



CASO CLÍNICO

Oncoplastia, reconstrucción prepectoral inmediata e injerto libre del complejo areola-pezones en paciente BRCA 1. Informe de un caso



Ángel Pareja López^{a,*}, Cristina Alarcón Ortega^b y Juan Manuel Rodríguez Alonso^c

^a Unidad de Cirugía Endocrina y Patología Mamaria, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

^b Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

^c Unidad de Mama, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

Recibido el 3 de mayo de 2021; aceptado el 16 de junio de 2021

Disponible en Internet el 10 de julio de 2021

PALABRAS CLAVE

Reconstrucción
protésica inmediata;
Prepectoral;
Injerto libre
areola-pezones;
Cirugía de reducción
de riesgo;
BRCA 1

Resumen La reconstrucción prepectoral inmediata supone una alternativa cada vez más extendida para las pacientes con mayor susceptibilidad genética para padecer un cáncer de mama. La técnica más utilizada para la mastectomía y reconstrucción prepectoral con malla acelular consiste en un abordaje mediante incisión lateral sin modificar las características del envoltorio cutáneo. Las pacientes con importante ptosis mamaria pueden suponer una limitación en la reconstrucción prepectoral debido a la proyección protésica en el nuevo centro mamario, que se encontrará en posición craneal al complejo areola-pezones. No existen casos documentados en la literatura científica disponible que describan reconstrucciones prepectores inmediatas con injertos libres del complejo areola-pezones. Presentamos el caso clínico de una mujer de 34 años con importantes antecedentes familiares de cáncer de mama y diagnóstico de mutación en el gen BRCA 1. Solicitó realizar cirugía de reducción de riesgo. Se intervino mediante mastectomía subcutánea a través de un patrón de mamoplastia vertical y reconstrucción prepectoral con prótesis y malla acelular con injerto libre del complejo areola-pezones en el nuevo centro mamario. Mostramos que es posible asociar el diseño de un patrón oncoplástico con injerto libre del complejo areola-pezones a una técnica de reconstrucción inmediata prepectoral con prótesis y malla acelular.

© 2021 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angel.parejalopez@gmail.com (Á. Pareja López).

KEYWORDS

Immediate prosthetic reconstruction;
Prepectoral;
Free graft of the nipple–areola complex;
Risk reduction surgery;
BRCA 1

Oncoplasty, immediate prepectoral reconstruction and free graft of the nipple–areola complex in patient BRCA 1. Case report

Abstract Immediate prepectoral reconstruction is an increasingly widespread alternative for patients with a higher genetic susceptibility to breast cancer. The most commonly used technique for mastectomy and prepectoral reconstruction with acellular mesh is a lateral incision approach without changing the characteristics of the skin envelope. Patients with significant breast ptosis can be a limitation in prepectoral reconstruction due to the prosthetic projection in the new breast centre, which will be cranial to the nipple–areola complex. There are no documented cases in the available scientific literature describing immediate prepectoral reconstructions with free grafts of the nipple–areola complex. We present the clinical case of a 34-year-old woman with a family history of breast cancer and a diagnosis of BRCA 1 gene mutation. She underwent subcutaneous mastectomy through a vertical mammoplasty pattern and prepectoral reconstruction with prosthesis and acellular mesh with free grafting of the nipple–areola complex in the new breast centre. We show that it is possible to associate the design of an oncoplastic pattern with free grafting of the nipple–areola complex to an immediate prepectoral reconstruction technique with prosthesis and acellular mesh.

© 2021 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres de España. Las consultas de consejo genético son cada vez más frecuentes y permiten la determinación de mutaciones genéticas que aumentan el riesgo de padecer la enfermedad (BRCA 1, BRCA 2, CHEK 2...). La demanda de mastectomía de reducción de riesgo aumenta paralelamente al diagnóstico genético¹. En este grupo de pacientes, la reconstrucción prepectoral aporta ventajas claras respecto a la vía retropectoral². Las pacientes obesas con mamas ptósicas grado III con poca proyección (mamas planas) y volumen medio o bajo, suponen una importante limitación para la reconstrucción inmediata. La realización de una mastectomía de reducción de riesgo a través de un patrón oncoplástico asociado a un injerto libre del complejo areola-pezones es una técnica no descrita hasta ahora en la literatura científica. Ofrece una alternativa terapéutica con un resultado estético aceptable en pacientes con mamas cuya cobertura cutánea precisa un remodelado previo al injerto protésico para asegurar la armonía del resultado final.

Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 34 años estudiada en la consulta de consejo genético por antecedentes de cáncer de mama familiar con diagnóstico de mutación genética en el gen BRCA 1. Solicitó someterse a intervención quirúrgica para reducción de riesgo de cáncer de mama y ovario. Se realizó una salpingooforectomía bilateral por parte del Servicio de Ginecología de nuestro centro. Acudió a la consulta de Patología Mamaria para planificación quirúrgica de una mastectomía bilateral profiláctica.

En la exploración física, la paciente presentaba unas mamas planas con escaso volumen mamario y un índice



Figura 1 Planificación preoperatoria.

de masa corporal de 36. Se evidenció un gran exceso del polo superior, ptosis grado III con el complejo areola-pezones (CAP) derecho situado a 28 cm de la horquilla esternal y el izquierdo a 27 cm de la misma (fig. 1). No se palparon lesiones a destacar.

Se completó el estudio con una ecografía y mamografía bilateral, informada como BI-RADS 1.

Durante la planificación quirúrgica, se estudió la posibilidad de realizar una reconstrucción retropectoral o prepectoral acompañada de un patrón oncoplástico para el remodelado de la cobertura cutánea.

Se propuso entonces realizar una transposición del CAP a la zona de mayor proyección protésica sin disminuir el envoltorio cutáneo de la mama para no afectar así a su capacidad volumétrica final.

Finalmente se decidió combinar la realización de un patrón oncoplástico para el remodelado mamario junto con una reconstrucción prepectoral con implante libre del CAP.



Figura 2 Evolución postoperatoria.

Se realizó una mamoplastia vertical de rama simple a través del triángulo dibujado en la [figura 1](#), con extensión de la rama vertical hasta el surco submamario. Se implantó una prótesis de 395 cc recubierta con malla acelular y el injerto libre del CAP en el lugar de máxima proyección protésica para reconfigurar el centro de la mama.

La paciente fue dada de alta al día siguiente de la intervención quirúrgica con un drenaje retroprotésico que se retiró en el séptimo día postoperatorio ([fig. 2](#)).

Los injertos presentaron una despigmentación parcheada parcial. Se propuso corregirlo mediante micropigmentación areolar que la paciente rechazó. Al sexto mes postoperatorio ([fig. 2](#)) finalizó el seguimiento ambulatorio. La paciente expresó un alto grado de satisfacción con los resultados obtenidos.

Discusión

El complejo areola-pezones forma parte de la identidad femenina y se sitúa en la zona de mayor proyección del surco submamario identificado con la paciente sentada. El surco se sitúa de forma estable a una distancia de entre 19-21 cm de la horquilla esternal. A su vez, la horquilla la medimos a unos 5 cm de la escotadura esternal. La mamoplastia vertical de rama única es un patrón muy versátil que favorece el acceso al resto de los cuadrantes. Los mejores resultados estéticos se obtienen en mujeres premenopáusicas con mamas anchas, cuadradas y ptósicas. Se originará una mama más estrecha, redonda y con mayor proyección³⁻⁶.

La vía prepectoral se utilizó en las primeras reconstrucciones mamarias, para ser sustituida posteriormente por su alta tasa de complicaciones, a favor del abordaje retro o subpectoral⁷. El desarrollo de las matrices acelulares, las mallas titanizadas y los implantes de poliuretano, ha relanzado el abordaje prepectoral como una opción quirúrgica menos lesiva y mutilante que la subpectoral⁸. Entre sus ventajas destaca la ausencia de deformidad animada o «mama

dinámica», la disminución del dolor crónico en forma de contractura pectoral y una teórica disminución del tiempo quirúrgico por no precisar la movilización del pectoral mayor y la confección de un bolsillo entre este y el serrato o surco submamario. Entre sus inconvenientes debemos mencionar una teórica mayor incidencia de deformidades u ondulaciones perceptibles (rippling), así como la necesidad de realizar una cuidadosa preservación vascular de los colgajos dermograsos⁹. El acceso por el surco submamario está limitado por un teórico aumento del riesgo de extrusión protésica¹⁰. La técnica tiene una especial aplicación en pacientes sometidas a una mastectomía para reducción del riesgo genético con mamas de ptosis 1-2 y volumen escaso o medio (copa A y B). Pueden suponer contraindicaciones relativas a la técnica los casos de tumores que afecten gran cantidad de piel mamaria, las mamas grandes con una ptosis importante y las pacientes que precisen radioterapia postoperatoria². Un cirujano experto en la técnica oncológica, oncoplastica y reconstructiva, conferirá un valor añadido a la intervención quirúrgica, permitiendo una exéresis segura con una correcta preservación de la viabilidad de los colgajos, moldeando durante la propia mastectomía, la cobertura protésica final¹¹.

La técnica estandarizada para colocación de prótesis a nivel prepectoral se basa en realizar una incisión a nivel lateral por donde se completa la mastectomía y posteriormente se introduce el implante. Dicha intervención habría supuesto una sobreexposición de los polos superiores mamarios acentuando la ptosis y proyectando la unión de los cuadrantes superiores. La proyección máxima de la prótesis debe coincidir con el CAP y viceversa.

La transposición del CAP en forma de injerto libre puede ser una alternativa viable en las pacientes que se someten a cirugía de reducción de riesgo y presentan mamas planas, con escasa proyección y ptosis grado III.

Financiación

Los autores declaramos no tener ninguna fuente de financiación para la redacción y publicación de este artículo.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que han obtenido los permisos correspondientes para la publicación de las fotos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Oncología Médica (Internet). Seom.org. 2021 [consultado 3 May 2021]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?start=2>.
2. Chandarana MN, Jafferbhoy S, Marla S, Soumian S, Narayanan S. Acellular dermal matrix in implant-based immediate breast reconstructions: a comparison of prepectoral and subpectoral approach. *Gland Surg*. 2018;7:64-9.

3. Acea Nebril B, Cereijo Garea C, García Novoa A. Secuelas estéticas de la cirugía oncoplástica de la mama. Clasificación y principios para su prevención. *Cir Esp.* 2015;93:75–83.
4. Acea Nebril B. Cirugía oncoplástica conservadora en el cáncer de mama. Indicaciones y límites en su aplicación quirúrgica. *Cir Esp.* 2005;78:12–8.
5. Pareja López Á, García Redondo M, Rodríguez Alonso JM, Reina Duarte ÁJ. Cirugía oncoplástica ¿cómo lo hago? Elección y diseño del patrón. *Cir Andal.* 2021;32:125–33.
6. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM. Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant Atlas for Oncoplastic Surgery. *Ann Surg Oncol.* 2010;17:1375–91.
7. Wagner RD, Braun TL, Zhu H, Winocour S. A systematic review of complications in prepectoral breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2019;72:1051–9.
8. Li L, Su Y, Xiu B, Huang X, Chi W, Hou Jet al. Comparison of prepectoral and subpectoral breast reconstruction after mastectomies: A systematic review and meta analysis. *Eur J Surg Oncol.* 2019;45:1542–50.
9. Liliav B, Patel P, Jacobson AK. Prepectoral breast reconstruction: A technical algorithm. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2019;7:2107.
10. Manrique OJ, Banuelos J, Abu-Ghname A, Nguyen M-D, Tran NV, MartinezJorge J et al. Surgical outcomes of prepectoral versus subpectoral implantbased breast reconstruction in young women. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2019;7:2119.
11. Pareja López Á, García Redondo M, Rodríguez Alonso JM, Reina Duarte ÁJ. Reconstrucción prepectoral postmastectomía. *Cir Andal.* 2021;32:138–44.