

Con este documento intentaremos proporcionarle información para ayudarle a entender el proceso quirúrgico de reconstrucción mamaria tras la extirpación de la mama (mastectomía), así como información sobre la hospitalización, cuidados al alta, etc.

Entendemos que la decisión de la reconstrucción es difícil, por lo que pretendemos que este documento le resulte útil y le animamos que, ante cualquier duda pregunte a su cirujano lo que no entienda.

La reconstrucción de la mama tras un cáncer es una técnica realizada por cirujanos plásticos que permite sustituir la mama mastectomizada por otra similar en forma, textura y características a la mama sana o normal. Es un procedimiento quirúrgico seguro y de los más gratificantes para la paciente. En muchos casos, es posible realizar la reconstrucción al mismo tiempo que se extirpa la mama (reconstrucción inmediata), evitando a las mujeres la experiencia, en ocasiones traumática de verse con la mama extirpada. Ya sea una reconstrucción inmediata o diferida (pasado un tiempo tras la mastectomía) son indiscutibles los beneficios psicológicos para la paciente.



La **finalidad** de la reconstrucción mamaria es:

- Recrear una mama de aspecto natural, incluyendo la reconstrucción de areola y pezón.
- Eliminar la necesidad de usar prótesis externas de relleno, posibilitando llevar prendas de vestir tales como bañadores, escotes, mejorando la posibilidad de hacer deporte de forma más cómoda (sin prótesis externas que pueden moverse o aumentar la sudoración), etc.
- Restaurar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida. En muchos casos la reconstrucción ayuda a las mujeres a sentirse mejor y a recuperar la vida social y sexual, consiguiendo una mayor estabilidad emocional para afrontar positivamente la enfermedad.

Procedimiento seguro

La reconstrucción es un procedimiento seguro. La evidencia actual sugiere que la reconstrucción mamaria no aumenta la probabilidad de que el cáncer vuelva a reaparecer y, además, debe quedar claro que la reconstrucción no tiene efecto en la evolución de la enfermedad de la mama, aunque la enfermedad reaparezca. Tampoco interfiere con los estudios posteriores que puedan ser necesarios en las revisiones, tan solo comentar que, si su mama ha sido reconstruida mediante implantes y se tiene que hacer mamografías de control, deberá informar al radiólogo de que es portadora de prótesis para que se tomen las precauciones que sean necesarias para realizar la exploración radiográfica.

¿Quién y cuándo puede reconstruirse la mama?



Casi todas las mujeres a las que se va a realizar una mastectomía pueden considerarse candidatas para la reconstrucción, tanto si se va a realizar una extirpación total o parcial de la mama. En numerosas ocasiones, esta reconstrucción se puede hacer a la vez que se quita la mama (**reconstrucción inmediata**) evitando así la experiencia de verse con la mama amputada y, requiriendo menos intervenciones quirúrgicas, con mejores resultados estéticos (permite conservar más piel de la mama con menor cicatriz). Pero en algunos casos, la reconstrucción puede o debe posponerse (**reconstrucción diferida**), siendo en ocasiones la propia paciente la que decide libremente no reconstruirse.

Las circunstancias que pueden determinar que la **reconstrucción mamaria sea diferida pueden ser variadas**. Es posible que algunas mujeres no se sientan cómodas hablando de la reconstrucción mientras intentan adaptarse al hecho de haber sido diagnosticadas de un cáncer de mama y no desean más intervenciones que las estrictamente necesarias para curar la enfermedad. En ocasiones, para evitar la posible aparición de complicaciones postoperatorias, también la reconstrucción debe postponerse, o no realizarse por la existencia de problemas médicos asociados que desaconsejen alargar la cirugía, o en algunas pacientes que requieren quimioterapia y/o radioterapia necesaria para la curación de la enfermedad y en las que la reconstrucción podría retrasar el inicio de estos tratamientos. Así mismo, debe saber que puede haber circunstancias intraoperatorias que desaconsejen realizar la reconstrucción inmediata prevista, siendo necesario postponerla: ganglios centinelas positivos para malignidad, tumor que infiltra la musculatura, tumor muy próximo a la piel con amplia extirpación de la misma, etc. 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 forma más realista y positiva.

Técnicas de reconstrucción mamaria

Existen diversos tipos de operación para reconstruir la mama dependiendo de la piel y volumen de la mama a reemplazar, la cantidad de tejido sobrante en otras zonas del cuerpo o la necesidad de tratamientos adyuvantes como la radioterapia. Estas técnicas pueden agruparse en cuatro grandes apartados:

1. **Técnicas de expansión cutánea.** Es la más empleada y consiste en expandir la piel para posteriormente colocar una prótesis. Por lo tanto, la forma más común es realizar la reconstrucción en dos etapas: una primera etapa en la que se coloca el expansor (similar a un “globo hinchable” debajo de la piel y músculos del pecho tras la mastectomía) y, una segunda etapa en la que se reemplaza el expansor por la prótesis definitiva.



El expansor tiene una válvula integrada que queda bajo la piel a través de la cual se introduce una solución de suero salino, con una frecuencia variable (cada semana o cada dos-tres semanas), hasta alcanzar el volumen deseado. El tiempo medio de llenado alrededor de 2 a 6 meses en función del volumen y características de su piel. Una vez que la piel de la región del pecho se ha expandido lo suficiente, en una segunda cirugía se retira este expansor y se sustituye por una prótesis mamaria de silicona o de suero salino definitiva. Existen determinados expansores que están diseñados de tal manera que permiten ser mantenidos como implantes definitivos, pudiéndose realizar la reconstrucción completa en una única etapa, aunque con resultados estéticos más pobres. Como dijimos antes, si se utiliza un expansor convencional se realizarán dos cirugías, ambas intervenciones se realizan bajo anestesia general, con una estancia hospitalaria breve, entre 24 y 72 horas. Si la mama no mastectomizada es demasiado grande, demasiado pequeña o está muy caída, puede ser necesario reducirla, aumentarla o elevarla, a la vez que se reconstruye

la otra para conseguir un resultado simétrico, pudiéndose realizarse en el primer tiempo quirúrgico o coincidiendo con el recambio del expansor por la prótesis definitiva. Posteriormente, el pezón y la piel de alrededor (areola) se podrán reconstruir con anestesia local y de manera ambulatoria (sin necesidad de ingreso). Las prótesis empleadas en este tipo de reconstrucción contienen silicona médica, al igual que muchos otros materiales empleados en otros campos de la cirugía (prótesis testiculares, implantes faciales, etc.). No se ha demostrado ninguna relación entre el cáncer de mama y el empleo de prótesis mamarias y tampoco se ha demostrado una relación clara con enfermedades autoinmunes y reumatológicas, estando su uso aprobado en todos los países europeos.

- 2. Técnicas que emplean tejidos propios (colgajo).** Consisten en la movilización o el trasplante de tejidos (piel, grasa y/o músculo) de otras zonas del cuerpo (abdomen, espalda, muslos o nalgas), que llamamos colgajos, para crear una mama natural. En algunos casos estos tejidos o colgajos siguen unidos a su sitio original, conservando sus vasos sanguíneos (**pediculados**), y son trasladados hacia la mama a través de un túnel que se realiza bajo la piel, es el caso del **colgajo dorsal ancho**. Según la técnica puede ser preciso emplear, además, un implante para añadir volumen extra a la mama reconstruida. En otros casos los tejidos empleados para crear la mama son separados completamente de su sitio original (**colgajo libre microvascularizado**) y son trasplantados al pecho mediante la conexión a los vasos sanguíneos de esta zona. Este tipo de procedimiento debe ser realizado por un cirujano plástico con experiencia en microcirugía. Los dos tipos más comunes de procedimientos con colgajos son el **DIAP** que utiliza tejido del área inferior del abdomen y, el **colgajo de dorsal ancho** que usa tejido de la parte superior de la espalda. Independientemente de si el tejido se pasa por un túnel bajo la piel o si se trasplanta, estas técnicas son más complejas que las que emplean expansión cutánea, dejan más cicatriz y el período de recuperación es mayor que para los implantes. Sin embargo, el resultado estético es superior, más duradero y no existen los problemas relacionados con el uso de implantes (formación de cápsula, infección del implante, ...). En algunos casos, cuando se moviliza tejido del abdomen,

existe el beneficio añadido de la mejoría del contorno abdominal (como si se tratase de una corrección estética de la "tripa"). Con estos procedimientos la estancia hospitalaria es mayor que con el uso de expansores- prótesis y puede variar entre 4 y 7 días.



En este caso la reconstrucción se ha realizado con un colgajo pediculado de músculo, grasa y piel de la espalda y ha sido reducida y elevada la mama contralateral (mamoplastia de reducción) para mayor simetría de las mamas.



En este caso la reconstrucción se ha realizado con un colgajo libre de piel y grasa del abdomen. Se ha reconstruido la areola y el pezón y no ha sido necesario modificar la mama contralateral.

3. Técnicas mixtas que utilizan tanto colgajo autólogos como implantes.



En algunas pacientes con reconstrucción con colgajos se puede asociar el uso de **implantes o de injerto graso** (obtenido mediante un proceso de liposucción de otras zonas del cuerpo) para aportar un volumen extra a la mama. Además, existen pacientes a las que se les realiza lo que se denomina **reconstrucción inmediata diferida** que consiste en realizar inicialmente reconstrucción con expansor tras la mastectomía y, en un segundo tiempo reconstrucción definitiva con un colgajo libre o pediculado. Esto último es así, en aquellas pacientes donde esté contraindicado de entrada la reconstrucción con colgajo o cuando se prevea la posibilidad de radioterapia que podría mermar los resultados estéticos del colgajo.

4. Reconstrucción de la areola-pezón y micropigmentación.

La reconstrucción del complejo areola-pezón (CAP) es la última fase del procedimiento completo de una reconstrucción mamaria y se suele realizar cuando la forma y el tamaño de la mama reconstruida son los adecuados.

El pezón puede ser reconstruido de dos formas:

- Un injerto, es decir un fragmento de tejido obtenido de otra zona del cuerpo, generalmente pezón de la otra mama (cuando está presente y es suficientemente grande).
- Un colgajo, es decir una porción (lengüeta) de piel y grasa de la propia mama que se levanta y sutura de forma que reproduce un abultamiento parecido a un pezón. Su cirujano le recomendará la técnica más adecuada dependiendo de sus características físicas y sus preferencias personales, pero debe saber que ni la sensibilidad, ni el aspecto del pezón reconstruido serán iguales a las del pezón normal. La reconstrucción del pezón se realiza con anestesia local y no requiere ingreso hospitalario. Además, debe saber que el pezón con el paso del tiempo podría disminuir de tamaño y aplanarse.

Para reconstruir la areola y el pezón hay dos opciones: Utilizar injertos de piel que se obtienen de otra zona de su cuerpo o mediante técnicas de micropigmentación. Le recomendamos esta última opción por tratarse de un procedimiento con el que se obtienen mejores resultados, además de no requerir del uso de injertos, ni de cirugía.

La micropigmentación de la areola-pezón es una técnica mínimamente invasiva que consiste en introducir en las capas más superficiales de la piel (epidermis y en ocasiones la dermis), mediante unas agujas muy pequeñas, unos pigmentos que se asemejan al color original de la areola. Esta técnica es la última fase de la reconstrucción mamaria, después de que se le haya reconstruido el pezón. La realiza en las consultas externas de cirugía plástica una enfermera con formación en esta técnica y con experiencia en técnicas quirúrgicas y conceptos de esterilidad. Debe usted saber que tras el procedimiento deberá efectuar en su domicilio unos cuidados mínimos de los que será informada, debiendo acudir a revisión en el tiempo que le indiquemos. Antes de someterse a la micropigmentación de la areola le proporcionaremos información más detallada de la técnica.



Riesgos de la reconstrucción mamaria

Prácticamente toda mujer que ha sido mastectomizada puede someterse a una reconstrucción mamaria. No obstante, existen ciertos riesgos que deben ser conocidos antes de someterse a esta cirugía. Estos riesgos serían los propios de cualquier intervención, como hematomas, seromas, cicatrices patológicas, ..., que aun siendo poco probables, siempre cabe una mínima posibilidad. Así mismo, las mujeres fumadoras deben saber, que el tabaco ocasiona problemas de cicatrización, con incluso pérdidas de piel (necrosis) y prolongación del período de recuperación. Pueden aparecer complicaciones quirúrgicas específicas del método reconstructivo que se realice y que se especificarán de modo más extenso en la entrevista con el cirujano plástico que la va a intervenir y los tendrá reflejados en los documentos de consentimiento informado de la cirugía que le entregaremos para que lea, comprenda, pregunte dudas y firme.



Tanto en la reconstrucción realizada con colgajos como con implantes hay que avisarle de que la radioterapia puede empeorar el aspecto estético de la mama, pudiendo aumentar el riesgo de contractura capsular, infecciones protésicas, así como atrofias o pérdidas de volumen de los colgajos e, incluso pigmentaciones en la piel de la mama por radiodermatitis.

En el caso de que su reconstrucción mamaria se realice con prótesis debe saber que los implantes no duran de por vida y, eventualmente podría ser necesaria su sustitución o retirada si aparecieran complicaciones. Su cirujano le recomendará revisiones a medio –largo plazo.

Resultados

El resultado obtenido tras una reconstrucción mamaria permite hacer una vida normal. En algunos casos la mama reconstruida puede tener un aspecto más firme y parecer más redonda que la otra mama. Puede que el contorno o volumen no sea exactamente igual que antes de la mastectomía, y pueden existir algunas diferencias de simetría con la mama no intervenida. Sin embargo, estas diferencias sólo suelen ser aparentes para la propia mujer, no siendo percibidas por los demás. Para la inmensa mayoría de las pacientes mastectomizadas, la reconstrucción de la mama supone una mejoría de imagen que ayuda a llevar una vida tanto social como sexual completa y a olvidar la enfermedad que le condujo a la reconstrucción. La información contenida en este documento no pretende sustituir la información que le proporciona individualmente su cirujano plástico, que le podrá resolver sus dudas, además de explicarle los beneficios de la intervención, así como los riesgos y posibles complicaciones de la misma. Su cirujano le mostrará fotografías de resultados y de posibles complicaciones de cada procedimiento.

Precauciones especiales antes de la cirugía



A continuación, les recordamos unas consideraciones que debe tener en cuenta antes de la cirugía:

- Deberá abstenerse al menos 15 días antes de tomar preparados que contengan ácido acetil salicílico o salicilatos, antiinflamatorios o preparados que contengan vitamina E, así como productos de herboristería que puedan afectar a la coagulación (jengibre), aumentando el sangrado quirúrgico y la aparición de hematomas.
- Debe informar a su cirujano si padece alguna enfermedad autoinmune o inflamatoria activa, sobre todo en el caso de que vaya a realizarse reconstrucción con implantes.
- Deberá informar a su médico de la medicación que toma en el momento de la cirugía.
- Abstenerse de fumar al menos durante 30 días antes de la intervención, siendo lo ideal dejar de fumar al menos 2 meses antes y un mes después.
- Realizar ducha adecuada antes de la cirugía, no aplicar cremas el día de la cirugía, ducha con clorhexidina, etc.

Para mayor información le recomendamos visitar el apartado de preguntas frecuentes - reconstrucción mamaria de la web de nuestro servicio (<https://www.comunidad.madrid/hospital/getafe/profesionales/cirugia-plastica#paciente>)

¿Qué pasa después de la cirugía?



Al finalizar la intervención le colocamos un **vendaje elástico** y/o **una faja abdominal** (según la técnica reconstructiva), que en la primera cura será sustituido por un sujetador especial. Colocamos también unos **tubos de drenaje** en cada mama y en las posibles zonas donantes de los colgajos (abdomen, espalda, muslos), para retirar el posible exceso de sangre o de fluidos que pudiera acumularse. Estos drenajes se retirarán cuando la cantidad recogida en ellos diariamente sea escasa o el cirujano lo prescriba.

Permanecerá ingresada durante un período de tiempo aproximado de 48 horas en las cirugías de reconstrucción con expansor-prótesis y de 4-7 días en la intervención de reconstrucción con colgajos. Puede sentir **dolor** durante los primeros días, pero habitualmente cede con los calmantes que le recomendamos tomar. Más adelante puede notar ciertas molestias tipo pinchazo o calambre, propios del proceso de cicatrización, y casi nunca serán iguales en las dos mamas.



El **sujetador** que deberá llevar una vez retirado el vendaje debe tener ciertas características: ser de tipo deportivo, a ser posible sin costuras en su interior, tener tirantes ajustables, poderse abrochar por delante o por detrás, y con posibilidades para poder acoplar una alargadera al mismo. Este tipo de sujetador deberá ser utilizado durante al menos 2-4 meses, y durante el primer mes deberá también dormir con él. La **faja abdominal** que se coloca en los pacientes con reconstrucción con tejido abdominal se coloca en la misma cirugía, debiendo traerla usted el día de la operación, y llevarla día y noche durante un mínimo de un mes.

Una vez que se haya ido de alta domiciliaria deberá **evitar levantar pesos durante unas 3 semanas**, aunque podrá realizar una vida habitual a los pocos días si no ha habido ninguna complicación. Deberá acudir en sucesivas ocasiones a la Consulta de Cirugía Plástica para curas, en las que se realizará la retirada de drenajes si todavía los tuviera, y de los puntos de forma paulatina. Su **baja laboral** dependerá de su estado y de su trabajo, y será prescrita por su médico de Atención Primaria de acuerdo a ello. La **hinchazón y los posibles morados, así como la sensación de hormigueo y pérdida de sensibilidad** desaparecen en las primeras semanas, aunque pueden transcurrir entre 6 meses y 1 año hasta que sus mamas tengan su forma definitiva. En una evolución normal, las **cicatrices** serán inicialmente una fina línea que durante el primer y segundo mes se irán enrojeciendo y haciéndose más gruesas. Durante este período deben ser tratadas con ciertas medidas que le serán explicadas. Las cicatrices empezarán a disminuir a partir del tercer mes.



¿Necesita otro tipo de apoyo?

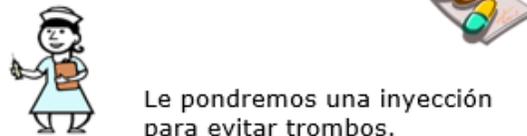
La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) cuenta con profesionales que pueden prestarle atención psicológica, atención dirigida al bienestar físico, orientación social, etc.

Esta Asociación dispone de servicios gratuitos presenciales y online. Puede contactar a través del teléfono 692137995 (L-V: 8:30 – 14:30h).

En Getafe disponen de sede en la C/ Madrid, 18. Tfno: 910353612.
espaciomadridsureste@contraelcancer.es

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA - INFORMACIÓN SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN

	INGRESO EN PLANTA-INTERVENCIÓN	INGRESO EN PLANTA	ALTA
CUIDADOS	<p>Ingresa el mismo día de la cirugía en la planta de hospitalización. El personal de enfermería le hace unas preguntas y la prepara para la operación. Se le toma la tensión, temperatura, la frecuencia cardíaca, ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le cogemos una vía venosa. • La trasladamos al quirófano para la intervención. • Le colocarán unas medias compresivas en casos de reconstrucción con colgajos. • En operaciones largas le colocamos en quirófano una sonda vesical. <p>Tras la operación pasa a reanimación durante un tiempo que dependerá de cómo se recupere de la anestesia. A veces, en cirugías prolongadas, pasa la noche en la reanimación. Después volverá a su habitación.</p>  	<p>Pasamos visita (médicos y enfermeras) a las 8:15 h aproximadamente.</p>  <p>Retiraremos la sonda vesical a las 24h de la intervención y las medias de compresión si las lleva puestas.</p> <p>Durante el ingreso se retiran los drenajes si no dan casi líquido. Hay pacientes que se van con algún drenaje a casa y se retiran en la consulta externa días después.</p> 	<p>Pasamos visita y revisamos su tratamiento</p> <p>Revisamos sus heridas y si es posible le retiramos los drenajes</p> <p>Le ponemos el sujetador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisamos su tratamiento. • Le damos el alta si no presenta complicaciones. • Le hacemos la cura y valoramos las heridas.  
ACTIVIDAD	<p>Permanece en la cama.</p> 	<p>Puede sentarse en un sillón</p>  <p>Puede caminar (algo encorvada en las cirugías del abdomen) y dar pequeños paseos por la habitación y la planta.</p> <p>Le recomendamos que se mueva y haga ejercicios con las piernas. Es muy importante para prevenir los trombos.</p> 	<p>Reposo relativo</p> <p>No debe hacer esfuerzos importantes, pero sí moverse y realizar pequeñas actividades</p> 

	INGRESO EN PLANTA-INTERVENCIÓN	INGRESO EN PLANTA	ALTA
MEDICACIÓN	<p>La medicación se le administra en el suero. Se le dan analgésicos para el dolor, antibióticos (antes, y en ocasiones también después de la cirugía) y fármacos para evitar los vómitos.</p> <p>Se le pone una inyección con medicamento para evitar trombos.</p> 	<p>La medicación (analgésicos) se la damos en pastillas y cuando no necesite la vía intravenosa se la quitaremos.</p> <p>Le pondremos una inyección para evitar trombos.</p> 	<p>Le indicamos la medicación que debe seguir tomando Le recetamos los fármacos que necesita</p> <p>Si debe continuar con las inyecciones para evitar trombos se lo indicaremos.</p> 
COMIDA	<p>Está en ayunas unas 6 horas después de la intervención, aunque pueden ser más horas en las cirugías más prolongadas.</p> <p>Después empieza a tomar líquidos y si no tiene náuseas ni vómitos, puede empezar a tomar alimentos sólidos</p> 	<p>Dieta habitual.</p> 	<p>Dieta habitual.</p> 
INFORMACIÓN	<p>A su ingreso en planta le damos la Guía de Acogida del hospital e información sobre el dolor</p>   <p>Tras la operación los cirujanos informamos a sus familiares Pregunten todo lo que no entiendan</p> 	<p>Le informamos a usted y a sus familiares de su evolución tras la visita, o después de evaluar la cura.</p>  <p>Pregúntenos cualquier duda o inquietud que tenga: su colaboración y participación nos ayuda a tratarle.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Le explicamos lo que debe hacer en casa para cuidarse (heridas, drenajes si no los hemos quitado,) - Le entregamos: el informe médico de alta y un informe de enfermería con recomendaciones y cuidados. - Le facilitamos la cita para volver a consulta para cura y revisión.