

CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE MAMA: COLGAJO DE GRISOTTI.  
A PROPÓSITO DE UN CASO.

Velasco Martínez M; Rubio Ciudad, M; Ortega Quiñonero, P; Bueno González, MM; Álvarez Fernández, L; Peiró Jornet, J, Batres Martínez, Laura; López Ortiz, P. Hospital General Universitario Santa Lucía

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer a nivel mundial. Tradicionalmente el tratamiento conservador para los tumores centrales de mama era excluido debido a la incertidumbre sobre el control local y la suposición de un deterioro estético inaceptable para la mujer. La cirugía oncoplástica permite mejorar los resultados quirúrgicos y estéticos sin alterar el manejo oncológico, traduciéndose en una mejor calidad de vida, sin alterar el pronóstico de la enfermedad. A continuación, presentamos el manejo de un caso de un carcinoma ductal infiltrante (CDI) de mama con técnicas de cirugía oncoplástica realizada en nuestro centro.

## CASO CLÍNICO

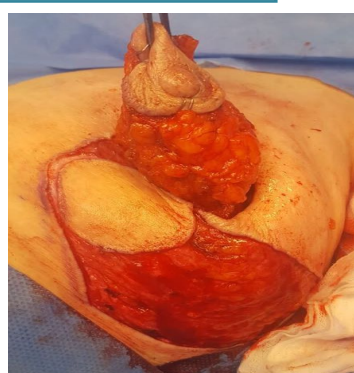
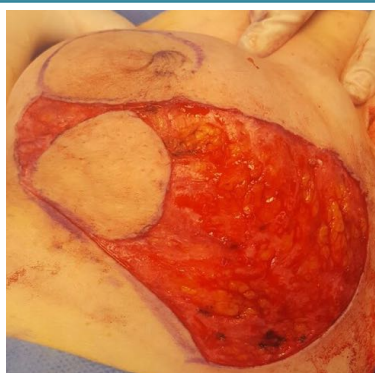
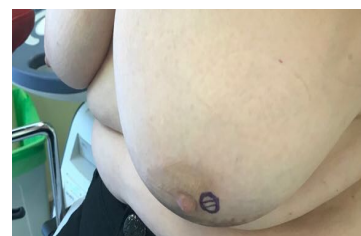
-Mujer de 63 años diagnosticada de CDI moderadamente diferenciado en región retroareolar de M1 en contacto íntimo con el complejo areola-pezones (CAP). Estadío T1cN0.

-Se realiza tumorectomía central con biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) y reconstrucción con colgajo de Grisotti.

-La técnica se basa en la creación de un pedículo dermoglandular con un disco de piel suprayacente que formará el nuevo CAP. Se perfila el CAP, se usa como guía para dibujar el pedículo dermoglandular, el cual se extiende desde los márgenes medial y lateral de la areola hasta el pliegue inframamario. Se crea una nueva areola, se retira el epitelio de toda la piel del colgajo, excepto del círculo que corresponde a la neoareola. Se realiza una incisión alrededor del CAP nativo, profundizado a través de la dermis hasta la fascia del pectoral mayor, reseca en bloque el CAP junto con el tumor y el parénquima subyacente. Se moviliza la neoareola de forma circular a través del colgajo desde el polo inferior para llenar el defecto en la piel y se afrontan los colgajos dermoglandulares laterales y mediales para conseguir la proyección mamaria deseada.

-El servicio de AP informa de BSGC negativa y describe imágenes de embolización linfática peritumoral a 1mm del margen quirúrgico lateral, con piezas de ampliación libre de tumor.

-La paciente presentó una evolución satisfactoria con un intervalo libre de enfermedad de 12 meses.



## DISCUSIÓN

Existen numerosas técnicas de cirugía oncoplástica de mama, su elección depende de variables como la localización del tumor, el tamaño y laxitud de las mamas entre otras. El colgajo de Grisotti se utiliza en tumores de localización central que afecten al CAP. La técnica se basa en la creación de un colgajo glandular-cutáneo de rotación que permite llenar un defecto en la parte central de la mama, evitando la mastectomía en un grupo seleccionado de pacientes, consiguiendo así buenos resultados estéticos y terapéuticos. Su principal limitación es la afectación del margen inferior, en cuyo caso se recomienda realizar mastectomía, ya que la nueva escisión requeriría la eliminación de la parte superior del pedículo glandular; sin embargo, si otros márgenes resultan afectados, con una ampliación y una reexcisión podría ser suficiente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Galimberti V, Zurrida S, Zanini V, Callegari M, Veronesi P, Catania S, Luini A, Greco M, Grisotti M (1993) Central small size breast cancer: how to overcome the problem of nipple and areola involvement. E.J.Cancer 29:1093-1096.
2. Querci della Rovere, G; Ram Pillarisetti, R; Bonomi, R; Benson, J. Oncoplastic surgery for retro areolar breast cancer: a technical modification of the Grisotti flap. Indian J. Surg. (August 2007) 69:160-162