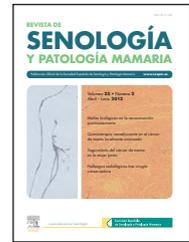


# Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



## EDITORIAL

## Matrices dérmicas acelulares en cirugía mamaria

### Acellular dermal matrices in breast surgery

Jaume Masia

*Director del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Universidad Autónoma de Barcelona, Director de la Unidad Avanzada de Reconstrucción Mamaria, Clínica Planas, Barcelona, España*

Afortunadamente para nuestras pacientes, y a pesar de esta crisis económica mundial, la investigación y el desarrollo de nuevos productos sanitarios no cesan. Nuevos avances como las matrices dérmicas acelulares incrementan las opciones reconstructivas de las diferentes secuelas del tratamiento del cáncer de mama. Una nueva generación de biomateriales diseñados para mejorar el soporte estructural de los tejidos blandos y la regeneración tisular ofrecen con una relativa simplicidad técnica nuevos planteamientos quirúrgicos en la reconstrucción inmediata de un solo tiempo y, sobre todo, la corrección de las complicaciones de otros procedimientos que limitaban la obtención de la meta final de la reconstrucción mamaria, como es mejorar la calidad de vida después del cáncer de mama.

Los precursores de algunos de estos productos han sido utilizados en otros campos de la cirugía reconstructiva, como son los quemados durante muchos años. Una amplia experiencia con unos resultados fiables han contribuido a abrir nuevas indicaciones no sólo en la reconstrucción mamaria, sino también en otras áreas, como la reconstrucción de pared abdominal o la genitourinaria<sup>1-3</sup>. La mayoría de estos materiales derivan de dermis porcina, aunque tenemos también las que proceden de pericardio bovino; otros son elaborados a partir de mallas de seda natural o simplemente son fabricados con productos tan conocidos como el polipropileno titanizado.

El concepto se basa en aportar un soporte estructural biocompatible mediante una malla o lámina que estimula la regeneración tisular, con una total integración a nivel

de tejidos blandos. En la cirugía mamaria, esto supone una mejora considerable para dar soporte a los colgajos cutáneos después de una mastectomía. De esta manera, podremos conseguir un mejor control de la viabilidad de los tejidos que forman el bolsillo cutáneo tras la resección mamaria y en los casos de reconstrucción inmediata poder proporcionar una mejor cobertura del implante mamario.

Este tipo de matrices dérmicas o mallas de soporte se sitúan habitualmente en el polo inferior de la mama, ya que aquí anatómicamente no disponemos de la cobertura muscular que nos proporciona el pectoral mayor. Podremos definir y reparar los límites inferiores y laterales de la mama, los cuales son alterados con la pérdida del surco submamario tras la mastectomía. Esto puede suponer el ahorro de un tiempo quirúrgico en los casos de reconstrucción protésica inmediata, ya que no precisaremos de la colocación de un expansor para conseguir mayor aporte de tejidos blandos. Si se realiza correctamente, puede suponer un considerable ahorro de recursos (tiempo quirúrgico, ingresos hospitalarios, anestésicos, etc.) y costes para el lábil sistema sanitario español.

La cirugía secundaria de mama, es decir, la corrección de complicaciones y la mejora de ciertas limitaciones de otras técnicas quirúrgicas, se puede beneficiar de estos avances tecnológicos. De esta manera, podemos mejorar la malposición protésica o la falta de definición del surco submamario, el temido «*ripling*» o formación de arrugas, ondulaciones y pliegues del implante con visualización sobre la superficie del contorno mamario, la falta de proyección del

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmasia@santpau.cat.

nuevo seno o la sinmastia (falta de surco intermamario)<sup>4,5</sup>. En definitiva, nos ayudan a mejorar los resultados pobres de algunas técnicas que condicionan el resultado final y, sobre todo, a poder conseguir una mejora real de la calidad de vida de nuestras pacientes.

Debemos ser críticos y no caer en la magnificación de los posibles beneficios de las innovaciones tecnológicas; por tanto, debemos destacar que aún hay una falta de trabajos científicos fiables y consistentes que aporten una revisión de resultados a medio y a largo plazo. Actualmente, deberíamos desaconsejar, tal como ocurre con los implantes, el uso de estos productos en pacientes irradiadas o que van a someterse a tratamiento con radioterapia después de una cirugía. Como ha ocurrido con la mayoría de las nuevas técnicas o tratamientos, el tiempo y la evidencia científica posicionarán las indicaciones reales de las matrices dérmicas acelulares en la cirugía mamaria.

## Bibliografía

1. Connor J, McQuillan D, Sandor M, Wan H, Lombardi J, Bachrach N, et al. Retention of structural and biochemical integrity in a biological mesh supports tissue remodeling in a primate abdominal wall model. *Regen Med*. 2009;4:185-95.
2. Itani KM, Rosen M, Vargo D, Awad SS, Denoto G 3rd, Butler CE; RICH Study Group. Prospective study of single-stage repair of contaminated hernias using a biologic porcine tissue matrix: the RICH Study. *Surgery*. 2012 Jul 2. [Epub ahead of print].
3. Burns NK, Jaffari MV, Fios CN, Mathur AB, Butler CE. Non-cross linked porcine acellular dermal matrices for abdominal wall reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2010;125:167-76.
4. Spear SL, Seruya M, Clemens MW, Teitelbaum S, Nahabedian MY. Acellular dermal matrix for treatment and prevention of implant-associated breast deformities. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127:1047-58.
5. Shestak KC. Acellular dermal matrix inlays to correct significant implant malposition in patients with compromised local tissues. *Aesthet Surg J*. 2011;31:85-94.