

*Título: Técnicas radicales en cirugía oncoplástica.  
Cirugía ahorradora de piel y mastectomía  
subcutánea.*



CirPlast Sancti Spíritus 2020

Primera Jornada Virtual del Capítulo Espirituano de Cirugía Plástica y Caumatología

Del 30 de noviembre  
al 10 de diciembre

**Dra. Tatiana Hernández González**  
**Especialista de II Grado en Cirugía Plástica y Caumatología**  
**Profesora auxiliar**  
**2020**

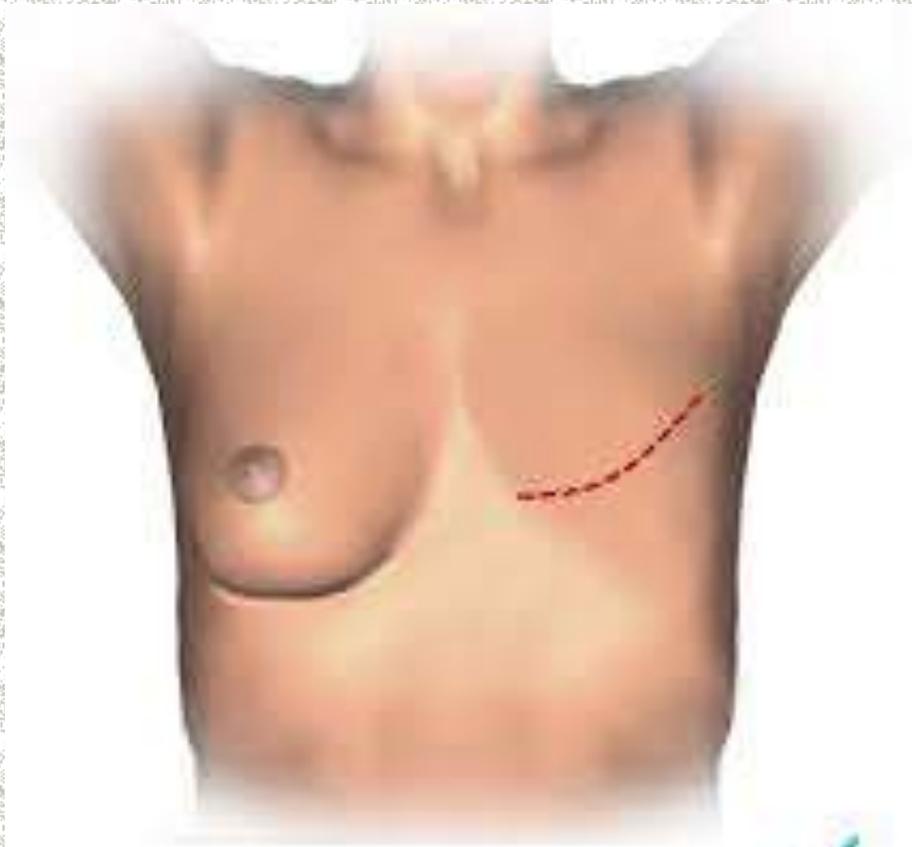
# Oncoplastia y cirugía conservadora



- 
- La cirugía todavía tiene gran importancia en el tratamiento primario del cáncer de mama. Durante los últimos 30 años la cirugía del cáncer de mama ha sido menos agresiva y desfigurante. Las estrategias quirúrgicas han cambiado significativamente y el objetivo de la cirugía moderna en el cáncer de mama es mantener su eficacia oncológica, pero reducir el número de procedimientos radicales, con la finalidad de disminuir el trauma físico y psicológico de las pacientes.

# Eficacia oncológica sin trauma físico y psicológico





Cicatrices tras mastectomía radical



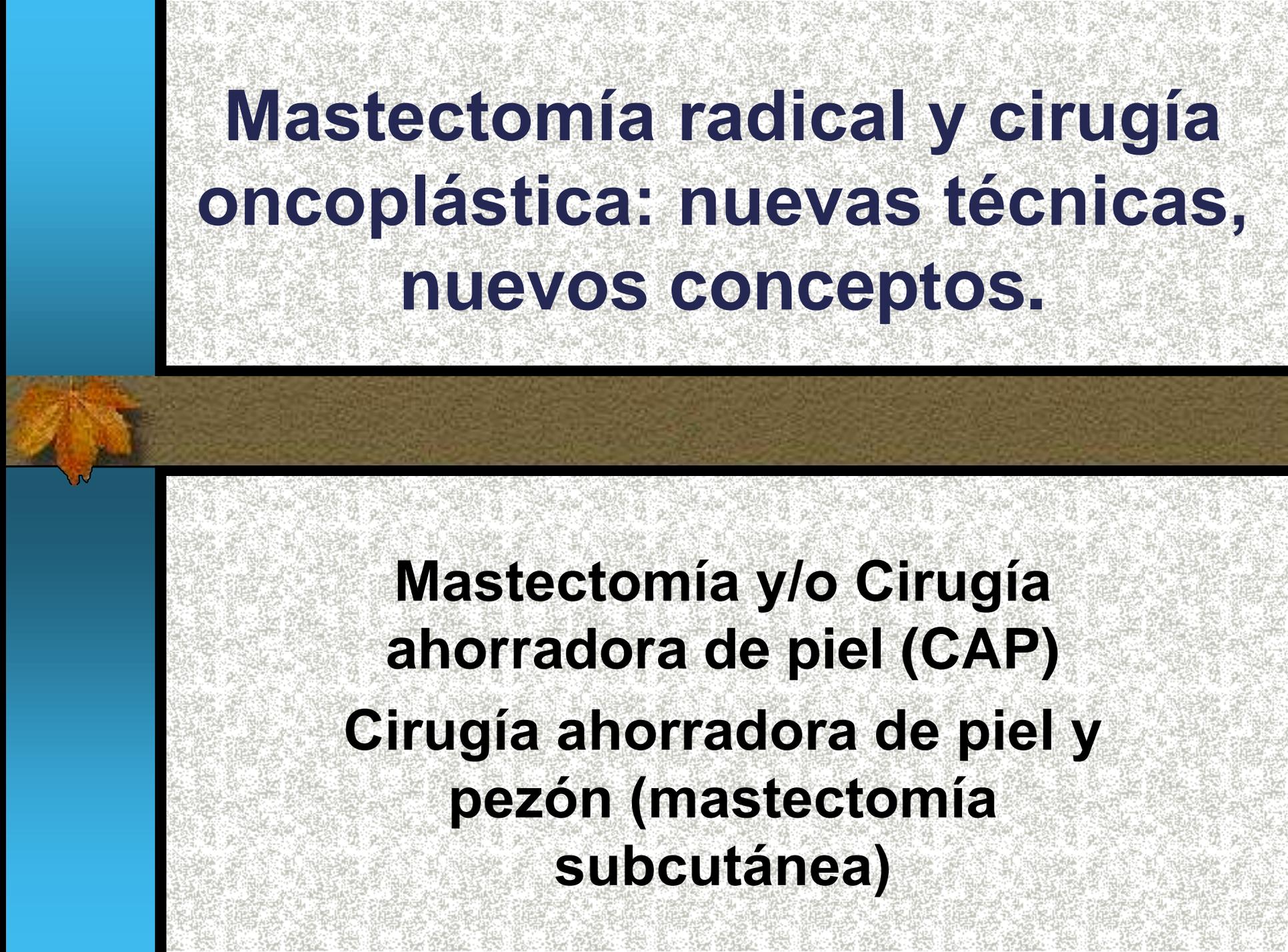
Tomado de Internet

# Cicatrices tras mastectomía radical sin reconstrucción



Tomado de Internet

# **Mastectomía radical y cirugía oncoplástica: nuevas técnicas, nuevos conceptos.**



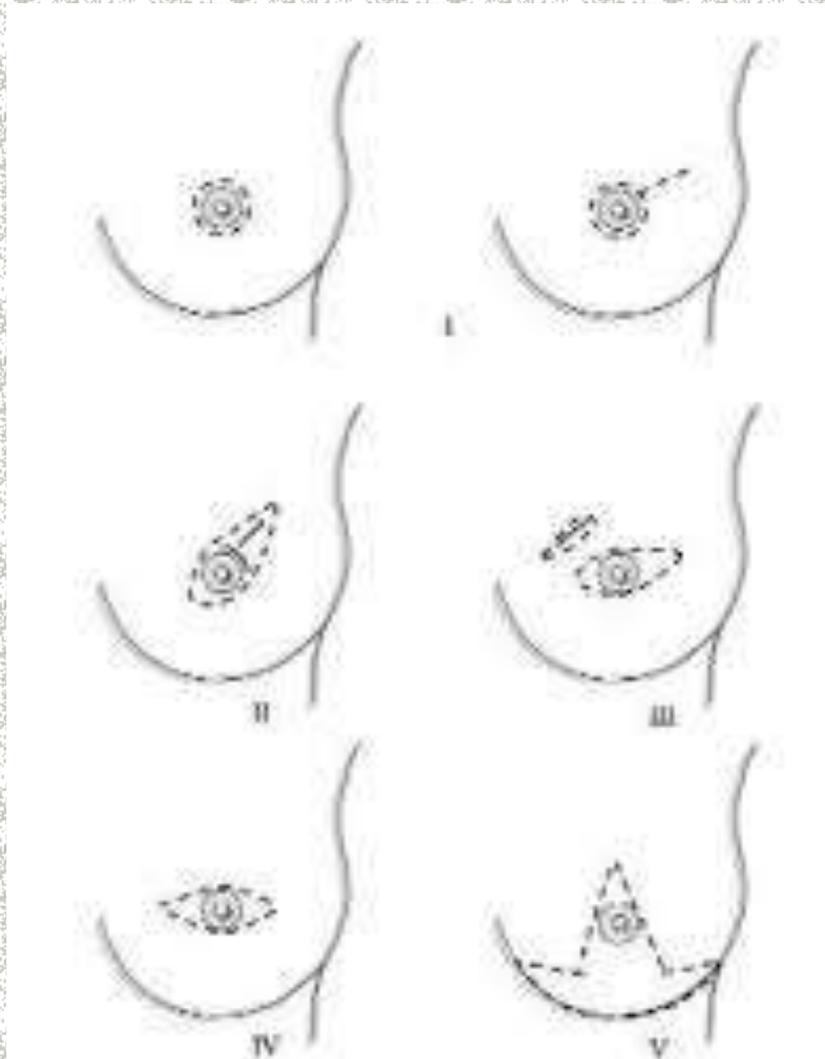
**Mastectomía y/o Cirugía  
ahorradora de piel (CAP)  
Cirugía ahorradora de piel y  
pezón (mastectomía  
subcutánea)**



# Tipo de incisiones CAP:

- I: periareolar y en raqueta de tenis
- II: elíptica periareolar que incorpore cicatrices de biopsias
- III: elíptica periareolar con incisión independiente para cicatriz previa
- IV: periareolar elíptica
- V: patrón de mamoplastia de reducción.

# Tipos de incisiones CAP



Internet



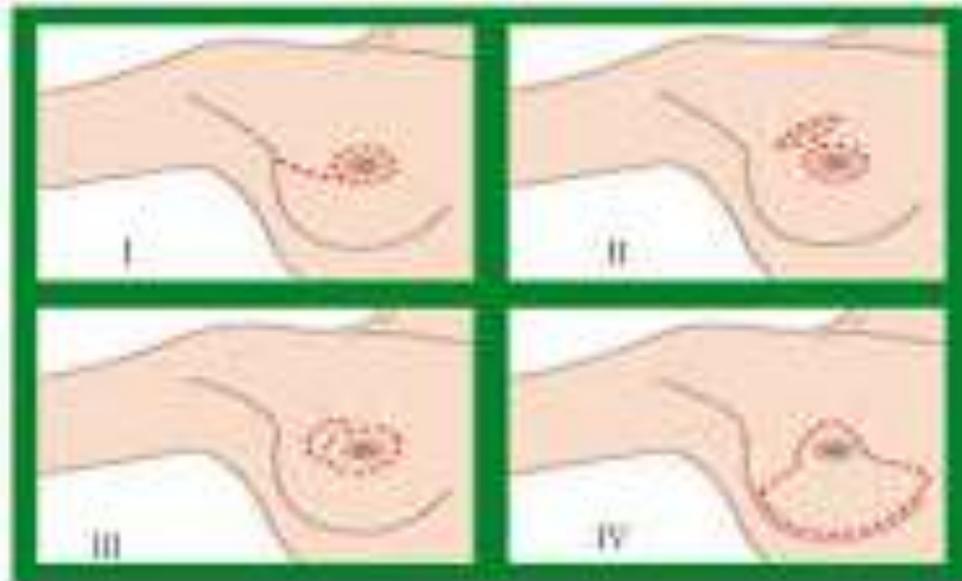
# Clasificación de estas técnicas quirúrgicas (Carlson et al)

- Tipo I: solamente **se extirpa el complejo areola-pezón** y se utiliza en la mastectomías profilácticas y en los cánceres diagnosticados mediante biopsia con aguja. Se puede prolongar lateralmente para facilitar el acceso a la axila.
- Tipo II se utiliza cuando el tumor o la cicatriz de la biopsia están muy próximos a la areola, con lo que se extirpa el **complejo areola-pezón y la piel supratumoral o de la biopsia previa.**

- 
- Tipo III, se **extirpa el complejo areola-pezón y por una incisión independiente**, debido a la distancia de la areola, la piel supratumoral o de la biopsia previa.
  - Tipo IV se utiliza en mamas ptósicas cuando se planea una **reducción bilateral** simultánea o retrasada.

**Carlson GW. Skin sparing mastectomy:  
anatomic and technical considerations. Am  
Surg. 1996;62:151-5.**

Mastectomía ahorradora de piel.





# Aspectos técnicos de la mastectomía y/o cirugía ahorradora de piel

- La disección de los colgajos dérmicos se realiza de una manera semejante a la mastectomía estándar, siguiendo la **aponeurosis subcutánea** y la liberación de la glándula del **músculo pectoral mayor**.

- 
- La disección glandular debería ir por **encima de la fascia** que envuelve la mama para conseguir un extirpación lo más completa posible del tejido mamario y llegaría a los **límites anatómicos de la mama.**

- 
- La disección del **borde externo** del colgajo dérmico debe ser cuidadosa para evitar la lesión de las ramas dérmicas de las **perforantes de la arteria mamaria interna** que producen la vascularización de los colgajos dérmicos mediales.

- 
- **Los separadores con iluminación o la luz fibra óptica** consiguen una iluminación centrada en el campo operatorio, lo que facilita un buen plano de disección y una buena hemostasia, que al realizarla con **electrocoagulación bipolar o argón** sería más selectiva y con menos efectos secundarios.

- 
- 
- La viabilidad de los colgajos dérmicos se determina por apreciación **clínica**.



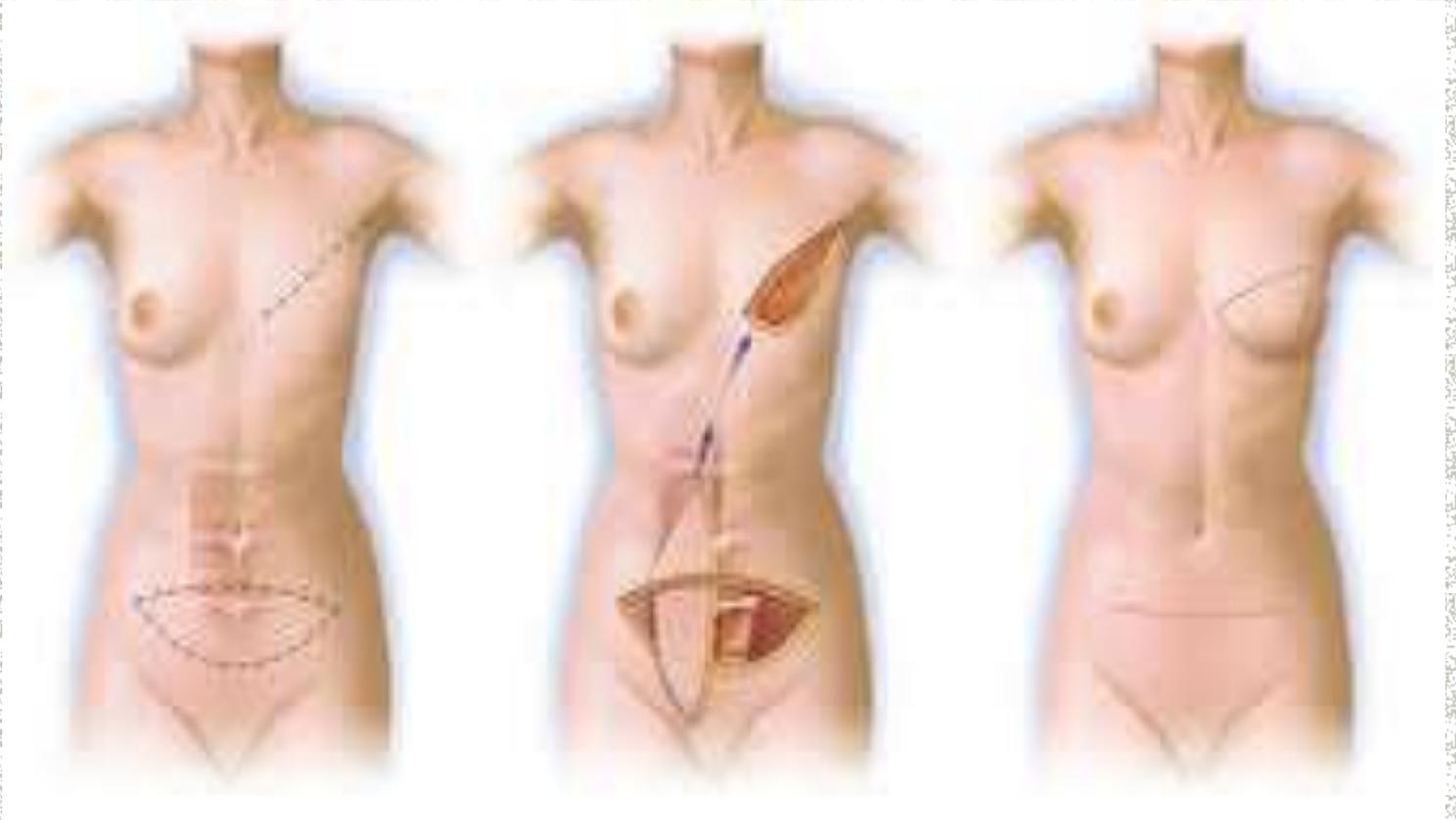
## Tipos de reconstrucción:

- 1) Tejido autólogo transferido
- 2) Implantes
- 3) Ambos.

Los dos tipos principales de **tejidos autólogos** disponibles proceden del abdomen inferior (TRAM, DIEP, SIEA) y del músculo dorsal ancho. Cuando se utilizan **implantes**, éstos pueden ser prótesis definitivas, expansores protésicos tipo Becker o expansores subpectorales.

- 
- Utilizar una técnica u otra dependerá de cada **institución o preferencia del cirujano**, ya que no hay **contraindicación absoluta** para ninguna de ellas, aunque es recomendable evitar la reconstrucción con **prótesis** si se prevé aplicar **radioterapia postoperatoria**

# Tejido autólogo transferido



# Prótesis expansoras



**Figura 1.** Arriba: dos tipos de prótesis expansoras tipo Becker, con válvula de inyección a distancia: la izquierda es redonda y la derecha es anatómica o en forma de mama, con la "palomilla" y jeringa de inyección. Abajo: prótesis expansora temporal con válvula de inyección incorporada, en la que se ha pinchado la palomilla conectada a una jeringa para hinchar la prótesis; en azul, el dispositivo de detección magnética de dicha válvula.



# Conservación del complejo areola-pezón (Cap)

- El Cap se extirpa porque se cree que él y los **conductos galactóforos adyacentes** pueden contener células tumorales que se han extendido hasta los conductos desde el **tumor primario**. La conservación del Cap significa transformar la CAP en una **mastectomía subcutánea** que tiene unas implicaciones oncológicas diferentes.



# Consideraciones oncológicas.

## ■ Recidivas locales

No obstante, es necesario comentar algunos estudios recientes que han demostrado que el riesgo de afectación tumoral del CAP ha sido sobrestimado. Varias publicaciones han demostrado que la afectación del CAP (10,6%) está relacionada con la **proximidad del tumor a la areola (< 2 cm)**, la **multicentricidad**, el **tamaño tumoral** y la **afectación axilar**.

.Gerber B, Krause A, Reimer T, Muller H, Kuchenmeister I, Makovitzky J, et al. Skin-sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure. Ann Surg. 2003;238:120-7.



# Indicaciones:

- En las **pacientes con CDIS** cuando no se pueda realizar **cirugía conservadora** y siempre que se obtengan márgenes adecuados respetando la piel del cuadrante donde asiente el tumor.
- En los casos de **carcinomas infiltrantes iniciales**, donde no se pueda realizar una **cirugía conservadora**, también se podría realizar una **MAP**,

- 
- En otras situaciones puntuales: la **enfermedad localmente avanzada después de quimioterapia neoadyuvante** para disminuir el tamaño tumoral; asimismo, la MAP se ha utilizado en pacientes con **recidiva local después de cirugía conservadora**
  - También en las **pacientes con mamas grandes o péndulas** se puede realizar una MAP del tipo mastectomía reductora de piel según el patrón de Wise y normalmente se acompaña de un mamoplastia de reducción contralateral inmediata o retrasada para conseguir una simetría.
  - A la inversa, en las **pacientes con aumento mamario y que presentan un carcinoma en estadios iniciales** hay autores que realizan una MAP seguida de reconstrucción.



# Contraindicaciones:

- Pacientes que tengan afección de la piel por el tumor subyacente.
- Situaciones en que el **riesgo de necrosis dérmica** e infección esté incrementado, como la radioterapia previa, la obesidad y la diabetes y en las grandes fumadoras.
- **Otros factores** como: la información recibida por la paciente, la edad, los factores psicosociales, la región geográfica y el tipo de hospital.

# Tumor inflamatorio





# Mastectomía ahorradora de piel y quimioterapia (QT)

- En la gran mayoría de las pacientes con cáncer de mama está indicada la quimioterapia (QT) porque mejora la supervivencia y disminuye la recidiva locorregional. La Reconstrucción Mamaria Inmediata puede influir en la QT, y viceversa; la primera puede **retrasar la QT** por las complicaciones quirúrgicas inmediatas y la segunda puede **incrementar las complicaciones** propias de la reconstrucción.



# Mastectomía ahorradora de piel y radioterapia (RT)

- Las indicaciones de radioterapia (RT) después de una MAP con RMI son las mismas que después de una mastectomía estándar, es decir, en cánceres de gran tamaño (T3-T4) y/o con 4 o más ganglios axilares metastásicos, pues está comprobado que disminuye la recurrencia locorregional y puede incrementar la supervivencia.

- 
- La RT puede empeorar el resultado estético reconstructivo al **aumentar las complicaciones locales**. Las más frecuentes serían la infección, la expansión difícil y la contractura capsular cuando se utilizan prótesis o expansores y el incremento de necrosis grasa o pérdida de volumen cuando la reconstrucción se realiza con tejidos autólogos.

# Casos Clínicos:

**Paciente de 27 años  
con hábito de fumar**

**Lesión en CSEMD**



# Tipo II de Carlson

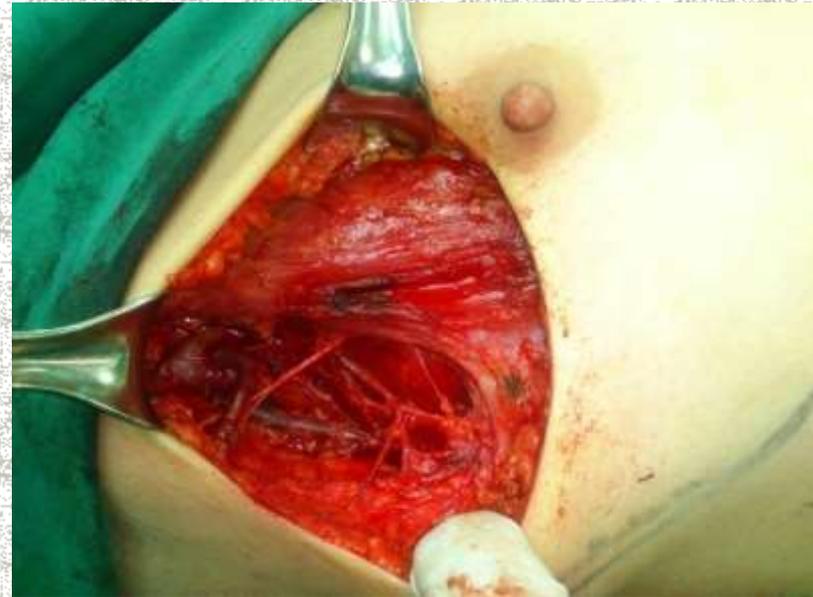
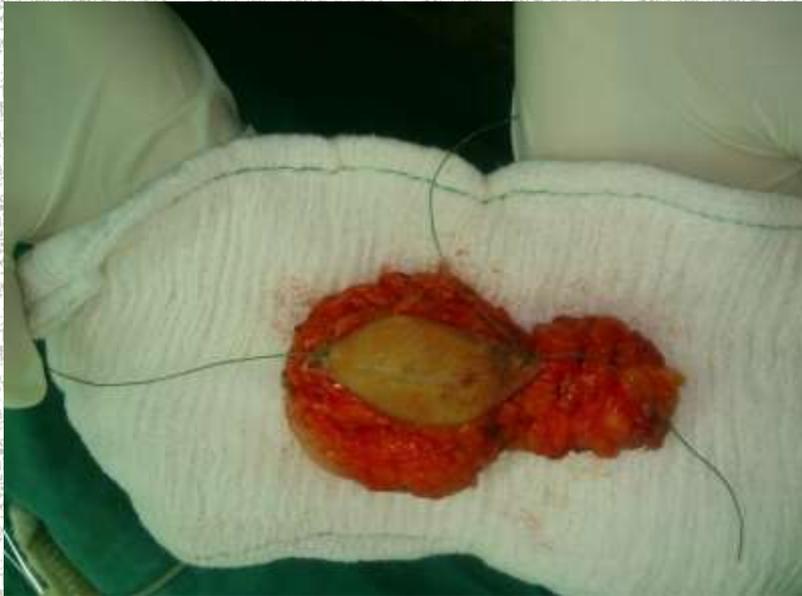
**Biopsia por  
congelación diferida**



**Planificación de  
mastectomía subcutánea  
(T3)**



# Ampliación de los márgenes quirúrgicos y vaciamiento axilar



# Extirpación de todo el disco mamario (Tratamiento Radical)



# Reconstrucción con prótesis retropectoral



# Necrosis del complejo areola-pezón



# Resultado final pendiente reconstrucción del Cap



# Caso 2 (Tipo II de Carlson)

**Paciente de 33 años  
Planificación de CAP**

**No se planifica  
simetrización  
contralateral por  
Neoadyuvancia**



# Resultado final pendiente reconstrucción del Cap y simetrización



# Caso 3 Mastectomía subcutánea

**Paciente de 29 años  
con carcinoma in  
situ con hábito de  
fumar**

**Planificación de  
mastectomía subcutánea**



# Necrosis parcial del Cap y bordes quirúrgicos



# Resultado final



# Mastectomía radical bilateral CAP Tipo IV



- 
- Paciente de 61 años de edad con obesidad mórbida y tumor de mamas metastásico (Hígado). Se planifica radical de mama bilateral con vaciamiento axilar izquierdo y reconstrucción con técnica de Toreck (Mastoplastia en T con injerto de pezón tomados de la areola contralateral al tumor).

# Resultado a los 21 días



**Freire; «el origen del conocimiento está en la pregunta o en las preguntas o en el mismo acto de preguntar, por eso en la calidad de la pregunta está el desarrollo de un buen proceso de aprendizaje e investigación»**

