

Información sobre operaciones frecuentes en **cirugía plástica**

Para información sobre operaciones
más frecuentes en **cirugía estética**,
ver el documento PDF específico:
http://www.drovillafane.com/archivo/Cirugia_Estetica.pdf

Dr. Óscar Villafañe
cirujano plástico

1. QUEMADURAS

Tienen consecuencias devastadoras en la función corporal y en la apariencia física. En la valoración inicial de una quemadura hay que evaluar la extensión y la profundidad, decidir si se realiza tratamiento conservador o quirúrgico, y proporcionar rehabilitación funcional.

Las secuelas más comunes son la contractura y las cicatrices que a veces requieren cirugía posterior.

2. TUMORES CUTÁNEOS

Pueden ser de muchos tipos, desde el carcinoma basocelular que tiene escaso potencial metastatizante, hasta el agresivo melanoma.

Si se decide extirpar la lesión, es esencial una confirmación diagnóstica mediante biopsia, que además valorará si la lesión ha sido extirpada completamente o no.

3. COBERTURA DE TEJIDOS BLANDOS (Colgajos)

Se denomina así cuando hay pérdida de tejido por aplastamientos, congelación, lesiones térmicas y eléctricas y estallamiento o como resultado de desbridamiento por infección, necrosis, etc.

Se trata de cubrir con injertos de piel del propio paciente si hay un lecho receptor con aporte de sangre apropiado; o, si no se dispone de ello, es necesario recurrir a una zona donante que aporte riego sanguíneo a la zona. Esto puede ser un tejido adyacente a la zona lesionada (colgajo local) o a distancia (colgajo libre)

4. CICATRICES

Cada vez que la piel se corta se produce una reacción llamada cicatriz.

Hay personas que cicatrizan mejor que otras, y lo mismo ocurre con ciertas partes del cuerpo (por ejemplo, la zona esternal y del hombro dejan malas cicatrices).

Los cirujanos plásticos, además de usar técnicas muy cuidadosas, intentamos colocarlas ocultas y siguiendo unas líneas de mínima tensión para que se noten menos.

Dependen del mecanismo, técnica quirúrgica y de cicatrización individual.

Las cicatrices hipertróficas y queloides son respuestas anormales de cicatrización que resultan en excesivo depósito de colágeno y glicoproteínas. Los queloides no suelen involucionar y crecen más allá de los márgenes originales de la herida, en contraste con las cicatrices hipertróficas, en las que esto no ocurre.

Existen diferentes formas de tratamiento según se trate de una cicatriz antiestética o de los tipos anormales arriba descritos. Se trata de conseguir la mayor mejoría posible en el aspecto de la misma.

5. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA.

La mama es el signo más sobresaliente de femineidad.

Desgraciadamente, el tumor de mama es el más frecuente entre las mujeres, afectando a una de cada diez.

Es posible realizar la reconstrucción de la mama y, aunque no queda perfecta, la mayoría de las pacientes están muy satisfechas con los resultados obtenidos, a la vez que dejan de sentirse mutiladas. Esto hace que la paciente vuelva a una vida normal evitando una prótesis externa (la cual se suele salir en los momentos más inoportunos) y ropa muy suelta para disimular la falta de un pecho.

Puede realizarse de forma:

- **Inmediata:** A la vez que el cirujano general quita la mama, es reconstruida por el cirujano plástico. Es la modalidad que da mejores resultados. Esto es debido a que los tejidos están frescos y son fácilmente moldeables. A esto hay que añadir el beneficio de una sola intervención, y que la paciente entra y sale del quirófano con la mama.
- **Tardía:** Varios meses o años después de la mastectomía.

No hay ningún estudio que diga que la reconstrucción mamaria perjudica la supervivencia de la paciente. Pero sí disminuye el trauma psicológico.

Si se va a dar radioterapia complementaria, es mejor hacer una reconstrucción con tejido de la propia paciente, ya que, si se usan prótesis, éstas se pueden extruir o formar una cápsula alrededor de ella.

¿Cómo se puede reconstruir?

- **Métodos autólogos:** con el propio tejido del paciente.
- **Métodos heterólogos:** se usan materiales extraños, generalmente silicona. Si hay suficiente piel se puede poner directamente una prótesis; y si no, hay que colocar primero un expansor (como si fuese un globo hinchable) para expandir la piel.

El pezón y la areola se pueden reconstruir con una técnica que consiste en el empleo de tejido local para hacer el pezón, y piel de la ingle para la areola.

Tipos de reconstrucción autóloga (con tejidos propios del paciente):

1. ABDOMEN. Esta técnica se llama TRAM-DIEP. Se usa la piel y la grasa entre el pubis y el ombligo para crear una nueva mama. Puede ser pediculado o libre.

2. ESPALDA. El músculo empleado se llama DORSAL ANCHO. Es posible coger piel y músculo de la espalda y rotarlo hacia la mama.

Tipos de reconstrucción heteróloga (consiste en la introducción de silicona):

1. PRÓTESIS. Ésta es posible si se hace a la vez que la mastectomía y si el cirujano no ha quitado piel.

2. EXPANSOR. En casos en los que se ha quitado piel junto a la mama, hay que introducir un expansor (como un globo hinchable), el cual se va aumentando de volumen progresivamente cada semana hasta que la piel se estire y obtengamos así el volumen deseado.