

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Reconstrucción DE MAMA EN PACIENTES ONCOLOGICAS En segundo nivel de Atención.

Referencia Rapida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **ISSSTE-700-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

CIE-9: Mamoplastia 85.85

GPC: Reconstrucción de Mama en Pacientes Oncológicas en Segundo Nivel de Atención

DEFINICIONES

Conjunto de procedimientos o técnicas quirúrgicas propuestas para corregir las secuelas del tratamiento quirúrgico y/o médico del cáncer de mama.

La reconstrucción inmediata se realiza en el momento de la cirugía inicial donde se da tratamiento al cáncer de mama, permite la planificación entre el equipo oncológico y reconstructivo lo cual conlleva un mejor resultado estético ya que la preservación de piel y en ocasiones del complejo areola-pezones asegura un mejor resultado.

La reconstrucción mediata consiste en colocar un expansor tisular en el momento de la mastectomía que permite conservar piel y que a su vez si la paciente va a requerir tratamiento de radioterapia nos permite conservar piel expandida para plantear una reconstrucción tardía.

La reconstrucción tardía implica la realización de una mastectomía sin conservación de piel, quimio y/o radioterapia y una vez terminado este proceso y en ausencia de enfermedad o recidiva proponer la reconstrucción.

GENERALIDADES

El cáncer de mama es el crecimiento anormal y desordenado de las células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse.

FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama son el sexo femenino, a mayor edad mayor riesgo, antecedente familiar o personal de cáncer de mama, antecedente de hallazgo de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, carcinoma lobulillar in situ por biopsia, vida menstrual mayor de 40 años (menarca antes de los 12 años y menopausia después de los 50 años), mayor densidad mamaria, ser portador de los genes BRCA1 o BRCA2. Exposición a radiaciones ionizantes, principalmente durante el crecimiento, tratamiento con radioterapia en tórax. Nuligesta, primer embarazo a término después de los 30 años de edad, terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de 5 años.

Factores de riesgo modificables: alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra, dieta rica en grasas animales y ácidos grasos trans, obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol (mayor de 15g/día), tabaquismo.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA

El objetivo de la reconstrucción es dar simetría al tórax conformando con tejido autólogo, heterólogo o con técnicas combinadas una mama.

Los mejores resultados de reconstrucción mamaria es en pacientes con peso normal o sobrepeso leve con mamas pequeñas o de moderado tamaño (menor de 500g) sin ptosis o con la mínima.

INMEDIATA

Es aquella que se lleva a cabo inmediatamente después del término de la mastectomía. En el mismo evento quirúrgico.

Ventajas: Evita uno o varios procedimientos quirúrgicos y anestésicos, los resultados estéticos son mejores al poder preservar piel y el surco mamario. Reduce la limitación física.

Desventajas: retraso en la administración de terapias adyuvantes cuando hay complicaciones, mayor pérdida de sangre y posibilidad de transfusión sanguínea, prolongación del tiempo anestésico y quirúrgico., prolongación de la estancia hospitalaria, incremento en el costo total del tratamiento.

TARDIA

Es la reconstrucción que se efectúa varios meses después de la mastectomía, generalmente después de tres a seis meses de haber terminado los tratamientos adyuvantes de quimioterapia y radioterapia. Este tiempo es suficiente para que los colgajos cutáneos cicatricen en forma adecuada, permitiendo que la piel que recubre el tórax sea más móvil.

CRITERIOS QUE DETERMINAN LA TECNICA RECONSTRUCTIVA

En los casos con secuela post-mastectomía es factible reconstruir en forma diferida, ya que se han terminado los tratamientos adyuvantes y cuando las pacientes estén libres de enfermedad evidente.

Se debe evaluar el defecto postquirúrgico, la presencia de los músculos pectorales, la indemnidad de los vasos toraco-dorsales, la calidad de la piel.

Se debe ver si no hay secuela por radioterapia previa y posibles zonas de donde se obtendrá el tejido en caso de requerir colgajos o lipotransferencia.

En la reconstrucción diferida no es imprescindible la cobertura muscular completa y se sugiere solo la utilización del músculo pectoral mayor, para cubrir la incisión cutánea y proteger el implante de una posible extrusión.

Lechos de mastectomía de buena calidad en sus partes blandas y músculo pectoral con radioterapia ya no son contraindicaciones para reconstrucción.

Se puede utilizar expansor de rutina transitorios.

En caso de una mala reconstrucción o con malos resultados, si los lechos a expandir son de buena calidad, se puede indicar un nuevo procedimiento reconstructivo.

5.4 DIAGRAMAS DE FLUJO

