



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-564 - LA TÉCNICA ONCOPLÁSTICA DE ANDREA GRISOTTI PARA EL MANEJO DE TUMORES CENTRALES DE MAMA

*D'Ambrosio, Gian Mario; Wcislo, Katarzyna Maria; Larrañaga Blanc, Itziar; Clos Enríquez, Montserrat; Pérez García, Iñaki; Cambeiro, Lorena; González, José Antonio; Moral Duarte, Antonio*

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

### Resumen

**Introducción:** Los tumores mamarios en localización central representan del 5 al 20% de todos los casos de cáncer de mama. Tradicionalmente, la cirugía conservadora de mama estaba contraindicada en estos tumores, siendo la mastectomía total el tratamiento de elección. La cirugía oncoplástica permite mejorar los resultados quirúrgicos y estéticos, traducándose en una mejor calidad de vida, sin alterar el pronóstico de la enfermedad. En mamas pequeñas o medianas con ptosis moderada se puede utilizar la técnica de Andrea Grisotti. Es un patrón para tratar tumores centrales basado en una resección del complejo aréola-pezón (CAP) y reconstrucción con colgajo cutáneo-glandular de avance inferolateral.

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia y la técnica quirúrgica utilizando la cuadrantectomía central con colgajo dermoglandular o técnica de Grisotti para tumores retroareolares de mama.

**Métodos:** Hemos intervenido en los últimos doce meses 5 pacientes. La media de edad de las pacientes fue de 70 años. Presentaban tumores retroareolares (3 derechos y 2 izquierdos). El tamaño medio tumoral fue de 20 mm. La técnica quirúrgica utilizada en detalles consiste en: 1. Se perfila el CAP que se usa como guía para dibujar el pedículo dermoglandular que se extiende desde los márgenes medial y lateral de la areola hasta el pliegue inframamario. Se dibuja una isla cutánea en la zona intercuadrántica inferior de diámetro similar a la pieza. Se despiteliza toda la piel del colgajo excepto el círculo que formará la nueva areola. 2. Se realiza la tumorectomía incluyendo el CAP hasta la fascia del musculo pectoral mayor. Se marcan los márgenes para el estudio anatómico-patológico intraoperatorio. Durante la espera del resultado se procede a la realización de la biopsia selectiva del ganglio centinela. 3. Se libera el colgajo despitelizado por ambos lados y por la zona posterior se separa del musculo pectoral mayor para que pueda subir y llegar a cubrir el defecto de la tumorectomía. 4. Se afrontan los colgajos dermoglandulares laterales y mediales para conseguir la proyección mamaria deseada.

**Resultados:** En ningún caso la ampliación de márgenes realizada durante la intervención, según los resultados de la anatomía patológica intraoperatoria, obligó a la conversión a mastectomía. La histología posoperatoria fue en 4 casos de carcinoma infiltrante y en un caso de papiloma intraductal. Se identificaron 3 luminal A y un luminal B. Se registró una infección de la herida como única complicación en una paciente. No se identificó ninguna necrosis de la nueva areola.

**Conclusiones:** La técnica de Grisotti es un procedimiento oncoplástico seguro, fácilmente reproducible y sin complicaciones mayores. Permite realizar una tumorectomía central efectiva, rellenar el defecto glandular y

reconstruir una nueva areola que puede ser tatuada después de la radioterapia. Esta técnica ofrece una alta tasa de satisfacción, tanto para los pacientes como para los cirujanos. En nuestro hospital, continuaremos realizando este procedimiento para tratar los tumores mamarios ubicados centralmente. Evaluaremos el procedimiento a largo plazo.