



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v9i3.3527>

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

Post mastectomy breast reconstruction: advances in plastic and reconstructive surgery for the restoration of the quality of life of patients

Reconstrução mamária pós-mastectomia: avanços na cirurgia plástica e reconstrutiva para a restauração da qualidade de vida das pacientes

Carlos Emmanuel Quezada Rivera^I
qcarlosemmanuel05@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-2166-0388>

Porfirio Gabriel Flores Herrera^{II}
gabflo_456@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-3292-8466>

Ángel Stalin Ávila Fray^{III}
angelavilafrey@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4291-675X>

Ana Belén Cuadra Cabrera^{IV}
dra.anabelencuadra@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7367-2279>

Correspondencia: qcarlosemmanuel05@gmail.com

***Recibido:** 20 de mayo de 2023 ***Aceptado:** 12 de junio de 2023 * **Publicado:** 22 de agosto de 2023

- I. Médico de la Universidad de Guayaquil; Residente de Cirugía Plástica en la Empresa Lajetse S.A.; Guayaquil, Ecuador.
- II. Médico General de la Universidad Central del Ecuador; Investigador Independiente; Quito, Ecuador.
- III. Médico General de la Universidad Nacional de Chimborazo; Maestría en Dirección y Gestión Sanitaria de la Universidad de la Rioja (UNIR) – España; Médico residente de Cirugía en el Hospital Provincial General Docente Riobamba; Riobamba, Ecuador.
- IV. Médico de la Universidad de Guayaquil; Médico por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste – Corrientes; Magíster en Gerencia y Administración Hospitalaria de la Universidad Técnica de Oruro – Bolivia; Investigador Independiente; Quito, Ecuador.

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

Resumen

La cirugía oncológica es el resultado de la irrupción de las técnicas propias de la cirugía plástica en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, para conseguir un resultado estético, aumentar el número de pacientes que se beneficien de la conservación de la mama y de tejidos no comprometidos directamente es el objetivo buscado, consiguiendo mejores resultados en las reconstrucciones mediatas después de mastectomía. La cirugía plástica viene a ofrecer una opción terapéutica para recuperar la autoestima y mejorar la calidad de vida de la paciente. La reconstrucción mamaria no es un capricho o moda, se busca en esta intervención, reparar el daño psicofísico producido por la cirugía oncológica. La reconstrucción mamaria con implantes es la técnica más frecuentemente utilizada, estaría indicada en pacientes con mamas pequeñas donde existe piel y músculo suficientes con los que cubrir la gran mayoría de la superficie protésica, de no ser posible, se debe recurrir a la expansión. Reconstrucción con tejido autólogo, se basa en la restauración del volumen y contorno mamario utilizando tejidos de la propia paciente. Tiene como grandes ventajas la ausencia de cuerpos extraños y eliminación de las potenciales complicaciones asociadas al uso de implantes. El tejido transferido tiene un comportamiento más acorde con la evolución y cambios del peso, textura física de la paciente y la consistencia de la mama reconstruida es más natural que aquella obtenida con implantes. La reconstrucción inmediata no siempre es posible si se requiere aplicar tratamientos adicionales, como quimioterapia o radioterapia. Dependiendo de la situación, el cirujano podría recomendar las siguientes opciones: esperar hasta que hayas terminado todos los tratamientos adicionales antes de comenzar la reconstrucción (reconstrucción diferida) hacer una parte de la reconstrucción de inmediato y la otra parte después de terminar otros tratamientos adicionales (reconstrucción diferida inmediata). Se aplicó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, con contenido oportuno y relevante para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo.

Palabras Claves: Cirugía Reconstructiva, Autoestima, Mutilación, Tejidos Autólogos, Aloplásticos, Implantes, Quimioterapia, Radioterapia, Femenidad, Apoyo Psicológico.

Abstract

Oncoplastic surgery is the result of the irruption of the techniques of plastic surgery in the surgical treatment of breast cancer, to achieve an aesthetic result, increase the number of patients who benefit from the conservation of the breast and non-reactive tissues. directly compromised is the objective

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva
para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

sought, achieving better results in mediate reconstructions after mastectomy. Plastic surgery comes to offer a therapeutic option to recover self-esteem and improve the quality of life of the patient. Breast reconstruction is not a whim or fashion, this intervention seeks to repair the psychophysical damage produced by oncological surgery. Breast reconstruction with implants is the most widely used technique, it would be indicated in patients with small breasts where there is enough skin and muscle to cover the vast majority of the prosthetic surface, if this is not possible, expansion should be used. Reconstruction with autologous tissue, is based on the restoration of volume and breast contour using the patient's own tissue. Its great advantages are the absence of foreign bodies and the elimination of possible complications associated with the use of implants. The transferred tissue has a behavior that is more in line with the evolution and changes in weight, physical build of the patient, and the consistency of the reconstructed breast is more natural than that obtained with implants. Immediate reconstruction is not always possible if additional treatments are required, such as chemotherapy or radiation therapy. Depending on the situation, the surgeon may recommend the following options: wait until you have finished all additional treatments before starting reconstruction (deferred reconstruction) do part of the reconstruction immediately and do part of the reconstruction after finishing other additional treatments (immediate deferred reconstruction). A descriptive methodology was applied, with a documentary approach, that is, reviewing sources available on the network, with timely and relevant content to respond to what was discussed in this article.

Keywords: Reconstructive Surgery, Self-Esteem, Mutilation, Autologous, Alloplastic Tissues, Implants, Chemotherapy, Radiotherapy, Femininity, Psychological Support.

Resumo

A cirurgia oncoplástica é o resultado da irrupção das técnicas da cirurgia plástica no tratamento cirúrgico do câncer de mama, para alcançar um resultado estético, aumentar o número de pacientes que se beneficiam da conservação da mama e dos tecidos não reativos. diretamente comprometido é o objetivo almejado, alcançando melhores resultados nas reconstruções mediatas após mastectomia. A cirurgia plástica vem oferecer uma opção terapêutica para recuperar a autoestima e melhorar a qualidade de vida do paciente. A reconstrução mamária não é capricho nem moda, esta intervenção busca reparar os danos psicofísicos produzidos pela cirurgia oncológica. A reconstrução mamária com implantes é a técnica mais utilizada, seria indicada em pacientes com mamas pequenas onde há pele e músculo suficiente para cobrir a grande maioria da superfície protética, caso isso não seja

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

possível deve-se utilizar a expansão. A reconstrução com tecido autólogo baseia-se na restauração do volume e do contorno mamário com tecido da própria paciente. Suas grandes vantagens são a ausência de corpos estranhos e a eliminação de possíveis complicações associadas ao uso de implantes. O tecido transferido tem comportamento mais condizente com a evolução e alterações de peso, constituição física da paciente, e a consistência da mama reconstruída é mais natural do que a obtida com implantes. A reconstrução imediata nem sempre é possível se forem necessários tratamentos adicionais, como quimioterapia ou radioterapia. Dependendo da situação, o cirurgião pode recomendar as seguintes opções: esperar até terminar todos os tratamentos adicionais antes de iniciar a reconstrução (reconstrução diferida) fazer parte da reconstrução imediatamente e fazer parte da reconstrução após terminar outros tratamentos adicionais (reconstrução diferida imediata) . Foi aplicada uma metodologia descritiva, com abordagem documental, ou seja, revisando fontes disponíveis na rede, com conteúdo oportuno e relevante para responder ao que foi discutido neste artigo.

Palavras-chave: Cirurgia Reconstructiva, Autoestima, Mutilação, Autólogos, Tecidos Aloplásticos, Implantes, Quimioterapia, Radioterapia, Feminilidade, Apoio Psicológico.

Introducción

En los últimos 25 años, se ha tomado muy en serio “la reconstrucción de la mama como mecanismo necesario para lograr la rehabilitación de estas pacientes y mejorar así su autoestima” (Báez, 2014), a través de influir en el concepto de auto imagen que pueda lograrse en ella, posterior al procedimiento correctivo, buscando mejorar su calidad de vida y bienestar.

La Organización Mundial de la Salud, a través de su Agencia Internacional en el Estudio del Cáncer (IARC), estimó una incidencia mundial de “1.676.632 casos de cáncer de mama en 2012, con una mortalidad de 12,9 por 100.000 mujeres. En el análisis por región, se observaron 499.555 nuevos casos en Europa y 408.266 en América y el Caribe” (Báez, 2014). Según el mismo estudio, Chile presentó un total de 4.081 nuevos casos, para ese periodo. Los registros nacionales del MINSAL al año 2011 muestran una tasa de mortalidad de “15,46 por 100.000 mujeres. Respecto al estadio, sólo el 10% de los casos se diagnosticó en estadio 0 y el 16,7% en estadio I; la mayoría (42%) de los casos fueron diagnosticados en estadio II” cita para mismo autor nombrado en este párrafo.

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

Si bien el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha avanzado hacia técnicas que conservan el tejido mamario, la mastectomía continúa siendo un procedimiento frecuente. Sin embargo, la reconstrucción mamaria aún no está disponible como un tratamiento al alcance de la gran mayoría de las pacientes mastectomizadas. Estudios realizados en los centros designados por el “Instituto nacional del Cáncer de EE. UU muestran que menos del 50% de las pacientes mastectomizadas son reconstruidas” (Marré, Gantz, Villalón, & Roco, 2016)

La reconstrucción mamaria post mastectomía ha mostrado ser todo un desafío para la medicina, ha despertado la creatividad de un sinnúmero de cirujanos plásticos de todo el mundo. Ello se debe principalmente a su noble meta: “devolverle a la paciente su identidad corporal perdida por la cirugía oncológica mamaria” (Soria, Sosa, & Losardo, 2015) pues no es solo una cuestión estética sino que abarca problemas de autoestima, seguridad, sexualidad, ansiedad y depresión, por nombrar solo algunos. A continuación, se expondrán algunas técnicas, para su consideración.

Metodología

Esta investigación está dirigida al estudio del tema “*Reconstrucción Mamaria Post Mastectomía: Avances en Cirugía Plástica y Reconstructiva para la Restauración de la Calidad de Vida de las Pacientes*”. Para realizarlo se usó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, cuyo contenido sea actual, publicados en revistas de ciencia, disponibles en Google Académico, lo más ajustadas al propósito del escrito, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser estudiadas al final, en la bibliografía.

Resultados

La mastectomía es el principal tratamiento del cáncer de mama, sin embargo, esta cirugía agrega un importante trauma psicológico. Así lo expresa el cirujano plástico Julián C Fernández cuando manifiesta que:

“la mastectomía radical por cáncer es de las operaciones más mutilantes. Producen en la mayoría de las enfermas un trauma psíquico del que muchas no se recuperan, y otras toleran

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva
para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

la mutilación resignadas, pero no conformes. Constituye un serio problema en la interrelación humana, dentro del campo de la psicología” (Soria, Sosa, & Losardo, 2015).

La cirugía plástica viene a ofrecer una opción terapéutica para recuperar la autoestima y mejorar la calidad de vida de la paciente. La reconstrucción mamaria no es un capricho o moda, se busca en esta intervención, reparar el daño psicofísico producido por la cirugía oncológica. La reconstrucción mamaria ha evolucionado de tal manera que sus resultados han sido cada vez mejores, no solo en las cuestiones estéticas, sino también a favor de lograr la menor morbilidad posible en cada paciente.

La evaluación de la calidad de vida es un dato cualitativo importante que mide una de las variables clínicas para la evaluación de resultados, pocas veces es medida. Uno de los instrumentos de medición validados llamados Patient Reported Outcomes Measurements (PROM), permite cuantificar el estado de salud directamente del paciente. El Breast-Q[®] ha expresado de manera significativa “una mayor sensibilidad y especificidad para medir la calidad de vida de las pacientes sometidas a una mamoplastia, (por aumento, reducción o reconstrucción)” (Gallegos, et al., 2020).

La cirugía oncoplástica es el resultado de la irrupción de las técnicas propias de la cirugía plástica en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, para conseguir un resultado estético mejor, aumentar el número de pacientes que se benefician de la conservación de la mama y de tejidos no comprometidos directamente, consiguiendo resultados eficientes en las reconstrucciones mediatas después de mastectomía. Algunos aspectos a considerar en las técnicas reconstructivas se comparan en el siguiente cuadro:

Tabla 1.

Indicaciones para aplicar técnicas reconstructivas.

<i>Reconstrucción mamaria por colgajo miocutáneo de dorsal ancho</i>	<i>Reconstrucción mamaria con colgajo TRAM:</i>
<i>Ausencia de mama post mastectomía radical (uni o bilateral), alta oncológica, no haber concluido el período de reproducción, panículo adiposo abdominal</i>	<i>Ausencia de mama post-mastectomía radical (uni o bilateral), alta oncológica, haber concluido el período genésico, panículo adiposo abdominal mayor de 3 cm</i>

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva
para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

de menos de 3 cm de grosor, presencia de cicatrices abdominales postquirúrgicas, presencia de debilidades o hernias de la pared abdominal, ausencia de enfermedades crónicas descompensadas tales como diabetes, hipertensión, cardiopatías, trastornos psiquiátricos.

de grosor, ausencia de cicatrices abdominales, ausencia de hernias o debilidades de la pared abdominal, edad menor de 60 años, sin hábito de fumar, lesión de la arteria tóraco dorsal durante la mastectomía, ausencia de enfermedades crónicas descompensadas tales como diabetes, HTA, cardiopatías, epilepsia, trastornos psiquiátricos.

Fuente: (Báez, 2014)

Técnicas de reconstrucción: implantes y tejidos autólogos (Marré, Gantz, Villalón, & Roco, 2016)

Las técnicas de reconstrucción mamaria pueden agruparse de forma genérica “según si se basan en el uso de materiales aloplásticos (expansores e implantes mamarios), si utilizan únicamente tejidos autólogos, o una combinación de ambas” (Marré, Gantz, Villalón, & Roco, 2016). La decisión de realizar una u otra dependerá de una serie de factores:

- Presencia de radioterapia.
- Características físicas.
- Preferencias, valoración y expectativas de la paciente.
- Preferencia y experiencia del cirujano.
- Disponibilidad de la infraestructura adecuada en el centro hospitalario.

i) Reconstrucción con implantes: prótesis directa y expansor prótesis

La reconstrucción mamaria con implantes es la técnica más frecuentemente utilizada, puede realizarse en prácticamente cualquier paciente, para aquellas con mamas de tamaño pequeño-mediano y con un bajo grado de ptosis. Estaría indicada en pacientes con mamas pequeñas donde existe piel y músculo suficientes con los que cubrir la gran mayoría de la superficie protésica, de no ser posible, se debe recurrir a la expansión. “Las grandes ventajas de estas técnicas son su relativa simplicidad, menor tiempo quirúrgico y ausencia de morbilidad en zona donante” (Marré, Gantz, Villalón, & Roco, 2016).

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

Las desventajas incluyen el llevar un cuerpo extraño, complicaciones derivadas del uso de implantes como: contaminación, exposición, infección, contractura capsular, desplazamiento, ruptura, la probabilidad de necesitar un recambio de los implantes en algún momento de la evolución. En caso de reconstrucción unilateral, hay que considerar que “la mama reconstruida adquiere una posición y proyección relativamente fijas y progresivamente asimétrica en relación con la mama contralateral” (López, Madrona, Ramos, & Bajo, 2013).

ii) Reconstrucción con tejido autólogo

Se basa en la restauración del volumen y contorno mamario utilizando tejidos de la propia paciente. Tiene como grandes ventajas la ausencia de cuerpos extraños y eliminación de las potenciales complicaciones asociadas al uso de implantes. El tejido transferido tiene un comportamiento más acorde con la evolución y cambios del peso, textura física de la paciente y la consistencia de la mama reconstruida es más natural que aquella obtenida con implantes.

Como desventajas: “la reconstrucción con colgajos es técnicamente más complicada, requiere de mayor tiempo operatorio, existe morbilidad en la zona donante, generalmente requiere también de mayor tiempo de hospitalización y recuperación” (López, Madrona, Ramos, & Bajo, 2013). Tradicionalmente, el colgajo musculo-cutáneo de recto abdominal (TRAM) ha sido la técnica de elección para reconstrucción mamaria autóloga en muchos centros. La principal desventaja del colgajo TRAM es la debilidad que deja en la pared abdominal con el potencial riesgo de limitación funcional, bulging y desarrollo de hernias.

Como alternativa de solución, se han descrito refinamientos de la técnica destinados a reducir la morbilidad abdominal, como “son el TRAM ahorrador de músculo I y II, el colgajo de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) y el colgajo de arteria epigástrica inferior superficial” (Marré, Gantz, Villalón, & Roco, 2016). Mientras que con el muscle-sparing se sacrifica sólo una parte de músculo, con el DIEP se minimiza la morbilidad porque las fibras musculares no son resecadas sino separadas preservando la inervación. Es actualmente la técnica de elección para reconstrucción autóloga en muchos centros.

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la arteria epigástrica superficial está ausente “en un 35-40% de las pacientes y que cuando existe, no siempre es de un calibre adecuado (mayor a 1,5 cm) con lo cual el uso de este colgajo es más limitado” (Marré, Gantz, Villalón, & Roco, 2016). Las principales desventajas del DIEP en comparación con el TRAM son su mayor dificultad técnica, una curva de aprendizaje más pronunciada y la necesidad de contar con infraestructura micro quirúrgica.

Otros colgajos utilizados, son los basados en perforantes de las arterias glúteas superior (SGAP) e inferior (IGAP) y el colgajo musculo cutáneo transverso de gracilis (TMG). Generalmente, estos colgajos constituyen la segunda opción en caso de no poder realizar un DIEP. El SGAP/IGAP tiene como desventajas:

“una mayor dificultad técnica en la disección de la perforante, la necesidad de un cambio de posición dado que deben ser elevados en decúbito prono, el riesgo de alteración del contorno corporal en la zona donante y el hecho que el tejido glúteo es más fibroso y compacto que el abdominal con lo cual la mama reconstruida resulta menos natural. El TMG resulta una buena alternativa cuando no existe tejido suficiente a nivel abdominal o glúteo, su principal limitación tiene que ver con las posibles secuelas en la zona donante y su volumen limitado de piel y grasa. Un colgajo relativamente nuevo en el arsenal de reconstrucción mamaria es el basado en perforantes de la arteria femoral profunda llamado colgajo PAP (profunda artery perforator) el cual constituye una alternativa más al abdomen” (Marré, Gantz, Villalón, & Roco, 2016).

iii) Reconstrucción con tejido autólogo más implantes

Se basa en reconstruir el volumen y contorno mamario con ambos elementos: el tejido autólogo cumple una función de cobertura, protección y aportación de piel ausente, mientras que el implante otorga el volumen y la forma. Si bien es cierto que se puede asociar una prótesis a cualquier colgajo, el dorsal ancho aporta una gran cantidad de músculo, posee una vascularización segura y constante. La repercusión funcional es variable y más notoria en pacientes deportistas. La complicación más probable es el seroma de la zona donante dada la amplia disección que se realiza.

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

Lipo modelado o injerto de grasa (lipofilling)

Esta técnica del injerto de grasa consiste en extraer la grasa sobrante de algunas zonas del cuerpo de la paciente mediante liposucción y procesarla para eliminar la sangre y otras sustancias distintas de la grasa, “se purifica, luego es transferida a otras áreas mediante cánulas de infiltración para añadir volumen e incrementar el tamaño, mejorar la forma y la textura y el perfil de las mamas” (Masià & Bauzà, 2017). Permite conseguir buenos resultados en las reconstrucciones parciales de mama o al complementar otras técnicas reconstructivas.

Reconstrucción diferida

Al realizar la cirugía de reconstrucción mamaria simultáneamente que la mastectomía, se denomina reconstrucción inmediata. Cuando el cirujano oncólogo extirpa la mama durante la mastectomía, el cirujano plástico hace la reconstrucción, ya sea con tejido de otro lugar del cuerpo o con un implante (o con ambas cosas). Con una reconstrucción inmediata, casi todo el trabajo se realiza durante una misma operación, la paciente se despierta con la mama reconstruida, o las dos mamas reconstruidas en el caso de una mastectomía doble. Durante la reconstrucción inmediata, los equipos de cirugía plástica y de cirugía de cáncer de mama trabajan de forma coordinada.

La técnica de irradiación utilizada suele ser “irradiación de la pared torácica con electrones o fotones, o una combinación de ambas, y las áreas ganglionares con fotones, con un fraccionamiento convencional de 1,8-2 Gy/día hasta llegar a una dosis de 50 Gy” (López, Madrona, Ramos, & Bajo, 2013). En ocasiones puede administrarse un complemento de dosis en cicatriz de mastectomía que puede llegar a los “10-20 Gy. Tras un periodo de 12-24 meses” (aunque puede variar, en función de la afectación, cita para autor nombrado en este párrafo).

Reconstrucción mamaria inmediata después de radiación

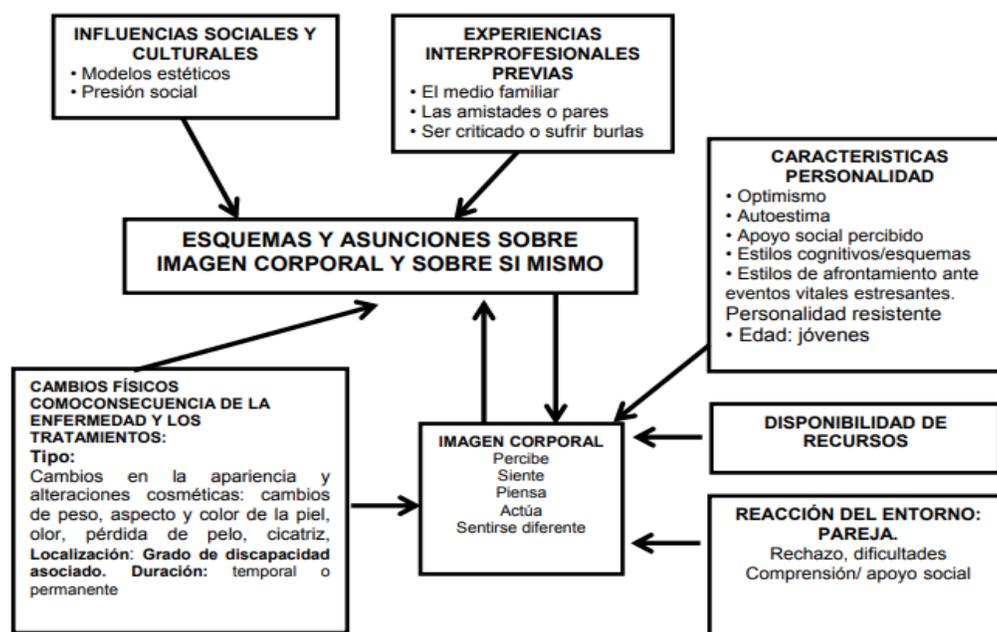
La reconstrucción inmediata no siempre es posible si se requiere aplicar tratamientos adicionales, como quimioterapia o radioterapia. Dependiendo de la situación, el cirujano podría recomendar las siguientes opciones: “esperar hasta que hayas terminado todos los tratamientos adicionales antes de comenzar la reconstrucción (reconstrucción diferida) hacer una parte de la reconstrucción de inmediato y la otra parte después de terminar otros tratamientos adicionales (reconstrucción diferida inmediata)” (Depolo, 2023)

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva
para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

El cirujano y el paciente decidirán la estrategia que sea más adecuada, la mayoría de las personas que se someten a una mastectomía preventiva (cirugía para reducir un riesgo mayor que el promedio de padecer cáncer de mama) tienden a pasar por la cirugía de reconstrucción inmediata. Un aspecto importante a considerar en esa reunión es discutir el cambio corporal después de la mastectomía, en la siguiente figura, se sugieren algunas:

Figura 1.

Variables que influyen en el cambio corporal.



Fuente: (Rojas, 2012)

Existen múltiples razones para que una mujer con este tratamiento quirúrgico presente alteraciones psicológicas, debido a que se tiene un concepto de mujer sobrevalorado, ese concepto es arrebatado drásticamente, disminuyendo la autoconfianza y la percepción aceptable, conocida del cuerpo. Planteamientos similares son expresados por Aime Martínez-Basurto: culturalmente “los senos son concebidos como símbolo de mujer, femineidad y capacidad reproductora, entre otros” (Moreno, 2020)

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

Mediante relatos de pacientes mastectomizadas, Pires y Norbe encontraron: “los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad” (Moreno, 2020). Esta concepción es valorada por las mujeres de manera significativa, es decir, ante la pérdida de un seno, son considerables las consecuencias a nivel psicológico, repercuten de manera significativa en la autoimagen.

Si bien la mastectomía no es la única cirugía que presenta grandes cambios a nivel físico y psicológico, existe también la cirugía bariátrica, estos pacientes, antes de realizarse cualquier de las cirugías mencionadas, presentan ciertos trastornos, tales como “ansiedad y/o alimenticios, por lo que acostumbran a ir a terapia psicológica antes y después de la cirugía” (Moreno, 2020). Al igual que en la mastectomía, se observa entonces que este tipo de intervenciones traen consigo una enorme carga psicológica para el paciente, en definitiva el acompañamiento psicológico se vuelve un proceso fundamental para la rehabilitación en una etapa posterior a estas cirugías en procura de su calidad de vida.

Conclusión

Considerando los avances médico-quirúrgicos, es importante destacar que la Cirugía Plástica ha contribuido a la mejora en la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas. La reconstrucción mamaria ha evolucionado positivamente que sus resultados han sido cada vez mejores, no solo abarca una problemática estética, sino también a favor de provocar la menor morbilidad posible en cada paciente.

Cada paciente experimenta cambios secundarios de forma diferente, dichos cambios en la apariencia física a menudo conducen a modificaciones en la imagen corporal, implicando estrés y ansiedad; incluso los mejores tratamientos tienen efectos secundarios, algunos de los cuales incluyen: fatiga, pérdida de cabello, movimientos de mano limitados a corto plazo, etc. Por todo ello, la evaluación médica debe tratar, resultados en términos de satisfacción con sus senos, bienestar psicosocial y bienestar sexual.

La reconstrucción mamaria tras mastectomía mejora la satisfacción de las pacientes, también se conoce que la reconstrucción inmediata reduce la incidencia de depresión postoperatoria en comparación con las mujeres que se sometieron a una reconstrucción mamaria diferida. En la mayoría de las fuentes consultadas, demostraron una mejoría entre las mediciones preoperatorias y

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva
para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

postoperatorias de satisfacción con el bienestar mamario, psicosocial y sexual en pacientes que se habían sometido a reconstrucción mamaria con colgajo de perforante de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) y con colgajo miocutáneo de recto abdominal transversal (TRAM).

La reconstrucción mamaria logra recuperar la imagen corporal y mejora la calidad de vida en la mujer mastectomizada, al igual que la de su núcleo familiar. Este aspecto es importante dentro de las políticas públicas en salud para generar espacios que permitan acompañar a las mujeres en superar esta experiencia de salud, en procura de un bienestar sólido.

Los expansores han sido utilizados durante muchísimo tiempo para la reconstrucción mamaria en casos de mastectomía total sin conservación de piel, debido a las variaciones en las técnicas de resección con conservación de piel en el cáncer de mama, la colocación de implantes de forma inmediata ha ido en ascenso. Sin embargo, la cobertura de la porción inferior y lateral de los expansores e implantes se ha manejado de diferentes maneras, existiendo actualmente un gran número de técnicas que tratan de cubrir estos dispositivos que representan uno de los mayores retos para el cirujano plástico.

Referencias

- Báez, J. (2014). Reconstrucción Mamaria Post Mastectomía. *Cirugía Reconstructiva y Quemados*. Retrieved 2023, from <https://pdfs.semanticscholar.org/28ab/c3f1c5161cf2118a2db908d97251ec0fd9d7.pdf>
- Depolo, J. (2023, Julio 25). ¿Cuándo se hace la cirugía de reconstrucción mamaria? Retrieved 2023, from <https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/reconstruccion-mamaria/cuando-se-realiza-la-reconstruccion>
- Gallegos, C., Morales, E., Villarreal, J., Hernández, G., Ramos, J., & Danilla, S. (2020). Calidad de vida en reconstrucción mamaria postmastectomía. Aplicación del instrumento Breast-Q®. *45(4)*, 369-376. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, *45(4)*, 369 - 376. doi:<https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922019000400006>
- López, M., Madrona, A., Ramos, J., & Bajo, G. (2013). Radioterapia y técnicas de reconstrucción mamaria. *Revista de Senología y Patología Mamaria*, *26(1)*, 25-32., *26(1)*, 25 - 32. doi:<https://doi.org/10.1016/j.senol.2012.12.002>
- Marré, D., Gantz, J., Villalón, J., & Roco, H. (2016). Reconstrucción mamaria: estado actual del tema. *Revista Chilena de Cirugía*, *68(2)*, 186 - 193. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262016000200014>

Reconstrucción mamaria post mastectomía: avances en cirugía plástica y reconstructiva
para la restauración de la calidad de vida de las pacientes

- Masià, J., & Bauzà, E. (2017). Reconstrucción mamaria y calidad de vida. *Psicooncología*, 14(2-3), 295 - 306. doi:<https://doi.org/10.5209/PSIC.57087>
- Moreno, M. (2020). mportancia de la salud mental frente a una mastectomía. *Revista Confluencia*, 2(1), 136 - 137. Retrieved 2023, from <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/523/482>
- Rojas, M. (2012). Insertidumbre, Calidad de Vida e imagen corporal y mujeres sometidas a mastectomía. *Insertidumbre, Calidad de Vida e imagen corporal y mujeres sometidas a mastectomía*. Bogota, Colombia. Retrieved 2023, from https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34324863/BIENESTAR_PSICOLOGICO_E_IMAGEN_CORPORAL-libre.pdf?1406745268=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DINCERTIDUMBRE_CALIDAD_DE_VIDA_E_IMAGEN_C.pdf&Expires=1692412486&Signature=UORPqICvK6YGmsmZBjaNxU
- Soria, D., Sosa, E., & Losardo, R. (2015). Reconstrucción mamaria post-mastectomía: contribución de cirujanos plásticos argentinos. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 128(2). Retrieved 2023, from https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54533654/Reconstruccion_mamaria_subido-libre.pdf?1506365330=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DReconstruccion_mamaria_post_mastectomia.pdf&Expires=1692408510&Signature=V6kS8UIT3yFjyXylFVi5VnULcb3MDRSyv