

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Es la primera versión existente de este protocolo.

INDICE

1. Introducción.
2. Importancia e implantación en un proceso integral.
3. Técnicas de reconstrucción mamaria inmediata (RMI).
 - a. RMI mediante implantes directos.
 - b. RMI mediante expansores tisulares.
 - c. RMI mediante expansores definitivos tipo Becker.
 - d. RMI mediante tejido autólogo.
 - i. Colgajo TRAMP
 - ii. Colgajo de perforantes.
 - iii. Injerto autólogo de grasa o lipotransferencia.
4. Objetivos.
5. Indicaciones.
6. Contraindicaciones.

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los avances en los métodos diagnósticos por la imagen, la clasificación molecular del cáncer de mama, así como la incorporación de agentes biológicos han dado lugar a un replanteamiento en la actitud a seguir en el tratamiento de dicha enfermedad; que ha llevado hacia un tratamiento más individualizado en función de las características de cada paciente y cada tumor.

Ante el diagnóstico de cáncer de mama, debemos ofertar un tratamiento integral; por ello, debemos cubrir tanto la parte oncológica como la parte psicológica/estética; sin que se vea afectada la seguridad oncológica en el tratamiento de la enfermedad.

Con todas estas premisas, en la actualidad no se concibe ofertar un tratamiento para la paciente con cáncer de mama que no incluya la posibilidad de reconstrucción mamaria a toda mujer que va a ser mastectomizada.

2. IMPORTANCIA E IMPLANTACIÓN EN UN PROCESO INTEGRAL.

El objetivo principal de la reconstrucción mamaria es conseguir una restauración morfológica lo más similar posible a una mama natural, con el menor sacrificio anatómico y funcional para la mujer y con un resultado cosmético adecuado lo más duradero posible.

Con todo esto es fácil suponer que el tratamiento del cáncer de mama, además de ser integral, debe ser multidisciplinar. Actualmente la Unidad de Mama reúne todas las condiciones ideales para tratar a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en un ambiente multidisciplinar, gracias a la

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Reconstrucción mamaria inmediata en pacientes con cáncer de mama.

intervención de ginecólogos, radiólogos, oncólogos, anatomopatólogos, cirujanos plásticos y psicólogos.

Las opciones quirúrgicas terapéuticas actuales ofrecen múltiples técnicas, debiendo individualizarse la elección del tipo de cirugía más idónea para cada paciente, según sus condiciones físicas, así como las características de su enfermedad. En multitud de ocasiones estas técnicas deben combinarse para conseguir resultados satisfactorios.

Por tanto, es una opción de tratamiento que debe ofertarse a todas las mujeres que vayan a ser sometidas a un tratamiento no conservador de la mama (mastectomía), ya que ofrece unas ventajas más que evidentes en el tratamiento y recuperación del acto quirúrgico del cáncer de mama.

- Es un proceso que no interfiere en el tratamiento adyuvante, ni en el pronóstico de la enfermedad.
- Ofrece un gran beneficio psicológico a la paciente.
- La morbilidad de esta técnica no es significativa. Las complicaciones que presenta suelen ser menores.
- No está demostrado que este proceso, retrase el inicio del tratamiento adyuvante ni que altere su eficacia.
- A la larga supone un menor coste hospitalario, ya que pueden disminuirse las cirugías que precise la paciente puesto que los tejidos están en mejores condiciones.

3. TÉCNICAS DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA (RMI).

Hoy en día es la opción reconstructiva preferible siempre que esté clínicamente indicada.

La reconstrucción mamaria inmediata puede realizarse utilizando tejido autólogo, implantes (con o sin expansión previa) o ambos. La decisión de que técnica emplear depende de cada paciente y cada subtipo molecular de cáncer.

1.RMI MEDIANTE IMPLANTES DIRECTOS.

Es la técnica con mejores resultados estéticos.

Se pueden emplear tanto en mastectomías simples como mastectomías ahorradoras de piel (con o sin conservación de CAP).

El implante se posiciona detrás del músculo pectoral (subpectoral), localización que aporta un buen seguimiento a posterior de dicha mama además de un buen resultado estético. La localización prepectoral, por el contrario, no es la técnica de elección en pacientes con cáncer de mama ya que puede dificultar el seguimiento y el diagnóstico precoz ante una posible recaída local en contacto con el músculo.

2.RMI MEDIANTE EXPANSORES TISULARES.

Es la técnica más empleada.

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Reconstrucción mamaria inmediata en pacientes con cáncer de mama.

Este procedimiento se realiza en dos tiempos. En el primer tiempo se coloca el expansor por debajo del músculo pectoral mayor. Este tipo de dispositivo es rellenable con suero salino fisiológico a través de una válvula a la que se puede acceder de forma percutánea. De manera habitual, si la calidad de la piel y los tejidos que circundan al expansor lo permiten, se procede al relleno parcial intraoperatorio del expansor (habitualmente una tercera parte de su capacidad). A las 2-3 semanas de implantarlo, en función de la calidad de la cicatriz y del estado cutáneo postmastectomía, se continúa con el proceso de expansión que suele finalizar entre 8-10 semanas tras la cirugía. Una vez finalizada la expansión se podrá realizar al cabo de unos meses el segundo tiempo de la reconstrucción, para proceder al cambio del expansor por el implante definitivo.

3.RMI MEDIANTE EXPANSORES DEFINITIVOS TIPO BEKER.

Se trata de implantes de gel-silicona especialmente indicados en mujeres de edad avanzada que no deseen someterse a una reconstrucción en dos tiempos. Su uso es limitado ya que los resultados a medio-largo plazo son inferiores a la reconstrucción en dos tiempos.

4.RMI MEDIANTE TEJIDO AUTÓLOGO.

Consiste en la reconstrucción con los tejidos propios de la paciente. Aporta tejidos sanos con vascularización propia, mejorando la calidad de la piel. Hay muchos tipos, de los cuales los más utilizados son:

- **Colgajo TRAMP (Transverse Rectus Abdominis Muscle):** Esta técnica utiliza un exceso de grasa y piel de localización infraumbilical junto con el músculo recto abdominal. Técnica en desuso por el daño tisular abdominal que genera en las pacientes.
- **Colgajos de perforantes:** Se trata de microcirugías que trasladan territorios de piel irrigados por arterias perforantes a la mama para su reconstrucción. La diferencia fundamental con la técnica de colgajos anterior es que en este caso sólo se transfieren de la zona donante la piel y el tejido graso, sin transferir el músculo. Los más utilizados son:
 - DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator).
 - SGAP (Superior Gluteal Artery Perforator).
- **Injerto autólogo de grasa o lipotransferencia:** consiste en la infiltración de grasa autóloga obtenida por liposucción. Este procedimiento se puede utilizar tanto como técnica exclusiva de reconstrucción como mejoría cosmética de la reconstrucción con implantes y como paso previo a la reconstrucción mamaria para conseguir mejorar la calidad de los tejidos. La lipotransferencia ha demostrado ser segura y no aumentar la tasa de recidiva local a pesar de que in vitro se ha demostrado que en el tejido graso existen factores de crecimiento que pueden favorecer el crecimiento tumoral.

4. OBJETIVOS.

Es imprescindible a la hora de plantear una cirugía de mama con reconstrucción inmediata mantener siempre la seguridad oncológica procurando en segundo lugar que el resultado estético sea satisfactorio.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Reconstrucción mamaria inmediata en pacientes con cáncer de mama.

5. INDICACIONES.

Toda paciente que tenga indicación de mastectomía como tratamiento de su proceso oncológico mamario y que desee reconstrucción durante su cirugía. Se puede considerar tanto en mastectomías simples como en mastectomías ahorradoras de piel (con o sin conservación del CAP).

6. CONTRAINDICACIONES.

Absolutas.

- Rechazo por parte de la paciente.
- Tabaco.
- Existencia de enfermedades degenerativas u osteomusculares (esclerosis múltiples, lupus, Creutzfeldt-Jakob...)
- Cáncer de mama metastásico (estadio IV) sobre todo si afecta a la piel.

Relativas.

- Edad > 70 años.
- Antecedentes de RT previa en región torácica.
- Radioterapia como parte del tratamiento adyuvante. En este caso la técnica de RMI elegida será la reconstrucción mediante expansor tisular para evitar la mala vascularización cutánea que pudiera resultar tras la RT.

RECORDATORIO INDICACIONES DE RADIOTERAPIA TRAS MASTECTOMÍA.

Tumores > 5cm.

Márgenes afectos.

Axila positiva, independientemente del número de ganglios afectos o la carga tumoral de los mismos.

Factores de riesgo: edad (mujeres premenopáusicas), receptores hormonales negativos, invasión linfovascular.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Manual SESPM 2019. Capítulo 59. Edita: Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. Pp 454-461.
- Con Carty MJ, Hellwell LA, et al. Evolving options for breast Bet N Pesce M. Santi F, et al. 2017 One Stage immediate react reconstruction Aconche review.oned Res 2017 2016 [8] Sabian AA, Frey 10, Karp NS 2019 Strategies and considerations.
- Casa D Di Tarant G, Onesti MG et al. A retrospective comparative analysis of a factors and outcomes in direct to implant and two stages prepertoral teend reconstruction and radiotherapy anew selection cers of patients Eurj Song Oncol 2011 Ps48793.

Autores	Dra. Pérez Herrezuelo Dra. Lorén Vargas		
Fecha elaboración	Fecha 23/05/2022	Vigencia	23/05/2026