



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

P-152 - MASTECTOMÍA AHORRADORA DE PIEL Y COMPLEJO AREOLA-PEZÓN CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA TRAS LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA CONSERVADORA ONCOPLÁSTICA

R. Barriga Sánchez¹, L. Rabadán Ruíz¹, P. Benito Expósito², H. García Briz¹, C. García Llorente¹, A. Pueyo Rabanal¹, M. Cea Soriano¹, E. Esteban Agustí¹, P. Galindo Jara¹, R. Pardo García¹ y J.A. Garijo Álvarez¹

¹Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Las técnicas de cirugía oncoplástica consiguen un resultado oncológico y estético satisfactorio en el tratamiento del cáncer de mama, utilizando colgajos cutáneos para la remodelación adecuada de la mama e incluso la creación de un nuevo complejo areola-pezones con un disco cutáneo. A pesar de la estadificación preoperatoria con todos los estudios de imagen disponibles y el estudio intraoperatorio de márgenes, en ocasiones el estudio anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica muestra hallazgos no sospechados, que motivan la realización de una mastectomía poco tiempo después de haber realizado una cirugía oncoplástica. La realización de estas técnicas con colgajos cutáneos recientes, permite una ulterior mastectomía con conservación total de piel y complejo areola-pezones y reconstrucción inmediata con total seguridad en las pacientes que lo requieren.

Objetivos: Mostrar la factibilidad y seguridad en nuestra experiencia de la realización de una mastectomía ahorradora de piel con reconstrucción inmediata tras una cirugía oncoplástica compleja con colgajos cutáneos.

Métodos: Recogemos las pacientes sometidas a cirugía oncoplástica en la Unidad de Mama del Hospital Universitario de Torrejón, para tratamiento de cáncer de mama que precisaron una mastectomía de rescate tras hallazgos no sospechados en el estudio anatomopatológico definitivo.

Resultados: Cinco pacientes han sido sometidas a mastectomía ahorradora de piel con reconstrucción inmediata tras la realización de cirugía oncoplástica para el tratamiento del cáncer de mama. Dos pacientes sometidas previamente a una cuadrantectomía central con colgajo de Grisotti fueron reintervenidas para realización de una mastectomía con abordaje por el surco submamario conservando la piel y el nuevo complejo areola-pezones. Una paciente tratada mediante un patrón vertical de rama única fue sometida a mastectomía bilateral a través del surco submamario conservando la piel y el CAP, una paciente sometida a una cuadrantectomía supero-externa mediante un patrón de Round-Block fue sometida a una mastectomía ahorradora de piel periareolar, otra paciente sometida a mamoplastia lateral fue sometida a una mastectomía en S con reconstrucción inmediata a través de la incisión previa conservando la piel y el CAP. Todas ellas fueron reconstruidas con expansor mamario y sustituido por un implante definitivo una vez finalizado el proceso de expansión. No ha habido complicaciones postoperatorias en relación con la piel utilizada para el colgajo cutáneo en el primer procedimiento, ni durante el proceso de expansión.

Conclusiones: La utilización de patrones oncoplásticos complejos que incluyen colgajos cutáneos no contraindica la realización de una mastectomía ahorradora de piel y complejo areola-pezones en pacientes que requieren mastectomía posterior. La reconstrucción mamaria inmediata mediante expansor y prótesis es factible y segura en estas pacientes, minimizando la alteración de su imagen corporal y el impacto psicológico de la mastectomía. El tratamiento de las pacientes con cáncer de mama en Unidades de Cirugía Oncoplástica consigue resultados óptimos mediante la especialización e individualización de los tratamientos.