

Revisión narrativa

Impacto físico y psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata y tardía tras mastectomía

DOI: 10.5377/alerta.v9i3.23344

Ivonne Estela Merino Rodríguez^{1*}, Julio Adalberto Samayoa Marín², Ximena Melissa Ventura Cornejo³

1-3. Facultad de Ciencias de la Salud Dr. Luis Edmundo Vásquez, Universidad Dr. José Matías Delgado, Antiguo Cuscatlán, El Salvador.

*Correspondencia

✉ imerino00@gmail.com

1.  0009-0008-4893-2313
2.  0009-0004-9602-568X
3.  0000-0002-1700-066X



Physical and psychological impact of immediate and delayed breast reconstruction following mastectomy

Citación recomendada:

Merino Rodríguez IE, Samayoa Marín JA, Ventura Cornejo XM. Impacto físico y psicológico de la reconstrucción mamaria inmediata y tardía tras mastectomía. Alerta. 2026;9(3):226-233. DOI: 10.5377/alerta.v9i3.23344

Editora:

Nadia Rodríguez.

Recibido:

2 de septiembre de 2025.

Aceptado:

14 de mayo de 2026.

Publicado:

31 de julio de 2026.

Contribución de autoría:

IEMR¹: análisis de datos. JASM²: recolección de datos. XMVC³: búsqueda bibliográfica. IEMR¹, JASM², XMVC³: concepción del estudio, diseño del manuscrito, redacción, revisión y edición.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Resumen

El cáncer de mama constituye en la actualidad, un problema de salud pública debido al incremento sostenido de su incidencia a nivel mundial y regional. La reconstrucción mamaria surge como alternativa quirúrgica para las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía, mitigando las secuelas físicas y psicológicas que impactan en su calidad de vida. Por medio de esta revisión bibliográfica se exploran las distintas técnicas de reconstrucción mamaria, así como los efectos asociados a cada una, y las diferencias importantes en aspectos como el dolor crónico, movilidad, sexualidad, funcionalidad, bienestar emocional y psicológico. El objetivo principal de esta revisión es analizar la evidencia sobre los efectos físicos y psicológicos de las técnicas de reconstrucción mamaria inmediata, comparada con la tardía. Se realizó una búsqueda en PubMed, Scielo, Google Académico e Hinari. Se seleccionaron 46 artículos que cumplieron criterios de selección como: artículos a texto completo, con referencias disponibles, publicaciones arbitradas en español e inglés publicadas de 2020 a 2025, con términos de búsqueda: cáncer de mama, reconstrucción de mama, efectos psicológicos, mastectomía, calidad de vida y salud mental, con el operador booleano «psychological impact» OR «physical effects». Concluyendo que, tanto la reconstrucción mamaria inmediata como tardía, ofrecen beneficios similares en diferentes momentos del tratamiento de las pacientes dependiendo su condición, considerándose este procedimiento parte fundamental del manejo en pacientes posmastectomía, para garantizar un abordaje multidisciplinario y políticas de salud inclusivas que permitan igualdad de oportunidad para las pacientes.

Palabras clave

Reconstrucción Mamaria, Mastectomía, Calidad de Vida, Salud Mental, Cirugía Reconstructiva.

Abstract

Breast cancer is currently a public health problem due to the sustained increase in its incidence worldwide and regionally. Breast reconstruction has emerged as a surgical alternative for women who have undergone a mastectomy, helping to alleviate the physical and psychological consequences that impact their quality of life. This literature review explores the various breast reconstruction techniques, as well as the effects associated with each, and the significant differences in aspects such as chronic pain, mobility, sexuality, functionality, and emotional and psychological well-being. The main objective of this review is to analyze the evidence on the physical and psychological effects of immediate breast reconstruction techniques compared to delayed reconstruction. A search was conducted in PubMed, Scielo, Google Scholar, and Hinari. A total of 46 articles were selected that met the following inclusion criteria: full-text articles with available references; peer-reviewed publications in Spanish and English published between 2020 and 2025; and search terms including: breast cancer, breast reconstruction, psychological effects, mastectomy, quality of life, and mental health, using the Boolean operator "psychological impact" OR "physical effects." It was concluded that both immediate and delayed breast reconstruction offer similar benefits at different stages of patient treatment, depending on the patient's condition. This procedure is considered a fundamental part of care for post-mastectomy patients, ensuring a multidisciplinary approach and inclusive health policies that provide equal opportunities for patients.

Keywords

Breast Reconstruction, Quality of Life, Mental Health, Reconstructive Surgical Procedures, Breast Neoplasms.

Introducción

A nivel mundial, en 2020 se identificaron 19 millones de casos nuevos de cáncer; el cáncer de mama fue el más diagnosticado con un estimado de 2,3 millones de casos nuevos y un estimado de diez millones de muertes¹. En la región latinoamericana, el

cáncer de mama constituye un importante problema de salud pública, al ser el más frecuente y la principal causa de muerte con 200 000 nuevos casos y más de 52 000 muertes al año². En El Salvador, el cáncer de mama fue el más frecuente en 2020, con 2767 casos³; mientras que en el 2022 se diagnosticaron 2120 casos nuevos⁴.

Dentro del abordaje del cáncer de mama existen diversos tratamientos como quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y cirugía; sin embargo, la mastectomía se considera la opción terapéutica por excelencia⁵. Esta técnica quirúrgica implica la extirpación completa del tejido mamario, lo cual tiene repercusiones en el aspecto bio-psico-social de las pacientes al alterar su percepción integral, que perjudican las relaciones con su red de apoyo, su ambiente laboral y hasta consigo misma⁶.

La reconstrucción mamaria representa una solución quirúrgica a las secuelas producidas por la mastectomía considerando que las pacientes sometidas a este procedimiento enfrentan desafíos que afectan su calidad de vida, como depresión, ansiedad, dificultad para aceptar su autoimagen y estigmatización posterior a la cirugía⁷.

Dentro de la calidad de vida de las mujeres posmastectomía, sobresale el impacto en el rol emocional⁸. Por lo tanto, es fundamental determinar la importancia de un enfoque multidisciplinario desde que se toma la decisión terapéutica⁹. La reconstrucción mamaria ayuda a las pacientes a recuperar su identidad corporal, seguridad, autoestima y salud mental; sin embargo, es un tratamiento que no está al alcance de todas. Un estudio basado en registros del programa SEER (Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales) realizado por el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, reportó que únicamente el 41,6 % de las pacientes sometidas a mastectomía recibieron reconstrucción mamaria¹⁰.

Se realizó una búsqueda en PubMed, Scielo, Google Académico e Hinari, de estudios en español e inglés publicados entre el 2020 y el 2025. Se utilizaron los términos de búsqueda: cáncer de mama, reconstrucción de mama, efectos psicológicos, mastectomía, calidad de vida y salud mental. Se combinaron con operadores booleanos para generar ecuaciones de búsqueda como: «psychological impact» OR «physical effects». Se seleccionaron los artículos que estuvieran disponibles a texto completo, con referencias disponibles, publicados en revistas arbitradas y sin más de cinco años de antigüedad, obteniendo 35 artículos como muestra final.

Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo principal identificar los efectos físicos y psicológicos de las técnicas de reconstrucción mamaria inmediata y tardía en la vida cotidiana de pacientes post mastectomía descritos en literatura reciente, para proporcionar una atención holística y garantizar el bienestar físico y emocional de las pacientes¹¹, proporcionando datos sobre calidad de vida para una elección consciente e informada sobre el impacto

que se puede tener a largo plazo con cada procedimiento quirúrgico¹².

Discusión

Técnicas de reconstrucción mamaria en mujeres posmastectomía

La reconstrucción mamaria es una técnica ampliamente utilizada posterior a la mastectomía asociada a una mejor calidad de vida, bienestar psicosocial y satisfacción con la imagen corporal de las pacientes¹³.

Las técnicas de reconstrucción mamaria se clasifican como reconstrucción autóloga utilizando tejido propio, y reconstrucción simple mediante implantes. Dentro de las reconstrucciones de tipo autólogo se encuentra la reconstrucción mediante colgajo, a partir del músculo dorsal ancho, colgajo miocutáneo transversal del recto abdominal (TRAM), colgajo del músculo grácil o colgajo del área glútea¹⁴.

Las técnicas autólogas permiten beneficios a largo plazo como apariencia natural y sensibilidad conservada. El colgajo TRAM, utiliza musculatura del recto abdominal; lo cual, además de proporcionar una apariencia natural, evita las complicaciones relacionadas con implantes mamarios como reacciones inflamatorias o contractura muscular¹⁵. Otra técnica ampliamente descrita, e incluso considerada como estándar de oro, es el colgajo perforante de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP, por sus siglas en inglés); en la cual, al momento de realizar la disección, se utiliza un vaso de una rama perforante de la arteria de la pared abdominal inferior como pedículo, sin necesidad de resecar el músculo recto abdominal. A diferencia del colgajo TRAM, esta técnica preserva la integridad del músculo recto abdominal, y evita la destrucción del tejido, lo que reduce la morbilidad del sitio donante y el riesgo de complicaciones como hernias o debilidad de la pared abdominal. Asimismo, permite una mejor conservación de la función abdominal y ofrece resultados estéticos favorables al emplear tejido autólogo, contribuyendo a una recuperación más funcional y natural¹⁶. Asimismo, existen técnicas con colgajos con perforantes de la arteria glútea superior (SGAP) y colgajos anterolaterales del muslo (ALT) con bajo índice de complicaciones¹⁷.

Los implantes son la técnica de reconstrucción mamaria más utilizada en todo el mundo¹⁸. Según la posición de colocación del implante, existe el implante pre pectoral, sub pectoral y de doble plano o dual plane. El implante pre pectoral, consiste en rellenar el espacio entre el músculo

lo pectoral mayor y el colgajo de piel de la mastectomía¹⁹, mientras que el implante sub pectoral se coloca entre el músculo pectoral mayor y la pared torácica²⁰. Por otra parte, el implante de doble plano implica la colocación parcial del implante debajo del músculo pectoral mayor con el uso de la matriz dérmica acelular para soporte en el polo inferior. La evidencia reciente ha demostrado que la reconstrucción por medio de un implante prepectoral presenta tasas de complicaciones similares al abordaje subpectoral con diferencias en resultados específicos como menor deformidad por animación²¹.

Así mismo, las técnicas de reconstrucción mamaria pueden clasificarse como inmediata (una sola etapa con implante definitivo), estratificada (se coloca expansor tisular temporal) y tardía (se realiza tiempo después de la mastectomía). La técnica inmediata, se realiza al mismo tiempo de la mastectomía y se asocia a mejores resultados estéticos y un mejor resultado en el aspecto psicosocial de las pacientes y la técnica tardía, que normalmente se realiza de seis a 12 meses posmastectomía²².

Durante la técnica quirúrgica inmediata, el mastólogo inicia la mastectomía realizando el colgajo de piel superior y procediendo a separar tejido mamario desde el polo superior hasta la aureola (incluyendo fascia) y detiene la separación a nivel de área retroareolar y quinto espacio de arco costal, en este momento, el cirujano plástico realiza la apertura del pectoral mayor de forma paralela a sus fibras y el bolsillo retromuscular con disección digital hacia la porción superior, luego hacia lateral e inferior, y completando la disección con separadores romos con fuente de luz y electrobisturí. Una vez realizado el bolsillo, se procede a introducir un drenaje retromuscular y a colocar ya sea el expansor o el implante. Luego se incorpora nuevamente el cirujano mastólogo para completar la mastectomía total²³. Por el otro lado, para la reconstrucción tardía pueden ser utilizadas las distintas técnicas quirúrgicas ya descritas (prótesis, tejido autólogo o una combinación de ambas); que se considera una buena alternativa para aquellas pacientes cuya prioridad es la radioterapia adyuvante posterior a la mastectomía²⁴.

Efectos físicos de las técnicas de reconstrucción mamaria inmediata y tardía en la vida cotidiana de pacientes posmastectomía

El impacto en la calidad de vida de las mujeres que se someten a la reconstrucción mamaria va desde el momento que se les

brinda por primera vez su diagnóstico: Chappell A, *et al.*, en 2020 describieron en su estudio que aproximadamente el 60 % de las mujeres mastectomizadas, sufren Síndrome Doloroso Post Mastectomía (PMPS, por sus siglas en inglés) término acuñado por primera vez en 2016, y que la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define como dolor crónico en la cara anterior de tórax, axila y brazo que aparece posterior a la mastectomía o cuadrantectomía y que persiste más de tres meses posterior a la cirugía²⁵.

Cuando se realiza una mastectomía, el riesgo de lesionar los nervios puede provocar cambios corticales asociados con dolor neuropático posquirúrgico²⁶, aspecto que se encuentra ligado al bienestar general ya que los síntomas asociados a la porción superior del brazo (linfedema, hormigueo, dolor y rigidez) pueden provocar disminución en la funcionalidad y a su vez, en la calidad de vida. Según un metaanálisis publicado por Kannan P, *et al.*, intervenciones como el ejercicio físico podrían ofrecer beneficios en el manejo del dolor y la calidad de vida en mujeres con PMPS²⁷. El dolor neuropático persistente se puede manifestar como el síndrome de la mama fantasma, es un tipo de afección en la que las pacientes tienen una sensación de tejido mamario residual y puede incluir tanto sensaciones no dolorosas como dolor, malestar, prurito, parestesias y pulsaciones en la mama fantasma. Este, puede comenzar incluso hasta después de un año de la cirugía y persistir por varios más, afectando la calidad de vida a través del impacto combinado de la discapacidad física con dolor en las actividades diarias (tanto hogar y trabajo) y la angustia emocional²⁸.

Las complicaciones asociadas a la reconstrucción tardía, suelen ser dolor en brazo, hombro, y sitio de donde se tomó el colgajo que a su vez se correlaciona con limitación en el arco del movimiento de la extremidad; consecuencia que se ve de un 40 % a 50 % de las veces en pacientes que reciben una reconstrucción a partir de tejido autólogo²⁹.

En la revisión sistemática de Alves AS *et al.*, en donde se evaluaron 5784 pacientes, se reportó que la reconstrucción mamaria inmediata por DIEP se asoció con menor probabilidad de problemas con la curación (OR 0,57; IC95 % 0,41-0,77; *p* 0,0003), sin un cambio significativo en el riesgo de desarrollar complicaciones quirúrgicas como hematomas o seromas, en comparación con la reconstrucción mamaria tardía³⁰. Por el contrario, en una cohorte retrospectiva realizada por Joukainen *et al.*, en donde se evaluaron 850 pacientes mastectomizadas que, posteriormente, se sometieron a una cirugía

de reconstrucción por DIEP, colgajo dorsal ancho, implante y colgajo de gracilis musculocutáneo, se observó que la reconstrucción inmediata no se asoció de manera significativa con una mayor tasa de complicaciones postoperatorias en general. Sin embargo, la tasa de reintervenciones fue mayor en el grupo de reconstrucción inmediata (26 %) en comparación con la reconstrucción tardía (16 %). Entre las complicaciones evaluadas se incluyeron infección del sitio quirúrgico, necrosis cutánea, hematomas, seromas y reintervenciones que requirieron la extracción del implante³¹.

En un artículo realizado por Moffett T, *et al.*, se determinó que entre el 20 % al 40 % de las mujeres sometidas a una cirugía mamaria experimentan dolor crónico como una complicación clínica relevante que puede impactar de manera significativa la calidad de vida de las pacientes. Este cuadro se define como dolor persistente cuando se prolonga más allá de los tres meses posteriores al procedimiento quirúrgico. Entre los mecanismos fisiopatológicos implicados se encuentran la lesión de nervios periféricos, particularmente de los nervios intercostales e intercostobraquiales, así como la formación de neuromas, fibrosis secundaria y fenómenos de atrapamiento nervioso³².

De igual manera, según Lang A, *et al.*, tras haber estudiado 50 mujeres, 25 sometidas a reconstrucción posmastectomía y 25 solo mastectomizadas, debido a que las mujeres posmastectomía adoptan una postura cifótica, esto podría provocar que los músculos de la pared anterior se tensen, los posteriores se extiendan y haya un posible acortamiento y debilidad del serrato anterior. En consecuencia, el músculo trapecio puede tratar de compensar para mantener la rotación ascendente e interna de la escápula; la sobre activación y rigidez continua y prolongada del trapecio provoca un desequilibrio muscular que podría contribuir con un mayor riesgo de enfermedad del manguito rotador³³.

En un estudio realizado por Rogowsky L, *et al.*, se evaluaron a 118 mujeres sometidas a mastectomía con reconstrucción inmediata aloplástica, se reportó que el 52,5 % de las pacientes experimentaron dolor crónico en el área del pecho, axila, brazo o costado del lado afectado posterior a la cirugía. Del grupo que experimentó dolor crónico la severidad fue calificada por la mayoría en 3,1 con una escala donde cero, representa «sin dolor» y 11 «peor dolor». A su vez, se identificó que el dolor crónico interfiere en la vida cotidiana de las pacientes predominantemente en aspectos como el sueño, el estado de ánimo y la capacidad para reali-

zar actividades laborales, sin embargo, solo el 5,9 % de las participantes calificaron la interferencia del dolor sobre el sueño con puntuaciones superiores a ocho en una escala de cero a diez³⁴.

La reconstrucción mamaria inmediata se asocia con mejores resultados estéticos. A su vez, al realizarse al mismo tiempo que la mastectomía reduce el número de intervenciones. Por otra parte, la reconstrucción tardía implica cirugías adicionales y un periodo prolongado sin reconstrucción; lo cual, puede afectar la calidad de vida y la autopercepción corporal de las pacientes. Los efectos físicos más comunes que pueden vincularse a la reconstrucción independientemente si fue inmediata o tardía son: dolor crónico, limitaciones en la movilidad de la articulación del hombro del lado afectado y pérdida de sensibilidad, lo cual puede verse directamente relacionado con la calidad de vida y actividades diarias de las pacientes³⁵.

Efectos psicológicos de las técnicas de reconstrucción mamaria inmediata y tardía en la vida cotidiana de pacientes posmastectomía

En las pacientes posmastectomía, la pérdida de una parte asociada a la feminidad, como la mama, puede generar sentimientos de inseguridad, ansiedad, tristeza e incluso depresión³⁶. En una revisión sistemática realizada por Nikita Roy *et al.*, se evaluaron 14 artículos que compararon los efectos psicológicos entre una reconstrucción mamaria inmediata y tardía. Cuatro de estos estudios evidenciaron que las pacientes sometidas a reconstrucciones inmediatas tuvieron menos consecuencias psicológicas como ansiedad y depresión comparado con la reconstrucción tardía, mientras que, en el resto, no se encontraron diferencias significativas³⁷.

En una revisión bibliográfica realizada por Quimbayo, Jiménez y Soto, se observó que la percepción de la imagen corporal impacta la interacción y el desempeño sexual en las mujeres posmastectomía³⁸. Asimismo, en este estudio en particular, se pudo observar que la mayoría de las mujeres de la muestra utilizada, sometidas a procedimiento, mostró una autoimagen alterada al recordar sentimientos negativos al mirarse al espejo³⁹.

Existen diversas herramientas para evaluar la satisfacción de los pacientes posterior a una intervención médica-quirúrgica. El BREAST Q es una herramienta específica que es utilizada posterior a cirugía de aumento, reducción o reconstrucción de

mama. Las preguntas del cuestionario están diseñadas para evaluar calidad de vida, efectos psicológicos, físicos, bienestar sexual y satisfacción. El cuestionario utiliza una escala del cero al 100 en cada pregunta en donde cero representa el mínimo nivel de satisfacción y 100 el máximo. Los parámetros evaluados por la herramienta son: bienestar físico, bienestar psicosocial, bienestar sexual, satisfacción con resultado de la cirugía, satisfacción estética de la mama, satisfacción con la información preoperatoria, satisfacción con el cirujano, satisfacción con el equipo médico y satisfacción con el personal administrativo⁴⁰.

A su vez, en un estudio prospectivo realizado por Stana Pačarić *et al.*, se evaluaron 79 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama sometidas a mastectomía y reconstrucción mamaria, se encontró que las pacientes que se sometieron a una mastectomía con posterior reconstrucción mamaria tuvieron mejores resultados en términos de calidad de vida, bienestar físico y psicológico en comparación con las pacientes que no se sometieron a una reconstrucción mamaria⁴¹. Sin embargo, al comparar el momento de la reconstrucción, la evidencia es menos concluyente. Kuhlfelt C *et al.*, realizaron un estudio transversal en una población de 338 mujeres sometidas a reconstrucción mamaria inmediata o diferida y evaluaron la calidad de vida mediante instrumentos validados como el BREAST-Q, que determinaron que no existen diferencias significativas en el bienestar psicosocial, sexual ni en la satisfacción en la imagen corporal entre ambos grupos, sugiriendo que el momento de la reconstrucción no influye de manera determinante en los resultados percibidos por las pacientes⁴².

Por otra parte, en un metanálisis realizado por Juliano Sbalchiero, *et al.*, donde se evaluó el apartado de «satisfacción posterior a cirugía» y «bienestar físico» con el cuestionario BREAST-Q entre 248 mujeres que se sometieron a una mastectomía seguida de una reconstrucción mamaria inmediata, comparado con 362 cuya reconstrucción mamaria no fue inmediata se obtuvieron resultados significativamente mayores en el primer grupo⁴³.

Por otra parte, la disfunción sexual constituye un componente importante de la calidad de vida en las mujeres sometidas a mastectomía, la cual se ve influenciada negativamente por trastornos depresivos y de imagen corporal asociadas a la pérdida de la integridad física del cuerpo femenino tras el procedimiento quirúrgico⁴⁴. En un estudio realizado por Cassia Vieira S *et al.*, en donde se compara el bienestar sexual

utilizando la herramienta *Female Sexual Function Index* (FSFI) que evalúa la función sexual auto-reportada entre mujeres sometidas a mastectomía sin reconstrucción, mujeres posmastectomía con reconstrucción inmediata y un grupo control que no fue sometido a ningún procedimiento quirúrgico. Se determinó que las mujeres que se habían sometido a una reconstrucción inmediata (mediana 21,9) tienen resultados superiores a las mujeres posmastectomía sin reconstrucción mamaria (mediana 15,4) y similares al grupo control (mediana 23,6). Sin embargo, los autores destacan que el resultado puede verse influenciado por diversos factores como: enfermedad activa, tratamiento antidepresivo, características del tumor, y terapias coadyuvantes como quimioterapia o terapia hormonal⁴⁵.

En un estudio realizado por Nadia Espinoza *et al.*, en donde se evaluaron 23 mujeres mastectomizadas con reconstrucción y 23 mujeres mastectomizadas, se encontró que el grupo de mujeres con reconstrucción tenían medias de puntajes más altos en la herramienta BREAST-Q en los siguientes aspectos: satisfacción con el aspecto de la mama (53,13 contra 42; p 0,046), bienestar físico (86,09 contra 79,48; p 0,088), y bienestar sexual posmastectomía (53,96 contra 37,44; p 0,029)⁴⁶. Matros *et al.*, engloban los aspectos mencionados anteriormente dentro del término de «toxicidad financiera» que estudia el impacto multidimensional, principalmente en cuanto a gastos materiales (deudas), respuesta psicológica (ansiedad y mala calidad de vida) y mecanismos compensatorios (citas médicas perdidas o suspensión de medicamentos), en la cotidianidad de las pacientes y sus familias. Con respecto a las mujeres que se han sometido a una reconstrucción posmastectomía, deben considerarse la institución donde se lleva a cabo el tratamiento y el médico encargado para que el conjunto de los esfuerzos tenga un resultado significativo en la vida de las pacientes⁴⁷.

Conclusión

En un contexto social donde el concepto de la imagen femenina está influenciado por estándares específicos, la pérdida de una o ambas mamas puede provocar una conmoción en el bienestar físico y emocional de las pacientes con repercusiones en su trabajo, red de apoyo, bienestar sexual y autoimagen. Tanto la reconstrucción mamaria inmediata como la reconstrucción tardía ofrecen beneficios en la calidad de vida de las pacientes posmastectomía; sin embargo, existen diferencias en dominios

específicos. No existe evidencia homogénea que afirme que la reconstrucción inmediata se asocia con mejores resultados en aspectos psicosociales como la autoestima, percepción de imagen corporal y bienestar sexual.

Por otra parte, la reconstrucción tardía no ha demostrado diferencias concluyentes en cuanto a la incidencia de complicaciones posoperatorias en comparación con la reconstrucción inmediata. La evidencia disponible sugiere que ambas técnicas pueden asociarse con efectos físicos como dolor crónico, limitación funcional y alteraciones sensitivas, sin establecer una superioridad clara de una técnica sobre la otra. Por otro lado, en el ámbito psicológico existe una tendencia a obtener mejores resultados con la reconstrucción inmediata en comparación con la reconstrucción tardía. Es por ello que la elección del momento de la reconstrucción debe individualizarse considerando condiciones clínicas, preferencias de la paciente y disponibilidad de recursos con el fin de optimizar y obtener el mejor resultado físico y psicológico mediante un abordaje multidisciplinario. Por esto, contar con la reconstrucción mamaria como opción para reducir el impacto negativo es una alternativa, cada vez más popular, ya que se puede brindar, ya sea de forma inmediata o de tardía. Esta última se usa principalmente para aquellas mujeres que deben someterse a tratamiento con radioterapia adyuvante. Asimismo, se cuentan con diversas técnicas quirúrgicas que tienen como fin el mejor resultado estético y funcional, y así, apoyar de forma positiva el proceso adaptativo que enfrentan las mujeres después del cáncer de mama. Por lo tanto, es imperativo que, para las mujeres con dicho diagnóstico, el manejo sea integral, ya que la cadena de efectos va desde el momento que se brinda por primera vez el diagnóstico. Si bien es cierto, no se ha demostrado una diferencia significativa entre los efectos físicos o psicológicos por la reconstrucción inmediata o tardía, los estudios analizados destacan la importancia de considerar el impacto del procedimiento quirúrgico en la calidad de vida de las pacientes. Por lo tanto, la reconstrucción mamaria no debe evaluarse únicamente desde el punto de vista estético, ya que la evidencia revisada demuestra su relación con aspectos psicológicos como la imagen corporal, la satisfacción personal y el bienestar emocional posterior a la mastectomía.

Financiamiento

No hubo fuentes de financiamiento.

Referencias bibliográficas

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, *et al.* Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-249. DOI: [10.3322/caac.21660](https://doi.org/10.3322/caac.21660)
2. Gonzalez L, Bardach A, Palacios A, *et al.* Health-related quality of life in patients with breast cancer in Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta-analysis. *Oncol.* 2021 May;26(5):e794-e806. DOI: [10.1002/onco.13709](https://doi.org/10.1002/onco.13709)
3. Orellana Beltrán JA, Valladares Martínez OM. Caracterización clínica epidemiológica del cáncer de mama en mujeres mayores de 20 años en El Salvador. *ALERTA.* 2021;4(3):126-134. DOI: [10.5377/alerta.v4i3.10952](https://doi.org/10.5377/alerta.v4i3.10952)
4. Observatorio de derechos sexuales y reproductivos. Casos nuevos de cáncer prevalecen en las mujeres. 2022. Disponible en: <https://observadsr.org/wp-content/uploads/2024/04/Factores-de-riesgo-y-prevencion-del-cancer-casos-nuevos-en-2022.pdf>
5. Jordà Guerola C. Cuidados de enfermería en mujeres sometidas a una mastectomía por cáncer de mama: una revisión bibliográfica. *Nure Investig.* 2023;20(127). DOI: [10.58722/nure.v20i127.2430](https://doi.org/10.58722/nure.v20i127.2430)
6. Ramos Castro RE. Cambios en el estilo de vida de mujeres mastectomizadas. *Rev Cubana Enferm.* 2022;38(4):e5072. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2022/cnf224e.pdf>
7. Guevara Suárez GA, Guamaní Vargas SP, Gómez Rodríguez FD. Impacto en la calidad de vida y autoestima en pacientes mastectomizadas. *RECSAS*2024;1(1): 46-63. DOI: [10.69583/recsas.v1n1.2024.131](https://doi.org/10.69583/recsas.v1n1.2024.131)
8. Abdelrahman SM, Ibraheem MH, Allam H, Sewram V. Factors affecting quality of life in women post mastectomy for breast cancer in Baheya Foundation (Egypt): 'A retrospective cohort study'. *BMC Womens Health.* 2025;25:43. DOI: [10.1186/s12905-025-03571-z](https://doi.org/10.1186/s12905-025-03571-z)
9. Benavides Zúñiga M, Bonilla Alpizar AL, Atouman Salazar V, Solano Ruíz M. Consecuencias psicológicas en mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical, una revisión bibliográfica. *Rev Cienc Salud Integrando Conocim.* 2020;8(3). DOI: [10.34192/cienciaysalud.v8i3.795](https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v8i3.795)
10. Morrow M, Li Y, Alderman AK, *et al.* Access to breast reconstruction after mastectomy and patient perspectives on decision making. *JAMA Surg.* 2014;149(10):1015-1021. DOI: [10.1001/jamasurg.2014.548](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.548)

11. Laura A, Campos B, Ángel Fernández Gutiérrez D. Necesidades de cuidados de las mujeres mastectomizadas. revisión sistemática exploratoria. Tesis grado en enfermería. Tenerife. Universidad de La Laguna; 2023.45 p.Wang Y, He Y, Wu S, Xie S. Disparities in quality of life among patients with breast cancer based on surgical methods: a cross-sectional prospective study. *Sci Rep*. 2024 May 18;14(1):11364. DOI: [10.1038/s41598-024-62105-z](https://doi.org/10.1038/s41598-024-62105-z)
12. Shiraishi M, Sowa Y, Tsuge I, Kodama T, Inafuku N, Morimoto N. Long-Term Patient Satisfaction and Quality of Life Following Breast Reconstruction Using the BREAST-Q: A Prospective Cohort Study. *Front Oncol*. 2022 May 23;12:815498. DOI: [10.3389/fonc.2022.815498](https://doi.org/10.3389/fonc.2022.815498)
13. Capitán del Río I, Rodríguez M, Cámara P, Sánchez M. Reconstrucción mamaria en el cáncer de mama: actualización. *Cirugía Andaluza*. 2021;32(2):160-7. DOI: [10.37351/2021322.10](https://doi.org/10.37351/2021322.10)
14. Sachs D, Hattingh G, Szymanski KD. Unipedicled Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous (TRAM) Flap Breast Reconstruction. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436009/>
15. Zinner G, Martineau J, Oranges CM. Deep Inferior Epigastric Perforator Flap Breast Reconstruction in Patients With or Without Previous Abdominal Surgery: A Systemic Review and Meta-analysis. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2025 Apr 15;13(4):e6701. DOI: [10.1097/GOX.0000000000006701](https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000006701)
16. Reynoso-Saldaña D, Rodríguez-Rojas EC, Andrade-Garduño J, et al. Experiencia en la reconstrucción mamaria secundaria a cáncer de mama en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos". *Cir Plast*. 2024;34(1):4-9. DOI: [10.35366/115146](https://doi.org/10.35366/115146)
17. Sorenson TJ, Boyd CJ, Karp NS. Hot topics in implant-based breast reconstruction. *J Clin Med*. 2025;15(1):263. DOI: [10.3390/jcm15010263](https://doi.org/10.3390/jcm15010263)
18. Ostapenko E, Nixdorf L, Devyatko Y, Exner R, Wimmer K, Florian Fitzal. Prepectoral Versus Subpectoral Implant-Based Breast Reconstruction: A Systemic Review and Meta-analysis. *Annals of Surgical Oncology*. 2022 Oct 16;30(1):126-36. DOI: [10.1245/s10434-022-12567-0](https://doi.org/10.1245/s10434-022-12567-0)
19. Kappos EA, Schulz A, Regan MM, et al. Prepectoral versus subpectoral implant-based breast reconstruction after skin-sparing or nipple-sparing mastectomy (OPBC-02/PREPEC): a pragmatic, multicentre, randomised superiority trial. *BMJ Open*. 2021;11:e045239. DOI: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e045239>
20. Bruno JR, Brown CC, Gabriel A, Parikh M, Anastassopoulos KP, Lee KR, et al. Clinical and Healthcare Resource Use Outcomes between Dual-plane and Prepectoral Techniques in Implant-based Breast Reconstruction: A Multicenter Retrospective Study. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2023;11(3):e4845. DOI: [10.1097/GOX.0000000000004845](https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000004845). PMID: 36926385. PMCID: PMC10013619.
21. Schaverien MV, Singh P, Smith BD, Qiao W, Akay CL, Bloom ES, et al. Premastectomy radiotherapy and immediate breast reconstruction: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(4):245-517. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2024.5217](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.5217)
22. Ayaach Rodríguez A, Sprohne Flores V, Viguera Stari G, Cabrera Álvarez E, Fernández Gutiérrez A. Reconstrucción mamaria inmediata con técnica simultánea. *Cir. plást. iberolatinoam*. 2022;48(2):133-8. DOI: [10.4321/s0376-78922022000200004](https://doi.org/10.4321/s0376-78922022000200004)
23. Chaparro E, Ochoa J, Geles J. Reconstrucción mamaria tardía Vd. *Rev Colomb Cancerol*. 2020;24(1):37-41. DOI: [10.35509/01239015.53](https://doi.org/10.35509/01239015.53)
24. Chappell AG, Bai J, Yuksel S, Ellis MF. Post-Mastectomy Pain Syndrome: Defining Perioperative Etiologies to Guide New Methods of Prevention for Plastic Surgeons. *WJPS*. 2020;9(3):247-253. DOI: [10.29252/wjps.9.3.247](https://doi.org/10.29252/wjps.9.3.247)
25. Chappell AG, Bai J, Yuksel S, Ellis MF. Post-mastectomy pain syndrome: an up-to-date review. *JPRAS Open*. 2021;29:1-14. DOI: [10.1016/j.jpra.2021.07.006](https://doi.org/10.1016/j.jpra.2021.07.006)
26. Kannan P, Lam HY, Ma TK, Lo CN, Mui TY, Tang WY, et al. Efficacy of physical therapy interventions on quality of life and upper quadrant pain severity in women with post-mastectomy pain syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Quality Life Res*. 2021;31:951-973. DOI: [10.1007/s11136-021-02926-x](https://doi.org/10.1007/s11136-021-02926-x)
27. Ramesh, Shukla NK, Bhatnagar S. Phantom breast syndrome. *Indian J Palliat Care*. 2009 Jul-Dec;15(2):103. DOI: [10.4103/0973-1075.58453](https://doi.org/10.4103/0973-1075.58453)
28. Dauplat J, Thivat E, Rouanet P, Delay E, Clough K, Verhaeghe JL, Raoust I, Bannier M, Lemasurier P, Pomel C, STIC-RMI Working Group. Risk factors associated with complications after unilateral immediate breast reconstruction: a French prospective multicenter study. *In Vivo*. 2021 Mar;35(2):937-945. DOI: [10.21873/invivo.12334](https://doi.org/10.21873/invivo.12334)
29. Alves AS, Tan V, Scampa M, Kalbermatten DF, Oranges CM. Complications of immediate versus delayed DIEP flap breast reconstruction: a meta-analysis of comparative studies. *Cancers*

- (Basel). 2022;14(17):4272. DOI: [10.3390/cancers14174272](https://doi.org/10.3390/cancers14174272)
30. Joukainen S, Heikkinen T, Mattila K, Leidenius M, Vironen J, Koskivuo I. Short-term complications in breast reconstruction: a nationwide analysis of 850 reconstructions. *Breast Cancer Res Treat*. 2020;184(2):415-424. DOI: [10.1007/s10549-020-05705-3](https://doi.org/10.1007/s10549-020-05705-3)
 31. Moffett T, Kass R, Sbitany H. Diagnosis and management of neuropathic breast pain. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2024 Mar 12;12(3):e5449. DOI: [10.1097/GOX.0000000000006266](https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000006266)
 32. Lang AE, Milosavljevic S, Dickerson CR, Trask CM, Kim SY. Evidence of rotator cuff disease after breast cancer treatment: scapular kinematics of post-mastectomy and post-reconstruction breast cancer survivors. *Ann Med*. 2022 Apr 20;54(1):1058-1066. DOI: [10.1080/07853890.2022.2065026](https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2065026)
 33. Rogowsky L, Illmann CF, Macadam SA, Lennox PA, Temple-Oberle C. Prevalence and severity of chronic pain in patients receiving mastectomy with alloplastic immediate breast reconstruction: a survey study. *Plast Surg (Oakv)*. 2022;32(3):415-22. DOI: [10.1177/22925503221128985](https://doi.org/10.1177/22925503221128985)
 34. Nguyen D, Hallet J, Coburn NG, Baxter NN, Moshinsky D, Kagedan DJ. Postmastectomy breast reconstruction in patients with non-metastatic breast cancer: A population-based cohort study of surgical outcomes and survival. *Curr Oncol*. 2023;32(6):231. DOI: [10.3390/curroncol32040231](https://doi.org/10.3390/curroncol32040231)
 35. Jhoselin Castillo Tintaya, Alfaro-Urquiola AL. Estrategias de afrontamiento e imagen corporal en mujeres mastectomizadas. Un estudio correlacional. *FIDES ET RATIO*. 2025 Mar 31;29(29). DOI: [10.55739/fer.v29i29.166](https://doi.org/10.55739/fer.v29i29.166)
 36. Roy N, Downes MH, Ibelli T, Amakiri UO, Li T, Tebha SS, *et al*. The psychological impacts of post-mastectomy breast reconstruction: a systematic review. *Ann Breast Surg*. 2023 Nov 10;8:19. DOI: [10.21037/abs-23-33](https://doi.org/10.21037/abs-23-33)
 37. Quimbayo-Fandiño LR, Jiménez-Ramos CA, Soto-Perdomo H. Percepción sobre la imagen corporal de mujeres con tratamiento quirúrgico por cáncer de mama: revisión integradora. *Rev Colomb Enferm*. 2025;24(1):1-11. DOI: [10.18270/rce.4673](https://doi.org/10.18270/rce.4673)
 38. Patiyal N, Pandey V, Kumar A. Lived experiences of post-mastectomy women: A qualitative study of Western Rajasthan. *J Educ Health Promot*. 2023;12(1):275. DOI: [10.4103/jehp.jehp_1591_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1591_22)
 39. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ. Development of a new patient-reported outcome measure for breast surgery: the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(2):345-353. DOI: [10.1097/PRS.0b013e3181aee807](https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181aee807)
 40. Pačarić S, Orkić Ž, Babić M, Farčić N, Milostić-Srb A, Lovrić R, *et al*. Impact of immediate and delayed breast reconstruction on quality of life of breast cancer patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8546. DOI: [10.3390/ijerph19148546](https://doi.org/10.3390/ijerph19148546)
 41. Kuhlefelt C, Repo JP, Jahkola T, Kauhanen S, Homsy P. Immediate versus delayed breast reconstruction: long-term follow-up on health-related quality of life and satisfaction with breasts. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2024;88:478-486. DOI: [10.1016/j.bjps.2023.11.028](https://doi.org/10.1016/j.bjps.2023.11.028)
 42. Sbalchiero JC, Manso JEF, Nogueira ALC, Araújo BLC. Impacto de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida de mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de mama: una revisión sistemática y un metaanálisis utilizando el cuestionario Breast-Q. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*. 2024. DOI: [10.55905/cuadv16n10-147](https://doi.org/10.55905/cuadv16n10-147)
 43. Tarkowska M, Głowacka-Mrotek I, Nowikiewicz T, Monastyrska-Waszak E, Gastecka A, Goch A, *et al*. Sexual functioning and self-esteem in women after mastectomy-a single-centre, non-randomised, cross-sectional study. *Contemp Oncol (Pozn)*. 2020;24(2):106-111. DOI: [10.5114/wo.2020.95876](https://doi.org/10.5114/wo.2020.95876)
 44. Archange SCV, de Oliveira DC, de Souza L, de Almeida AM, de Almeida SA, de Oliveira JF. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics (Sao Paulo)*. 2022;77:e883. DOI: [10.6061/clinics/2019/e883](https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e883)
 45. Espinoza N, Mogrovejo N, Bromley Miluska. Satisfacción y calidad de vida de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama según la reconstrucción mamaria. 2023; 36(2). DOI: [10.1016/j.senol.2022.100468](https://doi.org/10.1016/j.senol.2022.100468)
 46. Matros E, Offodile AC II. Financial toxicity following post-mastectomy reconstruction: consideration for a novel outcome measure. *Ann Surg Oncol*. 2022 Jan;29(1):25-27. DOI: [10.1245/s10434-021-10792-7](https://doi.org/10.1245/s10434-021-10792-7)