

OPCIONES DE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA



MENTOR® - UNA EMPRESA QUE SE PREOCUPA POR TI

Mentor® es uno de los más importantes fabricantes de implantes mamarios en el mundo. Su atención en la calidad y su vasta experiencia, dio como resultado innovadores productos en los que usted puede confiar.

Implantes mamarios rellenos con gel de Mentor®, se fabrican bajo los más estrictos controles de calidad en nuestra fábrica de Leiden, Holanda.

En 1995, Mentor® se convirtió en el primer fabricante de implantes de mamas al recibir la aprobación CE (Conformidad Europea) y, en 2006, recibió la aprobación de la FDA (Food and Drug Administration) para sus implantes de mamas de gel.

Mentor® está orgullosa de la calidad con la que desarrolla cada uno de sus implantes, y usted como paciente, puede estar seguro de que, detrás de su decisión de utilizar nuestros productos, existe una empresa que entiende sus necesidades.

Actualmente, hay varias opciones de implantes disponibles y este folleto fue creado para ayudarle a aprender y entender más acerca de la reconstrucción mamaria.

ÍNDICE

5. Introducción
6. ¿Qué es la reconstrucción mamaria?
7. ¿Qué causa el Cáncer de Mama?
8. ¿Qué es una Mastectomía?
9. ¿Quién y Cuando puede reconstruirse la Mama?
10. ¿Cómo me ayudará esta Guía? ¿Cuál es mi siguiente paso?
11. Otros aspectos importantes a Considerar
12. ¿Cuándo realizar la Reconstrucción Mamaria?
13. Técnicas de Reconstrucción Mamaria
15. Implantes de mama
18. Reconstrucción Mamaria en dos etapas
20. Reconstrucción Mamaria en una etapa
21. Procedimiento de Expansión para los Expansores/Implantes
22. Reconstrucción de Colgajos
27. Reconstrucción Mamaria en casos especiales
28. Reconstrucción mamaria y recuperación
29. ¿Cómo es el postoperatorio y Cuidados ¿Me quedarán cicatrices?
30. ¿Qué complicaciones pueden ocurrirme ?
32. Regreso a la normalidad
33. Preguntas más frecuentes
35. Garantía Patient Safe de Mentor®
36. Enlaces útiles
38. Información importante Acerca de la seguridad
39. Glosario

INTRODUCCIÓN

En el proceso de reconstrucción mamaria hay muchas decisiones que tomar, pero tal vez la pregunta más importante sea la siguiente: ¿Es la reconstrucción mamaria lo adecuado para usted? Para cientos de miles de mujeres que han sobrevivido a un cáncer de mama, la respuesta ha sido afirmativa.

En la actualidad, la mayoría de las mujeres a las que se les ha realizado una mastectomía son buenas candidatas para una reconstrucción mamaria. Tras una mastectomía, las mujeres deciden someterse a una reconstrucción mamaria por diferentes razones. Algunas mujeres se sienten incompletas o menos femeninas, mientras que otras simplemente quieren evitar las molestias asociadas con el uso diario de una prótesis mamaria externa. Para muchas mujeres la reconstrucción mamaria es una forma de sentirse mejor, además de un nuevo comienzo en la vida.



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.

¿QUÉ ES LA RECONSTRUCCIÓN MAMÁRIA?

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 lectivo, 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.

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 MASTECTOMÍA?

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 areolapezón, 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 lograse.
- Su deseo de igualar la apariencia de la mama sana con la reconstruida.

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.

CUANDO 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:

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.

Esta 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.

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.

IMPLANTES DE MAMA

Un implante de mama es una bolsa de silicona que viene prellenada con gel de silicona o solución salina. los implantes pueden ser de forma redonda o anatómica, de superficie lisa o texturizada; existe una gran variedad de tamaños y perfiles de proyección (medida da extensión de un implante hacia fuera del cuerpo).



Redondo



Anatómico



Superficie Texturizada

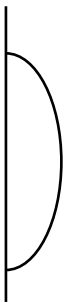


Superficie Lisa

FORMATOS DE IMPLANTES IMPLANTES REDONDOS

Los implantes redondos aumentan el volumen de la mama en su totalidad, proporcionando una forma “redonda” en la mama.

Mentor[®] tiene opciones de implantes redondos con varios perfiles de proyección:



Bajo



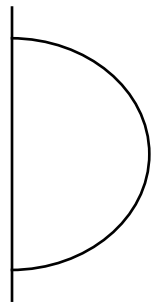
Moderado



Moderado Plus



Alto



Ultra Alto

Una novedad es el Implante mamario Spectra. El Spectra ofrece la ventaja de ser un implante de mama con gel de silicona y puede tener su proyección ajustada con solución salina para aumentar su volumen mismo después de la implantación.



Implante Ajustável Spectra

IMPLANTES ANATÓMICOS

Los implantes anatómicos tienen forma de lágrima y pueden dar una apariencia más natural a la mama.

Los implantes anatómicos de Mentor® tienen varias opciones de altura y perfiles de proyección:



IMPLANTES DE MAMAS CON RELLENO DE GEL DE SILICONA

El uso de silicona es bastante amplio. Se encuentra tanto en suministros médicos, como desodorantes, lápices labiales, entre otros productos.

En implantes mamarios, la silicona se usa en su estado de gel cohesivo, es decir, trae la sensación más natural y mantiene la forma del implante. El grado de cohesividad del gel de silicona es muy importante para un mejor resultado estético.

El gel de silicona de Mentor® se llama MemoryGel y tiene tres grados de cohesividad:

- Cohesivo I - gel más suave al toque
- Cohesivo II - ligeramente más firme
- Cohesivo III - el gel más firme de Mentor®

IMPLANTES MAMARIOS CON RELLENO DE SOLUCIÓN SALINA

Estos implantes se llenan durante la cirugía con una solución salina, un fluido similar al que compone la mayor parte del cuerpo humano. Estos implantes se utilizan poco hoy en día.

LA SUPERFICIE DEL IMPLANTE

Los implantes mamarios pueden tener una superficie lisa o texturizada. La superficie texturizada tiene la función de evitar la rotación del implante y ayudar a prevenir complicaciones, tales como la formación de contractura capsular.

La superficie con textura de los implantes Mentor® se llama Siltex™. La Superficie sin textura, es denominada lisa.

BARRERA DE REDUCCIÓN DE LA DIFUSIÓN DEL GEL DE SILICONA

Todos los implantes de Mentor® tienen una barrera que reduce la difusión del gel de silicona.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN DOS ETAPAS

La reconstrucción mamaria en dos etapas con implantes es una opción que goza de gran popularidad. Este procedimiento puede realizarse al mismo tiempo que la mastectomía o en una fecha posterior (diferida).

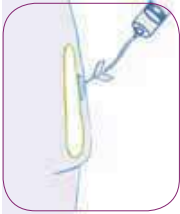
EL PROCEDIMIENTO

Se coloca en el tórax un expansor tisular mamario temporal. Durante varias semanas, el médico llena gradualmente el expansor con suero fisiológico, un líquido parecido a agua salada. Durante este proceso, su piel se estira y crece gradualmente para dar cabida al implante. Su cuerpo se adaptará lentamente al crecimiento del implante igual que el cuerpo de una mujer se adapta al crecimiento gradual de su abdomen durante un embarazo.



Expansor de tejido mamario CPX (Contour Profile® Expander) Siltex™

PRIMERA INTERVENCIÓN



El expansor tisular se coloca en su lugar.



Se localiza el domo de inyección. La expansión comienza mediante la inyección de suero fisiológico a través del domo.

SEGUNDA INTERVENCIÓN



El expansor tisular se retira en este momento.



El implante se coloca a continuación en el bolsillo expandido.



Procedimiento finalizado.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN UNA ETAPA

Mentor® es una de las pocas compañías que fabrica implantes mamarios que pueden utilizarse como expansor tisular y como implante mamario a largo plazo al mismo tiempo.

Estos implantes se utilizan en la reconstrucción mamaria en una etapa, procedimiento que está gozando cada vez de mayor popularidad entre los médicos ya que los pacientes sólo necesitan someterse a una operación de reconstrucción, en lugar de dos o más.

EL PROCEDIMIENTO

Se coloca una combinación de expansor-implante mamario en el tórax en el momento de realizarse la mastectomía. El dispositivo consta de un pequeño domo y tubo de llenado que se coloca cerca del implante. A lo largo de un período de semanas o meses, se inyecta suero fisiológico en el puerto para expandir el implante y hacer que el tejido crezca. Una vez que se consigue el tamaño deseado, el tubo de llenado y el domo pueden retirarse en un sencillo procedimiento ambulatorio, mientras que se deja el implante en su sitio.

Becker 35, Anatómico

Becker 25, Redondo



Becker 50, Redondo

PROCEDIMIENTO DE EXPANSIÓN PARA LOS EXPANSORES / IMPLANTES BECKER



Pre-implantación

Paciente antes de la cirugía, ya sea para una reconstrucción inmediata o diferida.



Becker implantado

El dispositivo es llenado con el volumen deseado de solución salina.

El domo de inyección se conecta al tubo de llenado y se coloca debajo de la piel. Se cierra la incisión.



Expansión del implante con solución salina

Inyectar a través de la piel y en el domo de inyección remota. Añadir más solución salina a medida que sea necesario, estirando poco a poco la piel que lo recubre.



Volumen final alcanzado

El domo de inyección y el tubo de llenado se retiran mediante un procedimiento sencillo.

RECONSTRUCCIÓN DE 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 encoger 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.
- Tendrá cicatrices añadidas en la mama, alrededor del ombligo y en la porción inferior del abdomen.
- 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.

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.

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).

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.

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.

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).

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y RECUPERACIÓN

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

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

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.

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 repercute en su persona y no en nadie más.

¿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.

¿ QUÉ COMPLICACIONES PUEDEN OCURRIRME ?

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 periodo 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 transcurre 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.

¿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.

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES:

¿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.

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.

GARANTÍA **PATIENT SAFE** DE MENTOR®

La política de reemplazo de producto para los implantes y/o expansores Mentor® es un compromiso personal con su bienestar.

Gracias por elegir un implante o expansor mamario Mentor®. Nuestra relación no termina con su cirugía. Tenemos un compromiso de largo plazo con nuestra paciente y respaldamos la integridad de nuestros productos.

Mentor® ofrece, automáticamente, a todas las pacientes que reciben implantes mamaros y/o expansores Mentor® en el territorio Latino Americano, garantía de reemplazo gratuito del implante mamario, no incluye los costos quirúrgicos ni hospitalarios, en caso de que éste tuviera que ser retirado debido a una ruptura o deflación causada por defecto de fabricación.

Las solicitudes de reemplazo en garantía deben ser realizada por el médico cirujano al representante Mentor®. El reemplazo gratuito del implante de garantía se hace tras la detección del posible defecto de fabricación; el implante de reemplazo debe ser del mismo volumen y modelo del implante retirado. A solicitud del cirujano, se podrá ofrecer otro tipo o estilo de implante. Pero, sujeto a el pago de la diferencia del valor o precio, si la hay. Si no se detecta defecto de fabricación, Mentor® quedará exento de la reposición del implante.

Esta garantía es válida durante toda la vida de la paciente Esta garantía sólo será válida ante la devolución a Mentor® del implante mamario retirado. El implante retirado y devuelto a Mentor®, será analizado en el laboratorio para comprobar las causas de ruptura y/o deflación. En el caso que se encuentre un defecto de fabricación, la garantía que fue aplicada en el momento de la reposición del implante mamario no se cobrará por el implante de reemplazo. Por otro lado, en el caso que se constate una ruptura y/o deflación del implante a consecuencia del uso inadecuado durante la colocación del implante o daño producido por instrumental quirúrgico u otro material, incluyendo equipos de diversas tecnología, es necesario el pago del implante de reemplazo y se enviará un cobro por el valor de venta vigente del implante al cliente.

Esta es una garantía limitada y se refiere tan solo a la reposición de implantes y/o expansores mamaros Mentor®. Mentor® no se responsabiliza de ningún incidente o daños consecuentes de cualquier tipo, directos o indirectos, como consecuencia del uso de este producto. Esta garantía no incluye los costos médicos, quirúrgicos, hospitalarios ni el reembolso del costo de implantes mamaros no fabricados por Mentor®.

Mentor® no hace ninguna mención referente a la expectativa de durabilidad de un implante o expansor mamario.

Hay condiciones que pueden causar daños al implante o al expansor, como uso indebido que requiera reemplazo. Los implantes o expansores no se deben considerar vitalicios. Mentor® se reserva el derecho de determinar si otros eventos específicos deben ser asegurados.

ENLACES ÚTILES

La siguiente lista de links puede ayudarle a encontrar más información acerca de la cirugía de reconstrucción mamaria con o sin implantes.

Sociedad Chilena de cirugía plástica
www.cirplastica.cl

Sociedad Chilena de Mastología
www.mastologia.cl

Sociedad Venezolana de cirugía plástica
www.sociedadcirugiaplasticavenezolana.org

Sociedad Venezolana de Mastología
www.svmastologia.org

Sociedad Colombiana de cirugía plástica
www.cirugiaplastica.org.co

Sociedad Colombiana de Mastología
www.mastologiacolombia.com

Sociedad Ecuatoriana de cirugía plástica
www.secpre.ec

Sociedad Ecuatoriana de Oncología
www.sociedadecuatorianadeoncologia.org

Sociedad Mexicana de cirugía plástica
www.cirugiaplastica.org.mx

Sociedad Mexicana de Mastología
www.mastologia.org.mx

Sociedad Panameña de cirugía plástica
www.cirugiaplasticapanama.org

Instituto Oncológico de Panamá
www.ion.gob.pa

Sociedad Costarricense de cirugía plástica
www.accpre.com

Sociedad Dominicana de cirugía plástica
www.sodocipre.net

Sociedad Argentina de cirugía plástica
www.sacper.com.ar

Sociedad Argentina de Mastología
www.samas.org.ar

Sociedad Paraguaya de cirugía plástica
www.cirurgiaplastica.org.py

Sociedad Paraguaya de Oncología Médica
www.spom.com.py

Sociedad Peruana de cirugía plástica
www.sociedadperuanacirurgiaplastica.com

Sociedad Peruana de Mastología
www.mastologiaperu.org

Sociedad Uruguaya de cirugía plástica
www.scpu.org.uy

Sociedad Uruguaya de Mastología
www.sociedaduruguayademastologia.org.uy

Sociedad Boliviana de cirugía plástica
www.cplbolivia.com

Sociedad Boliviana de Mastología
www.mastologiabolivia.com

Sociedad Brasileña de cirugía plástica
www.cirurgiaplastica.org.br

Sociedade Brasileira de Mastologia
www.sbmastologia.com.br

www.yourbreastoptions.com

www.loveyourlook.com

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA SEGURIDAD:

Los implantes mamarios MemoryGel® y salinos de Mentor® están indicados para la cirugía de aumento mamario, en mujeres que tienen al menos 18 años de edad, o para la reconstrucción mamaria. La cirugía de implantes mamarios no deberá efectuarse en mujeres con infección activa en cualquier parte de su cuerpo con cáncer o hiperplasia mamaria que no hayan recibido un tratamiento adecuado de dichas afecciones o que estén embarazadas o en periodo de lactancia.

Hay riesgos asociados a la cirugía de implantes mamarios. Los implantes mamarios no son dispositivos para toda la vida y no necesariamente se implantan en una sola operación. Es posible que haya que realizar intervenciones adicionales no planificadas en sus mamas debido a complicaciones o resultados cosméticos inaceptables. Muchos de los cambios realizados en sus mamas tras el implante son irreversibles (no pueden deshacerse) y sus implantes mamarios podrían afectar su capacidad para amamantar, debido a la reducción o falta de producción de leche.

Entre las complicaciones más frecuentes de los implantes mamarios MemoryGel® se incluyen: reintervención quirúrgica, contractura capsular, asimetría y dolor en las mamas. La ruptura del implante es un riesgo de complicación menor, que la mayoría de las veces será asintomático (lo que quiere decir que ni usted ni su médico sabrán que se ha producido la ruptura).

No se han establecido por completo las consecuencias para la salud de la ruptura de un implante mamario relleno de silicona. Se recomienda la realización de pruebas mediante, por ejemplo, mamografías, resonancias magnéticas o ecografías tras la cirugía de implante inicial para facilitar la detección de la ruptura del implante.

Entre las complicaciones más frecuentes de los implantes mamarios salinos de Mentor® se incluyen: reintervención quirúrgica, extracción del implante, contractura capsular, formación de arrugas, dolor en las mamas y desinflado. Se recuerda a las pacientes que deberán hablar de las indicaciones, contraindicaciones, advertencias, precauciones, riesgos y beneficios asociados con los implantes mamarios de Mentor® con su médico o revisar la información de riesgo detallada a través de Internet en www.Mentorcorp.com.

Es importante que comprenda cuáles son los riesgos asociados con la cirugía de implantes mamarios si se plantea recurrir a los implantes mamarios de Mentor®.

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 reconectados 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.

GLOSARIO

- **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 parecido 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).

GLOSARIO

- **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 "transverse upper gracilis" (colgajo transverso 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.



***Distribuidor oficial de
Mentor® de Johnson & Johnson***

Dirección

*Av. La Dehesa 1201, Torre Oriente, Oficina 607,
Lo Barnechea, Santiago - Chile*

Teléfono

(56-2) 2 951 6936

Sitio Web

www.medcorp.cl

Email

contacto@medcorp.cl

Representante:



Antes de la intervención, es la responsabilidad del cirujano advertir a futuros pacientes o sus representantes acerca de posibles complicaciones asociadas con el uso de este producto.