Cir Esp. 2013;91(Espec Congr 2):710

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

# P-443 - EXPANSORES EN LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA POSMASTECTOMÍA. NUESTRA EXPERIENCIA

*J.L. Bertelli, R. Pardo, C. Manzanares, M.A. Gil-Olarte, A. Gil, V. Muñoz, S. Sánchez, E. García, F.J. Ruescas, C.M. Flota y J. Martín*

*Hospital General, Ciudad Real.*

## Resumen

Introducción: El tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama incluye una etapa actualmente esencial como es la reconstrucción mamaria. Existen múltiples opciones quirúrgicas (prótesis, prótesis expansoras, colgajos, etc.) que pueden realizarse de forma inmediata o diferida según las características individuales de la paciente. Las prótesis expansoras permiten aumentar la superficie cutánea de la zona afecta sin que ésta pierda sus características esenciales. Su introducción en la reconstrucción mamaria se realizó a partir de la década de los 70, en pacientes sometidas a mastectomía subcutánea, simple o radical modificada, asociadas o no a colgajos. Estas pacientes provistas de piel y tejido celular subcutáneo de buena calidad, presentan deficiencias cuantitativas para permitir una reconstrucción protésica satisfactoria. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción mamaria con prótesis expansoras y realizamos una revisión de la literatura precedente.

Métodos: Realizamos un estudio clínico retrospectivo de 117 pacientes reconstruidas mediante prótesis expansoras durante el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre del 2012. La reconstrucción se realizó de forma inmediata en 26 (26,5%) casos y de forma diferida en 63 (64,3%) pacientes. Los expansores utilizados fueron en un 47% (46) Becker 35, Contour (Mentor©) en un 38,8% (38) y Allergan® en un 12,2% (12).

Resultados: Las pacientes estudiadas fueron 117 con una edad media de 47,9 años (rango 29-79 años). Las pacientes fueron reconstruidas mediante prótesis expansoras en 86 (87,7%) casos y mediante un colgajo del músculo dorsal ancho en 9 (9,2%) casos, con una estancia media de 4,5 días (rango 2-14 días). La espera media para el recambio a una prótesis definitiva fue de 8 meses.

Conclusiones: En 1978 Radovan publicó la primera serie de reconstrucciones mamarias con prótesis expansoras y las definió como ?un implante de silicona con base semirrígida y con una entrada remota que se cierra automáticamente?, denominada reservorio o válvula de inyección. En la actualidad existen numerosos tipos que se clasifican según la envoltura de silicona (de superficie lisa o rugosa), la forma (redonda o anatómica), la válvula (incorporada o a distancia) y el relleno (tipo Becker: compartimento interno que se rellena de suero fisiológico y externo relleno de gel de silicona y tipo Radovan: un único compartimento que se rellena progresivamente con suero fisiológico). Las ventajas de la utilización de prótesis expansoras son el aporte de una mama con un aspecto, color y tacto similares a la contralateral, sin secuelas en zonas donantes y mediante una técnica quirúrgica rápida de ejecutar. Sin embargo, no hemos de obviar las complicaciones que pueden surgir. En nuestra experiencia en el 10% de los casos se producen complicaciones (contractura capsular aguda y extrusión) que originan la retirada del expansor. Los resultados definitivos con esta nueva

opción requieren de más casos y de un seguimiento a largo plazo.

See front matter © 2013. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados