

# Nuestra experiencia en la reconstrucción del complejo areola-pezón



Dr. Raúl Fonseca Valero<sup>(1)</sup>, Dra. Ángela Valiente García<sup>(2)</sup>

(1) Cirujano plástico. Miembro de la AECEP de Madrid

(2) Cirujana plástica. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid

## INTRODUCCIÓN

La reconstrucción del complejo areola-pezón (CAP) es una técnica requerida tras la pérdida del mismo, que en la mayoría de los casos suele ser secundaria a una mastectomía por carcinoma mamario.

Existen continuos progresos en el tratamiento del cáncer de mama en lo que se refiere a avances técnicos y procedimientos reconstructivos, por lo que, unido a una mayor demanda de la población, nos estimula en el desarrollo de nuevas técnicas o en el perfeccionamiento de las existentes.

En España se diagnostican unos 16.000 nuevos casos cada año, aumentando la incidencia hasta compararse con países más industrializados. Calculándose que un 20% son sometidas a mastectomía, de éstas sólo una de cada diez pacientes es sometida a algún tipo de reconstrucción y no todas se reconstruyen el CAP.

Esta patología supone un cambio radical en estas pacientes, no sólo por lo terrible de la enfermedad sino por el cambio en su imagen corporal y, por lo tanto, en su autoestima. Aparte del cambio brusco de sana a enferma, la paciente es sometida en un periodo de tiempo relativamente corto a tratamientos agresivos tanto médicos como quirúrgicos.

En cuanto a la cirugía reconstructiva, la paciente suele ser sometida a varias intervenciones, a veces hasta cuatro. Siendo la reconstrucción del CAP la última y por ende la más estética, es decir “la guinda final”.

La indicación, por lo tanto, es completar la reconstrucción mamaria para restaurar su imagen corporal y su propósito, alcanzar una simetría en cuanto a color, textura, tamaño y proyección del pezón. Siempre sin alterar la forma de la mama ya simetrizada.

## MATERIAL Y MÉTODOS

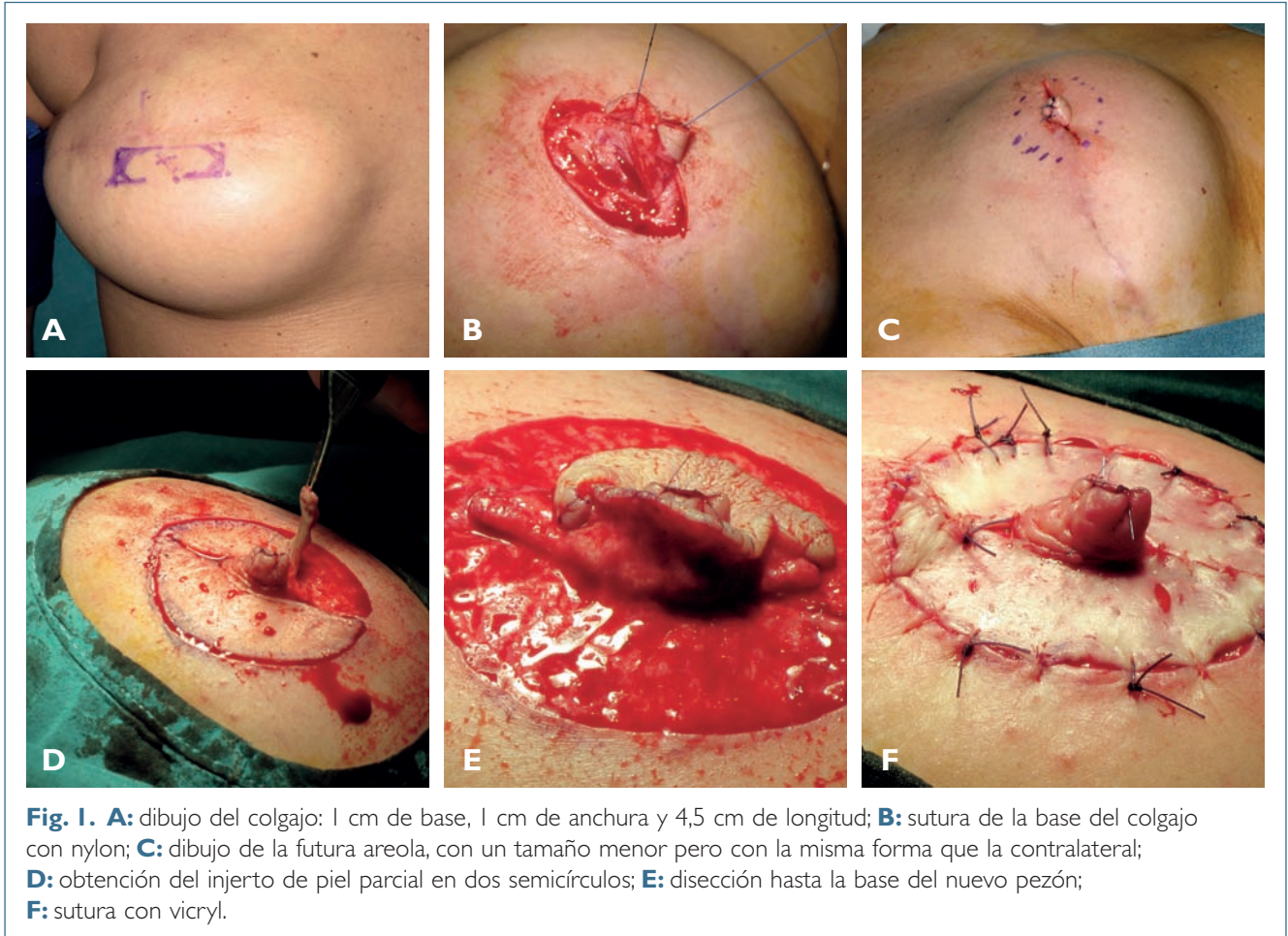
Hemos reconstruido 14 CAP en 13 pacientes desde el año 2004. Los métodos de reconstrucción mamaria postmastectomía fueron: tres con colgajo dorsal ancho con implante, un colgajo TRAM pediculado y el resto la reconstrucción se realizó con expansor tisular y posterior colocación de una prótesis definitiva. La operación se realiza de tres a cuatro meses tras el último tiempo quirúrgico reconstructivo.

Técnica: de forma ambulatoria, se determina la posición del nuevo CAP con el paciente sentado o de pie. Dibujamos un colgajo cutáneo de base central dermograso y alas dérmicas (Fig. 1A). La base de este colgajo *skate flap* es de 1 cm, el ancho de las alas es de 1 cm y la longitud es de 4-5,5 cm<sup>1</sup>.

Bajo anestesia local se levanta el colgajo suturando las alas sobre sí mismas hasta conseguir una proyección adecuada. Nosotros reforzamos la base con una sutura subdérmica, en forma de bolsa de tabaco, de material monofilamento no reabsorbible, con la intención de contrarrestar la fuer-

za de retracción centrífuga de la piel de la mama reconstruida y la retracción propia del colgajo<sup>2</sup> (Fig. 1B).

Tras suturar, con una sutura intradérmica, la zona donante del colgajo, se dibuja un círculo de un tamaño menor que la areola contralateral con



el fin de prevenir la expansión posterior del defecto por la acción de la retracción centrífuga (Fig. 1C).

Con el fin de evitar otra cicatriz en otra zona donante se obtiene un injerto de piel intermedia obtenido de la zona dibujada sin despegarlo del todo al dejarlo unido a la base del pezón reconstruido (Figs. 1D, 1E).

Inmediatamente después se sutura el injerto con puntos sueltos de vicryl de 4/0 y se fija con un apósito atado (Fig. 1F).

El postoperatorio cursó sin ninguna incidencia (Fig. 2). Aunque la evolución natural fue hacia la pérdida de proyección del pezón y decoloración del injerto, ninguna paciente se sometió a tatuaje ni a técnicas de relleno del nuevo pezón<sup>3</sup>.

## DISCUSIÓN

La selección de una técnica de reconstrucción del CAP debe estar acorde con los requerimientos de los tejidos locales, del cirujano y, sobre todo, con los del paciente<sup>4</sup>. Existen muchas técnicas para la reconstrucción del CAP. Para nosotros con la que mejor resultado se obtiene es injertando parte del pezón contralateral *nipple sharing*<sup>5</sup> (Fig. 3).

En los demás casos nos inclinamos por esta técnica, teniendo en cuenta que no añadimos otra cicatriz de zona donante, ya sea para la reconstrucción de la areola (piel de la cara interna del muslo o



**Fig. 3.**  
Reconstrucción del CAP con injerto de pezón contralateral.

perineal) o para el relleno del nuevo pezón (cartílago, dermis, grasa, etc.) y, además, porque es una técnica rápida y que se puede realizar en la consulta sin añadir otra situación de estrés a una paciente ya de por sí atormentada.

En nuestra experiencia, la utilización de colgajos de mayor tamaño con o sin injerto de relleno para obtener mayor proyección del pezón suelen distorsionar la mama reconstruida, sobre todo en mamas de pequeño o mediano tamaño.

## CONCLUSIÓN

Dentro de lo terrible y tortuoso que supone el tratamiento del cáncer de mama, optamos por una técnica simple, rápida y sin cicatrices adicionales para la reconstrucción del CAP tras mastectomía y reconstrucción mamaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Parker Bogue D, Mungara AK, Thompson M, Cederna PS. Modified Technique for Nipple-Areolar Reconstruction: A Case Series. *Plast Reconstr Surg*, 2003; 112(5): 1274-8.
2. Bosch G, de los Ríos G, Giachero V. Nipple Invagination: The Umbrella Effect. *Aesth Plast Surg*. 2007; 31(1): 76-84.
3. Panettiere P, Marchetti L, Accorsi D. Filler Injection Enhances the Projection of the Reconstructed Nipple: An Original Easy Technique. *Aesth Plast Surg*, 2005; 29: 287-294.
4. Farhadi J, Maksvytyte GK, Schaefer DJ, Pierer G, Scheufler O. Reconstruction of the nipple-areola complex: an update. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2006; 59(1): 40-53.
5. Lagergren J, Jurell GR, Sandelin K, Rylander R, Wickman M. Technical aspects of immediate breast reconstruction with implants: Five year follow-up. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*, 2005; 39(3): 147-52.