



## V-140 - CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA EXTREMA BILATERAL: HACIA LA PRESERVACIÓN MAMARIA

*Martínez García, Rosario; Estelles Vidagany, Nuria; Cifre Martínez, Cintia; Escudero de Fez, María Dolores; Garrigós Ortega, Gonzalo; Martínez López, Elías; Manrique Gil, Andrea; Domingo del Pozo, Carlos*

*Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.*

### Resumen

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama ha evolucionado considerablemente los últimos 20 años. Los programas de cribado, la mejoría de las pruebas radiológicas, el perfeccionamiento quirúrgico y el cambio de los cirujanos hacia una visión oncoplástica integradora nos han situado frente a una nueva era en la que predomina un abordaje mínimamente invasivo. Sin embargo, a la par, son frecuentes los casos de pacientes con tumores avanzados al diagnóstico, multifocales o multicéntricos, o con respuestas parciales menores o parcheadas tras quimioterapia en las cuales sigue existiendo la indicación de mastectomía. Tanto la morbilidad de la mastectomía con reconstrucción inmediata cuando hay indicación de radioterapia, como la morbilidad de la reconstrucción diferida nos plantean un nuevo escenario que es la realización de cirugía conservadora extrema. Con ello nos referimos a la realización de grandes resecciones de volumen ( $> 30\%$ ) o resecciones en área con riesgo de deformidad, remodelando el volumen mamario y con resultado de una neo mama de tejido autólogo, pudiéndose realizar o no la simetrización contralateral en el mismo tiempo. La demostración de que la radicalidad local no se sigue de un mejor resultado oncológico, junto con una búsqueda del bienestar de la mujer y de la disminución de morbilidades asociadas al tratamiento han hecho posible esta nueva modalidad quirúrgica. Presentamos el caso de una paciente de 44 años con neoplasia de mama bilateral (con indicación de RT posterior en la mama derecha por T al diagnóstico) a la que tras completar el tratamiento neoadyuvante se le realizó un patrón oncoplástico extremo bilateral. El procedimiento no presentó complicaciones posoperatorias. El estudio anatomo-patológico informaba de respuesta parcial mayor bilateral con bordes libres. Se completó el tratamiento adyuvante con RT bilateral.