

Se trata de una opción excelente para las mujeres muy delgadas que no tienen suficiente tejido abdominal para reconstruir la mama.

Desarrollada por primera vez en 1993, su peculiaridad reside en emplear como zonas y vasos donantes la parte superior de las nalgas y la arteria glútea superior (Superior Gluteal Artery Perforator, SGAP) o bien la parte inferior y la arteria glútea inferior (Inferior Gluteal Artery Perforator, IGAP).

La zona glútea escogida consta de piel y grasa subcutánea (bajo la piel) que junto con la arteria glútea correspondiente, se separan del músculo (que no se sacrifica en ningún caso ni total ni parcialmente) y se implantan en el pecho para realizar la reconstrucción de mama. Como el tejido glúteo tiene una alta proporción de grasa y un buen riego sanguíneo, suele dar excelentes resultados en la reconstrucción: pechos firmes, de volumen generoso y buena proyección.

SGAP (Superior Gluteal Artery Perforator)

El cirujano especializado elige una parte u otra del glúteo según la morfología y anatomía de las pacientes para aprovechar aquella zona del glúteo donde haya un exceso de grasa utilizable. En el caso de elegir la parte superior de las nalgas (SGAP), se practica una incisión elíptica (una hendidura que se hace en algunos cuerpos con instrumento cortante) desde la cadera hasta el centro del glúteo, y desde esa incisión se retira un conjunto de piel y grasa y se separa del músculo la arteria glútea superior. Todo ella se transplanta a la zona torácica para crear la nueva mama. La cicatriz resultante de la cirugía aparecerá en la parte superior de las nalgas y se podrá esconder fácilmente bajo la ropa interior o de baño.

IGAP (Inferior Gluteal Artery Perforator)

En cambio, cuando el cirujano recurre a la parte inferior de las nalgas (IGAP), en una opción menos frecuente, la incisión realiza en el pliegue situado bajo el glúteo. Esto implica que, una vez finalizada la cirugía, la cicatriz quedará casi completamente oculta pero, durante algunos meses, la paciente notará cada vez que se siente. En este sentido, algunos especialistas rechazan la idoneidad de este método porque presenta el riesgo de afectar al nervio ciático.

Después de la operación

Tras la operación, larga y compleja técnicamente, la paciente deberá llevar en el glúteo donante un sostén de tipo deportivo durante al menos 2 semanas, así como una faja quirúrgica -tipo pantalón de ciclista- de 2 a 4 semanas para prevenir la formación de serosa. Sin embargo, la mayoría de las pacientes ya podrán levantarse y caminar al día siguiente de la cirugía y podrán abandonar el hospital 3 o 4 días después.



De hecho, la recuperación suele ser bastante parecida a la del DIEP. No obstante, resulta normal que se presenten molestias y dolor en la zona glútea, entumecimiento alrededor de la cicatriz (hasta que se regeneren los nervios) y dificultades para adoptar determinadas posturas como sentarse, yacer de espaldas o cruzar las piernas. Entre cuatro y seis meses después, la paciente ya estará suficientemente recuperada como para someterse a la reconstrucción del pezón y la areola.

Si la paciente lo desea, se puede someter a una cirugía de revisión que restaure la simetría entre los dos glúteos. En algunas mujeres esto implicará realizar una liposucción del glúteo opuesto y, en otras, redondear el glúteo donante con grasa liposucionada de las caderas o los muslos.

Finalmente, como en cualquier intervención de microcirugía, existe el riesgo de que se produzcan complicaciones microquirúrgicas durante las primeras 48 horas. Al igual que sucedía con el DIEP, si es un equipo con experiencia el que practica la operación, existe menos del 1% de posibilidades de sufrir trombosis postoperatoria o necrosis.

Las diferencias con las técnicas DIEP - SIEA

Los colgajos glúteos son una buena opción reconstructiva de la mama, pero si se comparan con el DIEP, hay que aceptar que la piel del glúteo es la más gruesa que la del abdomen y la grasa subcutánea también resulta más compartimentada, algo que perjudica la similitud de la nueva mama con respecto al pecho natural.

En aquellas mujeres que tengan un exceso de tejido en la zona del pliegue glúteo realizaremos un IGAP, colgajo vascularizados mediante la arteria glútea inferior. La cicatriz resultante se esconde con facilidad bajo el pliegue glúteo.

En el SGAP se utiliza la arteria glútea superior y para el IGAP es la arteria glútea inferior. Tanto el IGAP como el SGAP se utilizan para una reconstrucción unilateral o bilateral.

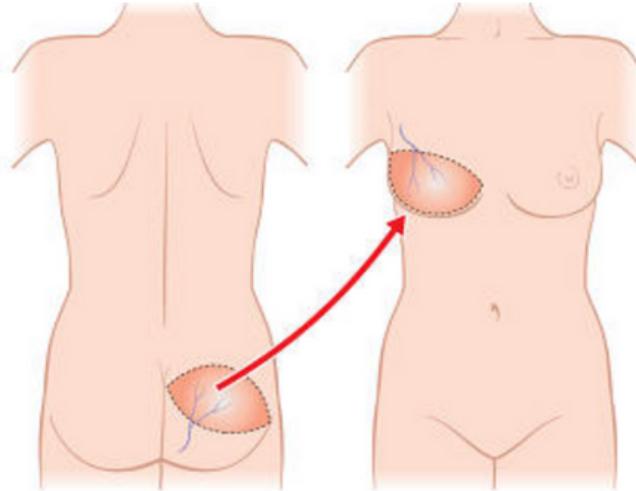
Plazos previstos

- Cirugía: 6 horas
- Hospitalización: 3-5 días
- Actividad diaria habitual: 3-4 semanas
- Deportes y actividad enérgica: 2-3 meses
- Reconstrucción del pezón y la aréola: 4-6 meses



DRA. CARMEN IGLESIAS
CIRUGÍA Y MEDICINA ESTÉTICA

RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJOS GLÚTEOS (SGAP E IGAP)



Dra. Carmen Iglesias
Cirugía Plástica
Nº Colegiado: 28-48-09159