

Reconstrucción mamaria con colgajo dérmico en cirugía de lesión benigna con alto riesgo de malignidad

Breast Reconstruction with Dermal Flap in Benign Lesion Surgery with a High Risk of Malignancy

Alicia María Tamayo Carbón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5006-266x>

Diana Katherine Cuastumal Figueroa¹ <https://orcid.org/0000-0001-5277-281x>

Narciso Montejo Viamonte² <https://orcid.org/0000-0003-1939-2916>

Yasel Hernández Malgrejo³ <https://orcid.org/0009-0003-7317-0940>

¹Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Servicio de Cirugía Plástica y Caumatología. La Habana, Cuba.

²Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Servicio de Cirugía General. La Habana, Cuba.

³Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Servicio de Anatomía Patológica. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: aliciatamayo67@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los procesos expansivos en la mama, aunque benignos, provocan una deformidad marcada por el crecimiento excesivo del órgano, lo que conlleva a técnicas reconstructivas tras su exéresis, individualizadas en cada caso. Aunque se pierde volumen mamario, su proyección y armonía son posibles con técnicas autólogas que moldeen el tejido graso y dermis remanentes.

Objetivo: Mostrar una alternativa de reconstrucción mamaria con colgajo dermograso y cierre en L en pacientes con exéresis tumoral y explantación.

Presentación de casos clínicos: Paciente de 21 años, con cuadro clínico de dos años de evolución, consistente en un aumento de volumen en la mama derecha y con diagnóstico definitivo de tumor filodes. Paciente de 55 años, con antecedente de mastoplastia de aumento hace 22 años. Consulta por cuadro clínico de cuatro años de evolución consistente en un dolor a nivel de las mamas, asociado a un cambio en su forma y una sensación de endurecimiento, en correspondencia con contractura capsular grado 4. Como técnica quirúrgica, luego de la exéresis del tumor e implante encapsulado, se desepitelizó la cobertura cutánea y se utilizó la dermis excedente como relleno para formar el cono mamario. Las pacientes quedaron satisfechas en ausencia de complicaciones.

Conclusiones: El presente artículo ofrece una variante reconstructiva para rehacer la mama y utilizar la piel excedente expandida desepitelizada a modo de colgajo local como una plastia de relleno en profundidad.

Palabras clave: tumor de mama; tumor filodes; contractura capsular; reconstrucción mamaria.

ABSTRACT

Introduction: Although benign, breast expansion processes cause a deformity marked by excessive growth of the organ, leading to reconstructive techniques after its exeresis, individualized in each case. Although breast volume is lost, its projection and harmony are possible through autologous techniques that mold the remaining fatty tissue and dermis.

Objective: To show an alternative of breast reconstruction with dermal-fat flap and L closure in patients with tumor excision and breast explantation.

Presentation of clinical cases: The cases are presented of a 21-year-old patient with clinical picture of 2 years of evolution, consisting of an increase of volume in her right breast and with definitive diagnosis of phyllodes tumor; of a 55-old-patient with a history of augmentation mastoplasty from 22 years ago, who attended the office for consultation due to a clinical picture of 4 years of evolution consisting of pain at breast level, associated with a change in its shape and a

feeling of hardening, corresponding to capsular contracture grade 4. As a surgical technique, after excision of the tumor and the encapsulated implant, the skin coverage was deepithelialized and the excess dermis was used as a filler to form the breast cone. The patients were satisfied in the absence of complications.

Conclusions: The present article offers a reconstructive variant to rebuild the breast and use, as a deep-filling plasty, the expanded excess skin deepithelialized as a local flap.

Keywords: breast tumor; phyllodes tumor; capsular contracture; breast reconstruction.

Recibido: 12/09/23

Aceptado: 18/02/24

Introducción

La cirugía de mama es un procedimiento que demanda un equilibrio entre la cura y la estética. Al tratarse de un órgano par, con funciones sexuales y reproductivas, la expectativa de las pacientes es alta con respecto a los resultados y aumenta la exigencia de los cirujanos.

Según las estadísticas, alrededor de 3 % de las mujeres refieren síntomas mamarios. El cáncer de mama es la forma más común de cáncer femenino y ocurre en una de cada ocho mujeres, aproximadamente.

Aunque se detecta solo entre 3 % y 6 % de las pacientes con síntomas clínicos, en la mayoría de los casos, la causa es benigna, y no existen recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad benigna, debido a que la atención se centra en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama.

Los tumores constituyen un grupo poco común en las neoplasias mamarias. Se clasifican en benigno, limítrofe y maligno, según el grado de celularidad y atipia

estromal, el recuento de mitosis, el crecimiento excesivo del estroma y la naturaleza de sus bordes tumorales.

El tumor benigno muestra características superpuestas con el fibroadenoma celular, mientras que el maligno puede confundirse con un sarcoma primario o un carcinoma metaplásico de células fusiformes. Clínicamente poseen el potencial de recurrir de forma local y tienen un riesgo muy bajo de metástasis.⁽¹⁾

Los linfomas primarios de mama son poco frecuentes y representan menos de 1 % de todas las neoplasias malignas de mama. Casi siempre son del tipo no Hodgkin y son los de células B, los más comunes. El linfoma anaplásico de células grandes, asociado a implantes mamarios, se caracteriza por expresar siempre el CD30 y haberse descrito en el contexto de la cirugía reconstructora de mama mediante implantes. La incidencia internacional es variable y oscila entre 1 de cada 1000 y 1 de cada 10 000 implantes. En la actualidad, Australia ha declarado 72 casos, Reino Unido 41, Italia 22, Holanda 43, Francia 19, Alemania 7 y en Estados Unidos de América 149.

Un tumor gigante de mama en una mujer joven genera una preocupación estética que supera, en ocasiones, la sensata reflexión sobre su estado de salud. En consulta, se interesan más por recuperar la simetría mamaria que por el resultado del estudio histopatológico del tumor.⁽²⁾

Cuando son portadoras de implantes por más de diez años, la inquietud predominante es hacia la posibilidad de malignidad; sin embargo, se niegan a perder el volumen mamario, que sería el inevitable resultado de la explantación. Por tanto, la conducta médica debe dirigirse a eliminar el tumor o los implantes mamarios con la cápsula periprotésica mediante exéresis quirúrgica, a la par de devolver la autoestima a la paciente con técnicas de reconstrucción mamaria individualizadas en cada caso. Ciertamente, que con la cirugía se perderá contenido en las mamas, pero su proyección y armonía son posibles con técnicas que moldeen el tejido graso y la dermis remanentes.⁽³⁾

Existen múltiples opciones de tratamiento reconstructivo inmediato para evitar la percepción de mutilación en un posoperatorio. Se presenta este artículo con el

objetivo de mostrar una alternativa de reconstrucción mamaria con colgajo dermograso y cierre en L en pacientes con exéresis tumoral y explantación.

Presentación de casos

Caso 1

Una paciente de 21 años, con antecedentes de buena salud aparente, consulta por un cuadro clínico de dos años de evolución, consistente en un aumento del volumen en la mama derecha, que genera una asimetría significativa con respecto a la mama izquierda, sin más síntomas asociados.

Examen físico: asimetría mamaria. Mama derecha aumentada de tamaño (500 g por método *Bowman*), con descenso del complejo areola-pezón, en relación con la lesión tumoral que ocupa los cuatro cuadrantes, móvil, no dolorosa, de bordes bien definidos, no adherida a planos profundos. La piel de aspecto normal, sin secreción por el pezón, ni adenopatías axilares ni supra o infraclaviculares. La mama izquierda pequeña (250 g según método *Bowman*). Mensuraciones y forma normal acorde a su biotipo (fig. 1).

Exámenes complementarios: hemograma, coagulograma y química sanguínea, sin alteraciones.

Ultrasonido de mama: patrón fibroglandular, la mama izquierda con imagen nodular de contornos libres de 23x14,9 mm en íntimo contacto con un nódulo sólido de 11,3x11,1 mm. En la mama derecha hay una imagen nodular, que ocupa toda la mama, de ecoestructura heterogénea con pequeñas áreas quísticas en su interior y microcalcificaciones. Axilas libres. BIRADS 4B.

Mamografía: patrón denso de ambas mamas. Hacia la mama derecha, se observa una masa densa que ocupa casi la totalidad, mide 11x6 cm, y no presenta calcificaciones en su interior. Presenta bordes regulares y circunscritos. La mama izquierda se revela sin lesiones nodulares ni calcificaciones. BIRADS 2.

Reporte de biopsia por congelación: tumor filodes de la mama. Una lesión de 12x8x7,5 cm.

Reporte de biopsia por parafina: tumor filodes benigno de la mama. Lesión de 11x9.5x7 cm, presenta degeneración quística y metaplasia apocrina (fig. 1).

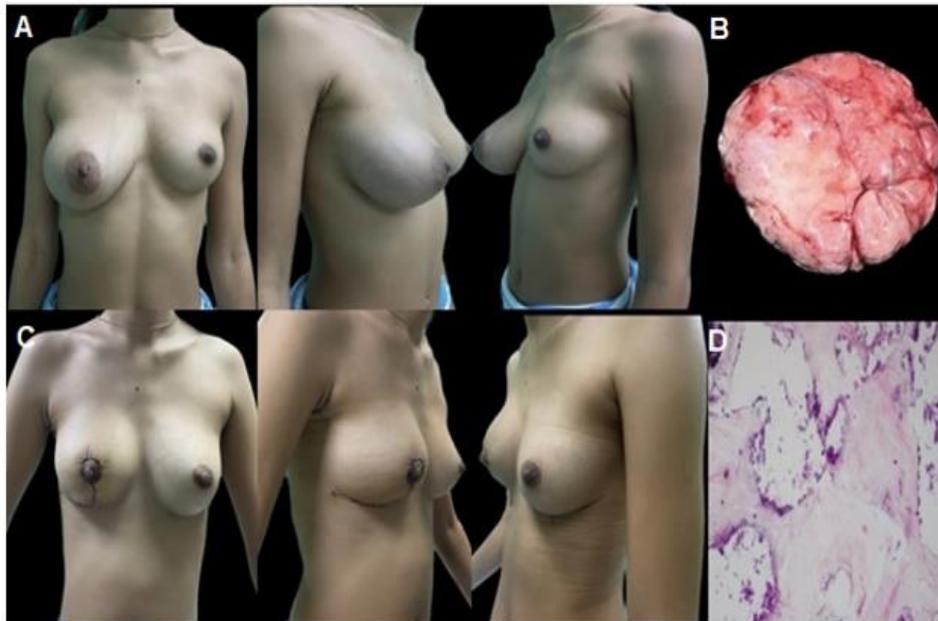


Fig. 1 - Pre- y posoperatorio de paciente caso clínico 1

A) Preoperatorio vistas frontal y oblicua, derecha e izquierda; B) Tumor resecado en procedimiento quirúrgico; C) Posoperatorio mediato; D) Imagen de estudio histopatológico de lesión.

Caso 2

Paciente de 55 años, con antecedente de mastoplastia de aumento desde hace 22 años, con implantes de gel cohesivo de silicona de 200 ml. Consulta por cuadro clínico de cuatro años de evolución, consistente en un dolor a nivel mamario, asociado a un cambio en su forma y una sensación de endurecimiento de las mamas.

Examen físico: mamas de baja implantación, con descenso del complejo areola-pezones, pétreas y dolorosas en correspondencia con contractura capsular grado 4. Asimétricas en forma, volumen y posición (fig. 2).

Exámenes complementarios: hemograma, coagulograma y química sanguínea, sin alteraciones.

Ultrasonido de mama: no presencia de nódulos sólidos, prótesis mamarias con calcificaciones. Axilas libres. BIRADS 2.

TAC de tórax: prótesis mamarias bilaterales, la izquierda con presencia de paredes muy calcificadas. No alteraciones pleuropulmonares.

Biopsia del tejido periprotésico: fragmentos de tejido capsular con tejido adiposo sin alteraciones, calcificaciones y pequeños focos de colonias bacterianas en ambas muestras enviadas (fig. 2).



Fig. 2 - Pre- y posoperatorio de paciente caso clínico 2

A) Preoperatorio vista frontal y oblicua, derecha e izquierda; B) Implantes mamarios y cápsulas periprotésicas calcificadas; C) Posoperatorio tardío; D) Imagen de estudio histopatológico de cápsula periprotésica.

Técnicas y procedimientos

Preoperatorio: evaluación clínica preoperatoria más registro fotográfico. Indicaciones según protocolo ERAS.

Técnica quirúrgica: incisión cutánea con bisturí 15, según planificación, desepitelización de colgajo diseñado, profundización de corte con electrobisturí hasta el tejido celular subcutáneo, divulsión del tumor o prótesis encapsulada hasta su exéresis total, hemostasia y remodelación del tejido remanente en forma de cono mamario, mediante la fijación del colgajo inferior de pedículo superior en la aponeurosis muscular por su extremidad libre a 2 cm del extremo más distal por detrás del área tripediculada al originar una mama cónica. Se plegó sobre sí misma la extremidad libre del pedículo superior de forma que la zona cruenta quedó en contacto con la zona cruenta de la mama. Se colocaron drenajes y se cerró por planos hasta la piel (fig. 3).

Posoperatorio: cura seca a las 24 horas para valoración de los colgajos. Retiro de drenajes si la colección es menor de 50 cc en 24 horas. Alta hospitalaria y seguimiento por consulta externa. Retiro de puntos entre los 15 y 21 días.

Evolución satisfactoria y sin presencia de complicaciones en las dos pacientes.

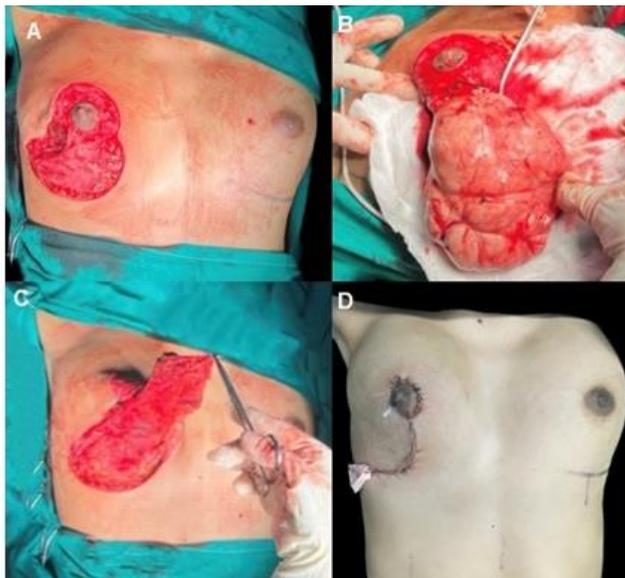


Fig. 3 - Técnica quirúrgica. A) Desepitelización de colgajo diseñado; B) Exéresis de tumor o prótesis encapsulada; C) Fijación de colgajo inferior de pedículo superior en la aponeurosis muscular; D) Cierre por planos hasta piel.

Discusión

Los tumores filodes de mama son poco frecuentes, con comportamiento biológico variable y hallazgos histopatológicos heterogéneos. *Alkushi* y otros⁽⁴⁾ reportan una mediana de edad de 42 años y las pacientes jóvenes (mediana 30 años) tenían reporte histológico maligno. La paciente presentada no concuerda con estos resultados, pero sí con *Pareja* y otros,⁽⁵⁾ quienes reportan una media de 19 años, la cual se encuentra en la segunda década de vida con un reporte de biopsia de lesión benigna. *Mustata* y otros⁽⁶⁾ refieren como principal motivo de consulta la presencia de una masa mamaria voluminosa bien definida, regular, de rápido crecimiento, indolora, móvil y sin presencia de cambios cutáneos, con un cuadro clínico similar al que manifestó la paciente presentada.

El tamaño del tumor filodes es variable y oscila entre 1 y 41 cm. Se consideran gigantes cuando pasan los 10 cm de diámetro, los cuales representan el 20 % de todos los casos. *Moraga* y *Rodríguez Griñán*⁽⁷⁾ reportan la exéresis de un tumor de 33 cm de diámetro. El caso presentado no alcanza los límites referidos por la autora, pero los necesarios para ser clasificado como gigante. *Tamayo* y otros⁽³⁾ describen en sus biopsias un predominio de 42,9 % de los tumores con malignidad intermedia, 14,3 % benignos y 43 % malignos. *Mustata* y otros⁽⁶⁾ refieren el reporte de biopsia para patología benigna; sin embargo, en la inmunohistoquímica se evidencia la presencia de una tumoración maligna. Los reportes anatomopatológicos de la paciente mencionada correspondieron con la patología benigna.

Noordman y otros⁽⁸⁾ detallan como tratamiento primario la escisión local en 91 % de los casos y el resto una mastectomía del lado afectado por tratarse de una patología maligna. *Tamayo* y otros⁽³⁾ cuentan como técnica predominante la mastectomía simple en 57,1 % y conservadora en 42,9 %, donde 47,6 % tenía bordes libres, 33,3 % indefinido, 14,3 % estrecho y 4,8 % infiltrado. En la paciente presentada se realizó exéresis del tumor con reconstrucción inmediata y reporte de patología con bordes libres de lesión.

Los implantes mamarios son utilizados con finalidad estética o reconstructiva en los casos de cáncer de mama. Las complicaciones relacionadas con esta cirugía pueden ser tempranas, como la infección y las colecciones periprotésicas, o tardías, como la contractura capsular. *Kuehlmann* y otros⁽⁹⁾ reportan en un estudio de 319 pacientes la prevalencia de la contractura capsular en 65,1 %, asociada a un tiempo de evolución de 11,9 años después de la cirugía, por lo que estos resultados concuerdan con el segundo caso presentado, cuyo paciente muestra signos de contractura, a los 10 años posoperatorios.

En la actualidad se ha demostrado la relación entre el linfoma anaplásico de células gigantes y los implantes mamarios. Este es un tumor maligno asociado a la cápsula que se forma alrededor del implante mamario; además, existe otro tipo de cáncer más raro, recientemente descrito, el carcinoma escamocelular, relacionado con la cápsula periprotésica, lo que ha incrementado la tasa de explantación mamaria.⁽¹⁰⁾

Ramos y otros,⁽¹¹⁾ indican 80 casos con esta asociación, con la edad promedio de 52 años y un tiempo de evolución de 11 años entre la colocación del implante y el linfoma.

El 41 % de los implantes eran de silicona con cobertura texturizada en 21,3 %. Refieren hallazgos clínicos de masas en 22,1 %, dolor en 13,8 % y endurecimiento en 11,7 %. En cuanto al tratamiento quirúrgico, se realizaron la capsulectomía y la extracción de los implantes mamarios en la totalidad de la muestra. En la paciente mencionada, a pesar de su concordancia con todas las variables relacionadas a los síntomas, la edad, el tipo de implante y el tiempo de evolución, se descartó esta patología mediante los estudios histopatológicos; además, no presentó pancitopenia, hipertrigliceridemia ni hiperferritinemia como parte del síndrome de activación de macrófagos/linfocitosis hemofagocítica asociada con esta patología, como lo mencionan en su estudio *Moling* y otros.⁽¹²⁾

Wee y otros⁽¹³⁾ refieren una mejoría inmediata y sostenida después de la capsulectomía y la explantación mamaria en la mayoría de los síntomas por los cuales consultan las pacientes.

La paciente de este estudio manifiesta una mejoría en los síntomas físicos, pero con preocupaciones a nivel psicológico, lo que puede estar relacionado con que la explantación podría tener un impacto estético en su calidad de vida, pues puede añadir complicaciones, cicatrices adicionales, por lo que se deben realizar procesos reconstructivos para restablecer el volumen mamario, lo cual genera una mayor posibilidad de que la mama no quede igual o que la forma no sea similar a como la tenía antes de haberse colocado la prótesis.

Aunque no todos los tumores filodes se malignizan, pero de 3 a 5 % lo pueden hacer, y a pesar de que es raro diagnosticar el linfoma anaplásico de células gigantes y el escamocelular, a partir de la contractura capsular, la deformidad que ambos provocan es una justificación que por sí sola impone el tratamiento quirúrgico para eliminar la causa.^(2,3)

La elección de la técnica reconstructiva más adecuada depende de la localización y el tamaño tumoral, así como de las características de la mama en cuanto al tamaño, la ptosis y la relación mama-tumor o mama-prótesis. El objetivo de la cirugía es permitir la exéresis total del tumor y la cápsula, y aprovechar el tejido restante para obtener el mejor resultado posible que puede llevarse a cabo mediante técnicas uni- o bilaterales.

Una vez eliminado el tejido patológico de la mama, se hace necesario armar el cono mamario, con la intención de lograr un resultado armónico y simétrico, con cicatrices poco visibles y un cierre sin tensión que favorezca un adecuado proceso de cicatrización. Las opciones reconstructivas dependerán de las características de la mama contralateral y la disponibilidad del tejido remanente, que se pueda utilizar de relleno y cobertura. *Venardi* y otros⁽¹⁴⁾ detallan un estudio con 50 pacientes de reconstrucción mamaria, mediante cicatriz no vertical con buenos resultados y sin evidencia de complicaciones. *Matsumine* y otros⁽¹⁵⁾ presentan los resultados de 210 pacientes con patrón de cicatriz vertical y pedículo superomedial con resultados seguros y satisfactorios.

En las pacientes mencionadas, la técnica aplicada fue una mastopexia con cierre en L, lo que permitió un abordaje cómodo para tratar con un margen de seguridad

el tejido dañado, a la vez que conservó la dermis expandida por el tumor o el implante, según el caso, que fue utilizada como relleno autólogo. Se debe considerar a la hora de prever el resultado ideal, que estas pacientes han gozado con anterioridad de una conformación corporal esbelta, con senos turgentes de volúmenes normales y posición correcta, lo que eleva la exigencia al cirujano plástico.

Se considera que ninguna cirugía está exenta de riesgos, ya que cada organismo reacciona de forma diferente, pero la mayoría de los casos evoluciona de forma satisfactoria. Pudieran presentarse complicaciones menores que, tratadas de manera oportuna, no deberían representar mayor inconveniente. *Schaverien* y otros⁽¹⁶⁾ reportan una tasa general de complicaciones de 30,6 %, mayores de 11,9 % e incluyen la necesidad de cirugía para su resolución. *AboShaban* y *Abdelaty*⁽¹⁷⁾ refieren una dehiscencia menor de la herida y una cicatrización hipertrófica. *Austin* y otros⁽¹⁸⁾ describen la presencia de hematoma, infección, diagnóstico incidental de cáncer y embolia pulmonar. En los casos reportados, no se presentó ninguna de estas complicaciones.

Wang y otros⁽¹⁹⁾ reportan satisfacción en la totalidad de su muestra, después de una cirugía de reconstrucción aun tres años después de la intervención quirúrgica, similar a lo reportado por las pacientes presentadas.

Conclusiones

Los procesos expansivos en la mama, aunque benignos, provocan una deformidad marcada por el crecimiento excesivo del órgano, lo que conlleva a un excedente de la cobertura cutánea una vez resecados. Este artículo ofrece una variante reconstructiva que permite rehacer el cono mamario y utilizar la piel excedente expandida, desepitelizada, a modo de colgajo local como una plastia de relleno en profundidad.

Referencias bibliográficas

1. Román M, Louro J, Posso M, Alcántara R, Peñalva L. Breast density, benign breast disease, and risk of breast cancer over time. *Eur Radiol.* 2021;31(7):4839-47. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07490-5>
2. Pardo R, Quintana R, Piñero A, Vázquez C, Cabañas J, Martínez F. Breast-implant associated anaplastic large-cell lymphoma. Consensus document (I). Epidemiology, pathogenesis, symptoms and diagnosis. *Journal of Breast Science.* 2019;32(2):61-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.senol.2019.05.001>
3. Tamayo Carbón A, Vila García E, Cuastumal Figueroa D, Ariza Acuña D. Oncoplastic Surgery of Phyllodes Tumor of the Breast: Experience at Hermanos Ameijeiras Hospital. *International Journal of Transplantation & Plastic Surgery.* 2022;6(2):169. DOI: <https://doi.org/10.23880/ijtps-16000169>
4. Alkushi A, Arabi H, Al-Riyees L, Aldakheel AM, Al Zarah R, Alhussein F, *et al.* Phyllodes tumor of the breast clinical experience and outcomes: A retrospective cohort tertiary hospital experience. *Ann Diagn Pathol.* 2021;51:151702. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anndiagpath.2021.151702>
5. Pareja F, Da Cruz Paula A, Murray MP, Hoang T, Gularte Mérida R, Brown D. Recurrent MED12 exon 2 mutations in benign breast fibroepithelial lesions in adolescents and young adults. *J Clin Pathol.* 2019;72(3):258-62. DOI: <https://doi.org/10.1136/jclinpath-2018-205570>
6. Mustata L, Gica N, Botezatu R, Chirculescu R, Gica C, Peltecu G. Malignant Phyllodes Tumor of the Breast and Pregnancy: A Rare Case Report and Literature Review. *Medicina (Kaunas).* 2021;58(1):36. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina58010036>
7. Moraga Rodríguez A, Rodríguez Griñán A. Tumor filoide gigante. Presentación de un caso. *Rev Inf Cient.* 2023 [acceso 03/09/2023];102. Disponible en: <https://revinformatica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4257>
8. Noordman P, Klioueva N, Weimann M, Borgstein P, Vrouwenraets B. Phyllodes tumors of the breast: a retrospective analysis of 57 cases. *Breast Cancer Res Treat.* 2020;181(2):361-7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05620-7>

9. Kuehlmann B, Burkhardt R, Kosaric N, Prantl L. Capsular fibrosis in aesthetic and reconstructive-cancer patients: A retrospective analysis of 319 cases. *Clin Hemorheol Microcirc.* 2018;70(2):191-200. DOI: <https://doi.org/10.3233/CH-170365>
10. Whaley R, Aldrees R, Dougherty R, Prieto C, Badve S, Al Diffalha S. Breast Implant Capsule-Associated Squamous Cell Carcinoma: Report of 2 Patients. *Int J Surg Pathol.* 2022;30(8):900-7. DOI: <https://doi.org/10.1177/10668969221086940>
11. Ramos G, Carballo A, Cuenca J, Vélez E, Contreras L, Bucio J. Linfoma anaplásico de células gigantes asociado a implantes mamarios. *Cir Plast.* 2023;33(1):36-44. DOI: <https://doi.org/10.35366/110922>
12. Moling O, Piccin A, Tauber M, Marinello P. Intravascular large B-cell lymphoma associated with silicone breast implant, HLA-DRB1*11:01, and HLA-DQB1*03:01 manifesting as macrophage activation syndrome and with severe neurological symptoms: a case report. *J Med Case Rep.* 2016;10(1):254. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13256-016-0993-5>
13. Wee C, Younis J, Isbester K, Smith A, Wangler B, Sarode A, *et al.* Understanding Breast Implant Illness, Before and After Explantation: A Patient-Reported Outcomes Study. *Ann Plast Surg.* 2020;85(1):S82-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002446>
14. Venardi A, Newsom K, DeBrock W, Pittelkow E, Lester M, Fisher C, *et al.* The no-vertical scar technique for oncoplastic breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2023;76:136-41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2022.10.013>
15. Matsumine H, Niimi Y, Jibiki N, Sakurai H. Minimal Scar Autologous Breast Reconstruction with Skin-sparing Mastectomy. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2023;11(8):e5176. DOI: <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000005176>
16. Schaverien M, Deigni O, Adamson K, Robb G. Complications of Wise-Pattern Compared With Vertical Scar Mastopexy/Breast Reduction in Oncoplastic Breast-Conserving Surgery. *Ann Plast Surg.* 2020;85(6):601-7. DOI: <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000002392>

17. AboShaban M, Abdelaty M. The Inferior-Based Dermoglandular Flap with Partial Subpectoral Implant Transposition and Revision Mastopexy for Subglandular Breast Augmentation Complications. *Aesthetic Plast Surg.* 2022;46(2):686-93. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-021-02576-x>
18. Austin R, Yuan M, Lista F, Lapaine P, Ahmad J. Vertical Scar Mastopexy With a Centrally Based Auto-Augmentation Flap. *Aesthet Surg J Open Forum.* 2022;4:062. DOI: <https://doi.org/10.1093/asjof/ojac062>
19. Wang X, Mathews A, Erickson A, Veselack T, Bucholz E, Vandevender D, *et al.* Single Center Oncoplastic Experience and Patient Satisfaction Reported via Patient Reported Outcomes. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2022;10(5):e4336. DOI: <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000004336>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.