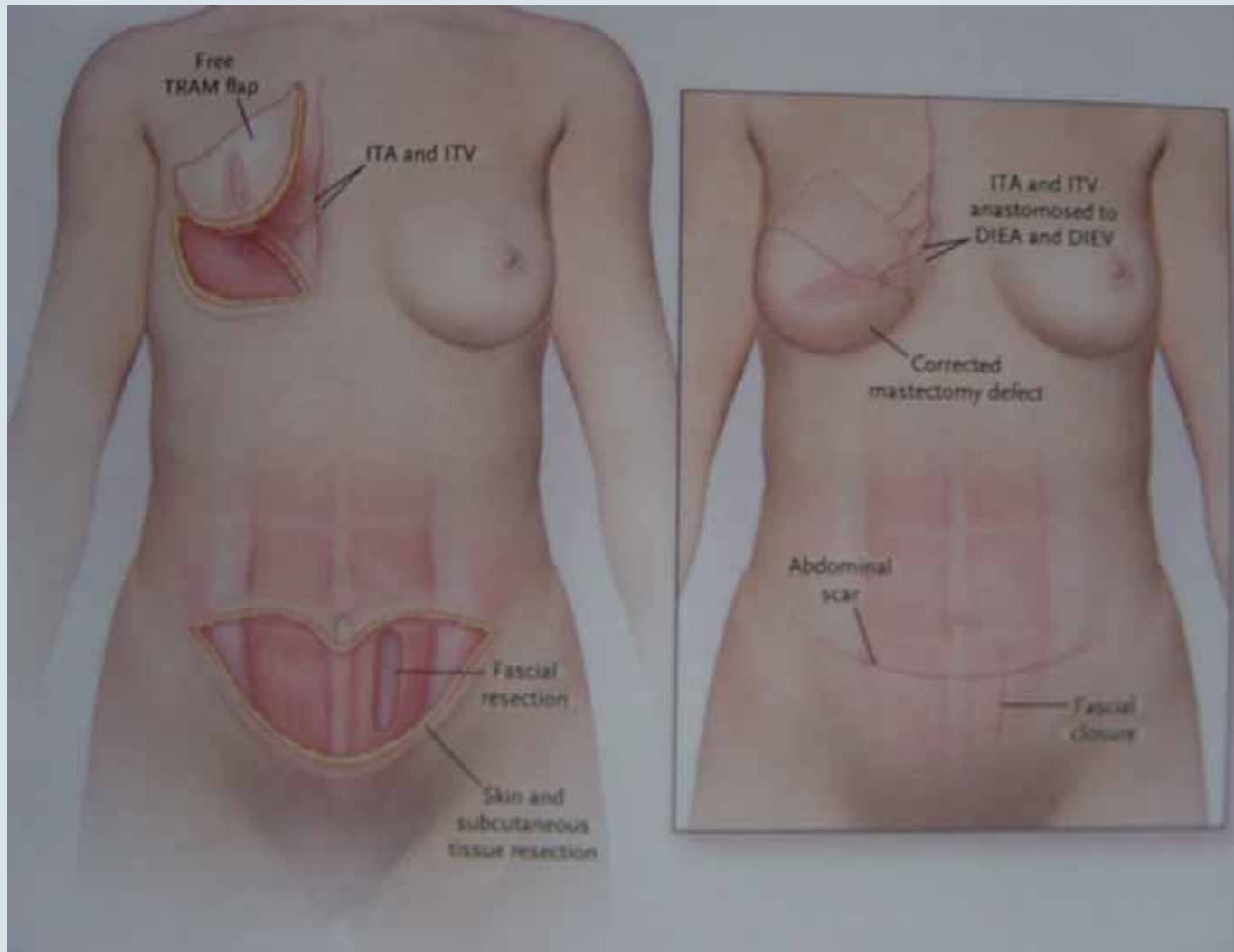


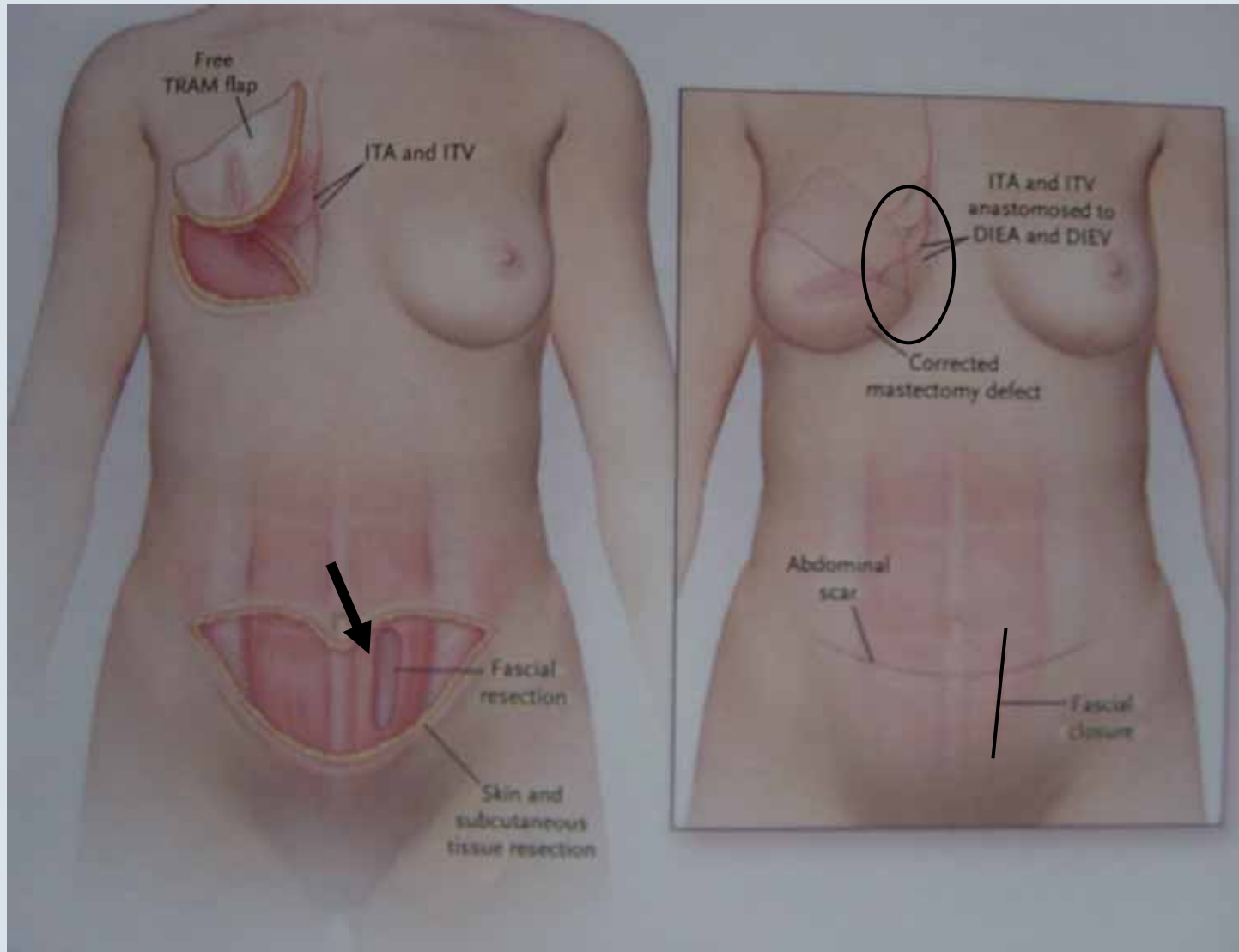
## COLGAJO MIOCUTÁNEO: TRAM PEDICULADO





## COLGAJO MIOCUTÁNEO: TRAM LIBRE





## Manejo del complejo areola-pezón

- Aspecto común a todos los casos de reparación tras cirugía por cáncer de mama.
- Determinará en gran medida la simetría de las dos mamas.
- **Posibilidad de conservarlo:**
  - Tumores menores de 2 cm
  - a distancia mayor de 3 cm del complejo areola-pezón,
  - siempre indicando biopsia intraoperatoria de la base del pezón para descartar afectación o lesiones de riesgo asociadas.
  - *Nipple-sparing subcutaneous mastectomy.*
- **Posibilidad de distintas técnicas de reconstrucción.**





FORMACIÓN  
MÉDICA  
CONTINUADA

PROGRAMA DE FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN CÁNCER DE MAMA

