



www.elsevier.es/cirugia

P-585 - ¿POR QUÉ NO MANTENER EL COMPLEJO AREOLA-PEZÓN EN LAS MASTECTOMÍAS SIN RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA?

Gil-Olarte Márquez, María de los Ángeles; García Schiever, Jesús; Muñoz Atienza, Virginia; Manzanares Campillo, Carmen; Vitón Herrero, Rebeca; Padilla Valverde, David; Arjona Medina, Irene; Martín Fernández, Jesús

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: Las mastectomías ahorradoras de piel y complejo areola-pezón (CAP) se han convertido en práctica habitual para la realización de reconstrucciones mamarias de forma inmediata tanto en pacientes con cáncer de mama como en aquellas con indicación de mastectomía profiláctica. Está indicada en determinados casos seleccionados siempre y cuando la biopsia de la base del pezón sea negativa.

Caso clínico: Mujer de 35 años que acude a consultas por autopalpación de adenopatías axilares izquierdas, refiere sensación nodular cerca del CAP. Como antecedentes a destacar mastopatía fibroglandular grave. EF: mamas simétricas, muy fibrosas. MI: múltiples lesiones sólidas, más llamativa en H9 y H2, conglomerado axilar. MD: levemente mayor que la izquierda con múltiples lesiones sólidas, móviles, no adenopatías axilares. Eco: MD: Imagen nodular sólida en intercuadrantes superiores de $1,5 \times 0,5 \times 1,4$ cm bien definido. MI: lesión de similares características en ICS de 15 mm. Se identifica masa de 41 mm de márgenes mal definidos sólida, hipoeucogénica con focos hiperecogénicos en H12, BIRADS 4. Conglomerado adenopático axilar izquierdo. BAG MI-H12: CDI G2 moderadamente diferenciado; RE 90%, RP 70%, K67 20%, Cerb-b2 negativo, p53 negativo; Axila: positiva. RMN MAMA: MI con un realce extenso y en empedrado que afecta a la práctica totalidad de la mama, que impresiona de ca multifocal multicéntrico. MD: H12 realce nodular, se recomienda second-look y bag ecográfico (BIRADS-RM 0). Second Look y BAG ecográfico: lesiones en H12, H1 y H2, con diagnóstico de fibrosis del estrena y adenosis. Ante estos hallazgos se decide en Comité mastectomía izquierda con linfadenectomía y dado que la mama contralateral es de difícil control valorar junto con la paciente mastectomía profiláctica. La paciente no desea reconstrucción mamaria inmediata pero solicita mantener CAP. Se realiza mastectomía preservadora de CAP y exéresis de piel redundante mediante patrón de alas de murciélago con BIO de base de pezón bilateral, linfadenectomía axilar izquierda y biopsia selectiva de ganglio centinela axilar derecho, siendo negativos. Anatomía patológica definitiva: confirma ausencia de malignidad en base de pezón. La paciente se siente satisfecha con el resultado estético al haber podido mantener los complejos areola-pezón.

Conclusiones: Dado los buenos resultados oncológicos de la mastectomía ahoradora de piel y CAP; recomendamos una modificación de dicha técnica para aquellas mujeres que no deseen reconstrucción mamaria inmediata o no se planteen la deferida. De esta forma, mejoramos la autoimagen de la mujer y la sensación de amputación es menor.