Presentaciones de casos

Reconstrucción mamaria postmastectomía subcutánea con patrón de marcaje Wise. Presentación de un caso

Subcutaneous Post-mastectomy Breast Reconstruction with Wise Marking Pattern. A Case Report

Raquel Rojas Bruzón[1] Yulexis Hechavarría Jiménez[1] Annarelis Pérez Pupo[1] Aracely Lores Cruz[1]

[1] Hospital General Docente Vladimir Ilich Lenin, Holguín, Holguín, Cuba

Cómo citar este artículo:
Rojas-Bruzón R, Hechavarría-Jiménez Y, Pérez-Pupo A, Lores-Cruz A. Reconstrucción mamaria postmastectomía subcutánea con patrón de marcaje Wise. Presentación de un caso. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2022 [citado 2026 Nov 23]; 12(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1089

Resumen

La mastectomía reductora de riesgo, también conocida como mastectomía profiláctica, consiste en extirpar la mayor cantidad de tejido posible de una mama sana para reducir el riesgo potencial de desarrollar cáncer. Se presenta el caso de una paciente de 30 años de edad, de color de piel negra, multípara y con antecedentes de padecer desde muy joven enfermedad macroquística de mamas. A esta paciente se le había realizado mastectomía subcutánea bilateral 10 años atrás a causa de enfermedad macroquística y que no tuvo posibilidad de implantes en esa ocasión, lo que le acarreó cicatrices inestéticas y secuelas psicológicas. La paciente acudió al Servicio de Cirugía Plástica del Princess Marina Hospital de Botswana en África solicitando corrección estética. Con la intervención se logró una mama armónica, aunque pequeña, con tejidos autólogos, sin complicaciones mayores y con la perspectiva para aumento de volumen mamario futuro con tejidos autólogos. En esta paciente la reconstrucción estética fue una opción necesaria y a su vez efectiva dado su contexto socioeconómico. Se presenta el caso por lo interesante que resulta este tipo de intervención realizada por especialistas cubanos en su colaboración médica en un país africano.

Palabras clave: mama, mastectomía profiláctica, informes de casos

Abstract

Risk-reducing mastectomy, also known as prophylactic mastectomy, involves removing as much tissue as possible from a healthy breast to reduce the potential risk of developing cancer. A case of a 30-years-old, black-skinned, multiparous patient with a history of suffering from a very young macrocystic breast disease is presented. This patient had undergone bilateral subcutaneous mastectomy 10 years ago due to macrocystic disease and had no possibility of implants on that occasion, which caused unaesthetic scars and psychological sequelae. The patient went to the Plastic Surgery Service of the Botswana Prince Marina Hospital in Africa requesting aesthetic correction. With the intervention, a harmonic breast was achieved, although small, with autologous tissues, without major complications and with the prospect of future breast volume increase with autologous tissues. In this patient, aesthetic reconstruction was a necessary and effective option given her socioeconomic context. The case is presented due to the interesting nature of this type of intervention carried out by Cuban specialists in their medical collaboration in an African country.

Key words: breast, prophylactic mastectomy, case reports

Recibido: 2021-11-29 09:51:24
Aprobado: 2022-04-07 09:36:27

Correspondencia: Raquel Rojas Bruzón. Hospital General Docente Vladimir Ilich Lenin. Holguín. bruzonhl@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos y el refinamiento de algunas técnicas de reconstrucción tales como: la cirugía conservadora de areola y pezón, la cirugía ahorradora de piel y las técnicas con colgajos perforantes, permiten disponer actualmente de múltiples alternativas terapéuticas. Son técnicas que muestran resultados adecuados y estéticamente satisfactorios para devolver un atributo femenino de suma importancia psicológica.[1,2,3,4]

En algunos casos no se escoge el procedimiento de mastectomía para tratar el cáncer sino para preverlo ya que existe un grupo de población femenina con alto riesgo de padecerlo y en ese caso se elige la mastectomía profiláctica, procedimiento mediante el cual se extrae todo el tejido mamario con riesgo de enfermar.[5] Después de una mastectomía es necesario reconstruir el lecho para lograr la creación de una neomama.

La identificación de estos casos se basa en criterios genéticos y radiológicos, por lo tanto, a aquellas pacientes que cumplan con tales criterios, se le sugiere el tratamiento quirúrgico profiláctico. La realización de estas técnicas quirúrgicas ha ido en aumento en pacientes sin antecedentes personales oncológicos.[5]

Existen polémicas entre los especialistas en el tema acerca del uso de la mastectomía subcutánea profiláctica, no obstante, se ha notado una disminución importante del número de pacientes que enferman después de ponerse en práctica este procedimiento avalado por los criterios antes descritos.[6]

A pesar de considerarse esta técnica exagerada para las pacientes con riesgo, en la actualidad se ha demostrado su eficacia en estas pacientes, por tal motivo, se han establecido criterios para su indicación tales como: tener familiares de primer grado que hayan padecido cáncer de mama, tener antecedentes personales de enfermedad macroquísticas (más de 5 quistes aspirados), pacientes con biopsias positivas a carcinomas lobular in sito o hiperplasia ductal atípica. Desde el punto de vista genético se operarán aquellas pacientes en las que se hayan detectado mutaciones en sus genes BRCA 1 o BRCA 2.[6]

La reconstrucción mamaria constituye una parte importante de la práctica de muchos servicios y unidades de cirugía plástica. Los avances tecnológicos y el refinamiento de algunas técnicas de reconstrucción, así como la descripción de nuevos procedimientos, permiten actualmente contar con múltiples alternativas terapéuticas para ofrecer a las pacientes mastectomizadas. El uso de implantes y colgajos son técnicas que solas o combinadas han demostrado tener un resultado predecible y estéticamente satisfactorio. Sumado a esto, durante los últimos años ha habido un creciente interés y desarrollo en el uso de matrices dérmicas con las cuales se han encontrado nuevas opciones de reconstrucción.[7]

Las técnicas de reconstrucción mamaria pueden agruparse de forma genérica, según el uso de materiales aloplásticos (expansores e implantes mamarios), si utilizan únicamente tejidos autólogos o una combinación de ambas. La decisión de realizar una u otra dependerá de una serie de factores como el antecedente de haber sido radiada la zona o no, si la paciente tiene tejido suficiente en la zona abdominal para diseñar un colgajo dermograso muscular, la disponibilidad de implantes mamarios, de un personal entrenado en una u otra técnica y la preferencia de la paciente. Así como las expectativas de ambos.[7]

Estas variantes reconstructivas no siempre están al alcance de las pacientes en todos los contextos. En ocasiones hay carencia de implantes y otras veces de especialistas capacitados para realizar técnicas reconstructivas a expensas de los colgajos mencionados anteriormente.

Se presenta un caso de reconstrucción mamaria realizada en la República de Botswana, en el *Princess Marina Hospital.* A la paciente se le había realizado mastectomía subcutánea bilateral 10 años atrás a causa de enfermedad macroquística y no tuvo posibilidad de implantes en esa ocasión, la paciente quedó con cicatrices inestéticas y secuelas psicológicas por lo que acudió al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital solicitando corrección estética.

Se presenta el caso por lo interesante que resulta este tipo de intervención realizada por especialistas cubanos en su colaboración médica en un país africano.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 30 años

de edad, de color de piel negra de raza africana, multípara y con antecedentes de padecer desde muy joven enfermedad macroquística de mamas y que a los 20 años fue sometida a una mastectomía subcutánea bilateral por el Servicio de Cirugía General.

Al carecer el medio hospitalario de implantes mamarios para estas cirugías, la paciente se recuperó de la intervención quirúrgica y fue dada de alta sin nada que le garantizara reponer su volumen mamario. La biopsia fue negativa a malignidad, concluyéndose como una enfermedad fibroquística de la mama.

El resultado de esta cirugía fue desbastador desde el punto de vista estético y psicológico para la paciente y 10 años después acudió a la consulta de cirugía plástica del *Princess Marina Hospital*, de la para solicitar corrección estética de las mamas.

Al examen físico

Se observaron mamas con cuatro cuadrantes vacíos por la mastectomía, con piel redundante y complejo areola pezón (CAP) adheridos al músculo pectoral. Se visualizaba cicatriz antigua en ambas mamas que las atravesaba horizontalmente a cada una en la líneas de unión de los cuadrantes superiores con los inferiores y bordeando el complejo areola pezón en su parte inferior. (Fig 1).



Fig 1. Preoperatorio

Se indicaron exámenes complementarios y se citó para realizar los chequeos correspondientes y para la planificación de la cirugía.

En el preoperatorio se planificó el acto quirúrgico teniendo en cuenta que se mantenía la indisponibilidad de material aloplástico para la reconstrucción mamaria, decidiéndose la reconstrucción, utilizando el patrón de marcaje Wise y la redistribución de los tejidos antólogos restantes en las mamas de la paciente.

Realizado el marcaje preoperatorio, previo a asepsia, antisepsia y anestesia general orotraqueal se procedió a insindir siguiendo el patrón de marcaje. Toda el área fue desepidermizada y se liberó el complejo areola pezón a través de un colgajo de pedículo superior a expensas de fibras superficiales de los músculos pectorales. Este fino colgajo semimuscular permitió nutrir el CAP al ser liberado y de esta forma se logró la reacomodación de los tejidos aledaños para la remodelación de la mama. (Fig 2).



Fig 2. Postoperatorio inmediato

A los dos días la paciente fue dada de alta sin complicaciones y el CAP mantenía una coloración normal, solo estaban muy edematosos. (Fig 3A).



Fig. 3A. Postoperatorio a las 24 horas

La paciente tuvo una buena evolución clínica con un remodelamiento aceptable de ambas mamas y como complicación solo se puede citar una pequeña área de sufrimiento del CAP, semilunar hacia las 6 horas en la mama izquierda, la cual cicatrizó por segunda intensión sin dejar secuelas estéticas importantes. (Fig 3B).



Fig 3B. Pequeña área de sufrimiento del CAP, semilunar

DISCUSIÓN

En el presente caso se realizó una reconstrucción con tejidos autólogos con una técnica convencional con el uso del patrón de marcaje Wise, el cual mantiene vigencia en la actualidad. En el caso de esta paciente no existía el antecedente de tener un tejido radiado pues fue una cirugía profiláctica, no por cáncer, la radioterapia hubiera complicado el caso desde el punto reconstructivo. En estos casos el tejido radiado se vuelve más resistente, o sea, menos elástico con mayor predisposición a las infecciones y tendencia al rechazo o expulsión de la prótesis, motivo por el cual, fracasa una y otra vez la reconstrucción y se hace necesario recurrir al uso de tejidos autólogos como colgajos TRAM o del musculo recto abdominal. Como ha sido reportado por otros autores.[7,8]

Aunque en la reconstrucción realizada no se colocaron implantes porque no se disponía de ellos, la mama quedó con forma adecuada y armónica, y el músculo pectoral mayor, disponible para futuros implantes mamarios con la finalidad de ganar en volumen mamario si la paciente lo deseaba.

En un tipo de mama específica como aquellas que son hipertróficas y tienen ptosis se pueden reconstruir al mismo tiempo que se realiza la mastectomía utilizando la técnica descrita por Bostwick.[9] En este caso no fue posible ya que la mastectomía había ocurrido en otro tiempo quirúrgico y ya existía retracción de la capsula cutánea.

En este caso no fue posible el uso de materiales alopáticos en ninguno de los dos tiempos, ni cuando se realizó la mastectomía, ni a los 10 años en el acto reconstructivo, por no existir implantes en el país y la paciente no tener recursos para importarlos.

Las técnicas de reconstrucción mamaria con el uso de materiales aloplásticos (expansores e implantes mamarios), dependen en gran medida de la disponibilidad de la infraestructura adecuada en el centro hospitalario.[7]

Dependiendo del tipo de mastectomía realizada y de las características médicas, físicas y psicológicas de cada paciente, se puede individualizar el tratamiento desde la opción de una técnica quirúrgica, sobre todo, dependiendo de la disponibilidad del recurso. En una mastectomía por cáncer está justificado sacrificar el músculo recto anterior o el dorsal ancho para reconstruir la mama afectada, sin embargo, los autores de este reporte consideran que en una mastectomía subcutánea profiláctica, la reconstrucción con implantes mamarios debe ser la elección. De no existir en el medio, debe recurrirse al uso de los tejidos autólogos y su remodelación.

Según la literatura, el uso de materiales aloplásticos, como prótesis mamarias, expansores o prótesis expansoras, sigue siendo técnicamente el procedimiento reconstructivo más sencillo, con baja morbilidad, representando una muy buena alternativa reconstructiva. La reconstrucción mamaria autóloga, con variedad de opciones en combinación o no con material aloplástico, sigue siendo otro de los métodos preferidos por su variedad, ya que otorga

volumen y cubierta cutánea, sin embargo, tiene un mayor índice de morbilidad.[10]

En esta paciente se logró una mama armónica, aunque pequeña, sin complicaciones mayores. Una perspectiva para aumento de volumen mamario futuro con tejidos autólogos es la lipotransferencia, teniendo en cuenta que se trata de una paciente con una mastectomía profiláctica, no por cáncer. Este procedimiento ha sido defendido en la literatura por otros autores.[11,12]

En este caso, la reconstrucción estética con tejidos autólogos fue una opción necesaria y a su vez efectiva dado el contexto socioeconómico de la paciente.

Conflicto de intereses:

Las autoras declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Raquel Rojas Bruzón.

2. Curación de datos: Raquel Rojas Bruzón.

3. Análisis formal: Raquel Rojas Bruzón, Yulexis Hechavarría Jiménez.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.

5. Investigación: Raquel Rojas Bruzón, Yulexis Hechavarría Jiménez, Annarelis Pérez Pupo, Aracely Lores Cruz.

6. Metodología: Raquel Rojas Bruzón, Yulexis Hechavarría Jiménez, Annarelis Pérez Pupo, Aracely Lores Cruz.

7. Administración del proyecto: Raquel Rojas Bruzón.

8. Recursos: Annarelis Pérez Pupo, Aracely Lores Cruz.

9. Software: Annarelis Pérez Pupo, Aracely Lores Cruz.

10. Supervisión: Raquel Rojas Bruzón.

11. Validación: Raquel Rojas Bruzón, Yulexis Hechavarría Jiménez.

12. Visualización: Annarelis Pérez Pupo, Aracely Lores Cruz.

13. Redacción del borrador original: Raquel Rojas Bruzón.

14. Redacción, revisión y edición: Raquel Rojas Bruzón, Yulexis Hechavarría Jiménez, Annarelis Pérez Pupo, Aracely Lores Cruz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peiris L, Olson D, Kelly D. Oncoplastic and reconstructive breast surgery in Canada: breaking new ground in general surgical training. Can J Sur. 2018;61(5):294-9

2. Kronowitz SJ. State of the art and science in postmastectomy breast reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2015;135(4):755e-71e

3. Kim MK, Kim T, Moon HG, Jin US, Kim K, Kim J, et al. Effect of cosmetic outcome on quality of life after breast cancer surgery. Eur J Surg Oncol. 2015;41(3):426-32

4. Sánchez L, Alfonso L, Sánchez IG, Ramos M, Ropero RJ. Reconstrucción mamaria inmediata en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba. Rev Cubana Cir [revista en Internet]. 2020 [citado 2 Ene 2022];59(4):[aprox. 10p]. Disponible en: https://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1030

5. Avellaneda EM, García A, Palacios P, Pacheco FJ, Acea B, Albaina L. Mastectomía ahorradora de piel tipo IV con injerto libre de areola-pezón para reconstrucción con prótesis en cirugía reductora de riesgo. Cir Plást Iberolatinoam [revista en Internet]. 2019 [citado 2 Ene 2020];45(2):[aprox. 12p]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922019000200006

6. Gutiérrez C, Rivas B, Cárdenas A. Secuelas de mastectomía subcutánea profiláctica: caso clínico. Cirug Plást Iberolatinoam [revista en Internet]. 2008 [citado 19 May 2022];34(4):[aprox. 5p]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922008000400007

7. Marré D, Gantz JT, Villalón J, Roco H. Reconstrucción Mamaria: Estado Actual Del Tema. Rev Chil Cir [revista en Internet]. 2016 [citado 28

Abr 2022];68(2):[aprox. 7p]. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262016000200014

8. Jagsi R, Jiang J, Momoh AO, Alderman A, Giordano SH, Buchholz TA, et al. Complications After Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction for Breast Cancer: A Claims-Based Analysis. Ann Surg. 2016;263(2):219-27

9. Ricaño RR, Vázquez LG. Reconstrucción postmastectomía con técnica de Bostwick e injerto de areola pezón en mamas hipertróficas y ptósicas. Cir Plást [revista en Internet]. 2017 [citado 2 Ene 2020];27(3):[aprox. 6p]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cirugiaplastica

10. Arellano R, Ramírez LR, Saucedo JA, González A, Fuentes C , Pérez JE. Reconstrucción mamaria postmastectomía. Análisis y resultados en un hospital de tercer nivel en México. Cir Plást Iberolatinoam [revista en Internet]. 2018 [citado 2 Ene 2020];44(2):[aprox. 12p]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922018000200011

11. Cervilla JM. Ventajas del implante graso autólogo sobre el implante aloplástico en la mama tuberosa. Cir Plást Iberolatinoam [revista en Internet]. 2020 [citado 20 Dic 2021];46(3):[aprox. 14p]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922020000400003

12. Jung HK, Kim CH, Song SY. Prospective 1-year follow-up study of breast augmentation by cell-assisted lipotransfer. Aesthet Surg J. 2016;36(2):179-90