

CASO CLÍNICO

Mastectomía endoscópica con conservación de complejo areola-pezón (e-NSM) con reconstrucción inmediata: Primer reporte de caso en Argentina.

B. Gelblung, B. Rodriguez del Busto, M. Adarmes, J. Barber, B. Morris, E. Beccar Varela, D. Montoya, I. McLean

RESUMEN

Se presenta el primer caso de mastectomía endoscópica con conservación del complejo areola-pezón y reconstrucción inmediata en Argentina. Se trata de una paciente de 65 años con el antecedente de una cirugía conservadora, radioterapia y hormonoterapia por un carcinoma luminal A en mama izquierda en el año 2022. En diciembre de 2024 se diagnosticó un carcinoma triple negativo en la mama contralateral. Se indicó quimioterapia neoadyuvante. Durante el transcurso de la misma, se realizó un panel genético con el hallazgo de una variante patogénica en BRCA2. Por este motivo se realizó una mastectomía endoscópica del lado derecho y una mastectomía convencional con conservación del CAP izquierda con reconstrucción inmediata con implante directo. La evolución posoperatoria fue favorable, sin complicaciones perioperatorias y con un buen resultado estético. Este primer caso demuestra la factibilidad técnica y seguridad quirúrgica inicial de esta técnica y abre una puerta hacia la evolución a técnicas mínimamente invasivas en cirugía mamaria oncológica en Argentina.

ABSTRACT

We present the first case of endoscopic nipple-sparing mastectomy (e-NSM) with immediate reconstruction performed in Argentina. The patient was a 65-year-old woman with a history of luminal A breast cancer in the left breast, previously treated in 2022 with breast-conserving surgery, radiotherapy, and hormone therapy. In December 2024, she was diagnosed with a triple-negative carcinoma in the contralateral breast, for which neoadjuvant chemotherapy was indicated. During treatment, a genetic panel revealed a pathogenic BRCA2 mutation. Consequently, the patient underwent an endoscopic mastectomy on the right side and a conventional nipple-sparing mastectomy on the left, both with immediate direct-to-implant reconstruction. The postoperative course was favorable, with no perioperative complications and a good aesthetic outcome. This first case demonstrates the technical feasibility and initial surgical safety of this approach and opens the door to the adoption of minimally invasive techniques in oncologic breast surgery in Argentina.

Palabras clave

Mastectomía endoscópica; Conservación del complejo areola-pezones; Reconstrucción mamaria inmediata; Cirugía mínimamente invasiva; Cáncer de mama

INTRODUCCIÓN

La mastectomía convencional con conservación de complejo areola-pezones (c-NSM) es un procedimiento que ha sido muy debatido acerca del riesgo que implicaba la preservación del tejido retroareolar respecto a la posibilidad de recidiva o persistencia de enfermedad. Con el tiempo, la evolución de la técnica quirúrgica y avances en los estudios diagnósticos, se logró establecer como un *gold standard* siempre y cuando hubiera una distancia aceptable entre la lesión y el complejo areola-pezones (CAP). Además, se convirtió en una alternativa para aquellas pacientes con riesgo alto para cáncer de mama como mastectomía de reducción de riesgo (MRR). A pesar de todo esto y de todas las ventajas que pudo demostrar con el tiempo, sigue existiendo un impacto negativo a nivel estético, dada la localización y la extensión de la cicatriz, y no esta exenta del riesgo de complicaciones postoperatorias.

La mastectomía endoscópica con conservación del complejo areola-pezones (e-NSM) es una técnica quirúrgica innovadora que permi-

tiría mejorar los resultados estéticos minimizando el impacto de la cicatriz, sin comprometer la seguridad oncológica y con resultados favorables respecto de las complicaciones perioperatorias.¹⁻³ Si bien la técnica ha mostrado una adopción creciente en centros especializados de Europa y Asia, su incorporación en América Latina —y en particular en Sudamérica— continúa siendo limitada. Este constituye el primer caso reportado en Argentina, con una descripción de sus aspectos técnicos y evolución clínica inicial.

Presentación del caso

Paciente de 65 años con antecedente de carcinoma de mama izquierda tratado en 2022 mediante cirugía conservadora, radioterapia (volumen mamario con boost de lecho quirúrgico) y hormonoterapia con tamoxifeno. En contexto del seguimiento, se detectó un nódulo palpable en cuadrante superoexterno de mama derecha (MD CSE) en diciembre de 2024.

La mamografía evidenció un área de asimetría en MD CSE que persistía ante la compresión localizada. En la ecografía se constató una imagen hipoecoica de 16 mm con vascularización positiva al Doppler y axilas sin particularidades. Se realizó la biopsia core guiada por ecografía con diagnóstico de carcinoma invasor de alto grado, triple negativo (RE 0%, RP 0%, HER2/neu score +1, Ki67 60%). La resonancia magnética mamaria evidenció una lesión única de 16x14mm, sin nódulos satélites ni adenopatías.

Se presentó en comité multidisciplinario y se decidió tratamiento neoadyuvante con carboplatino y paclitaxel. Durante el transcurso de dicho tratamiento se realizó panel genético que detectó una variante patogénica en el gen BRCA2.

Luego de la quimioterapia presentó excelente respuesta clínica e imagenológica. Por el hallazgo BRCA2, antecedentes y deseo personal de reducir el riesgo de recurrencia o aparición de un nuevo tumor primario, se decidió realizar una mastectomía bilateral con conservación del CAP y reconstrucción inmediata.

El 9 de julio de 2025 se realizó la cirugía: mastectomía endoscópica derecha con conservación de complejo areola-pezones, biopsia de ganglio centinela (BGC) derecho, c-NSM izquierda y reconstrucción inmediata con implante directo.

El procedimiento del lado derecho fue llevado a cabo mediante una incisión en línea axilar anterior de 3 cm, a través de la cual se rea-

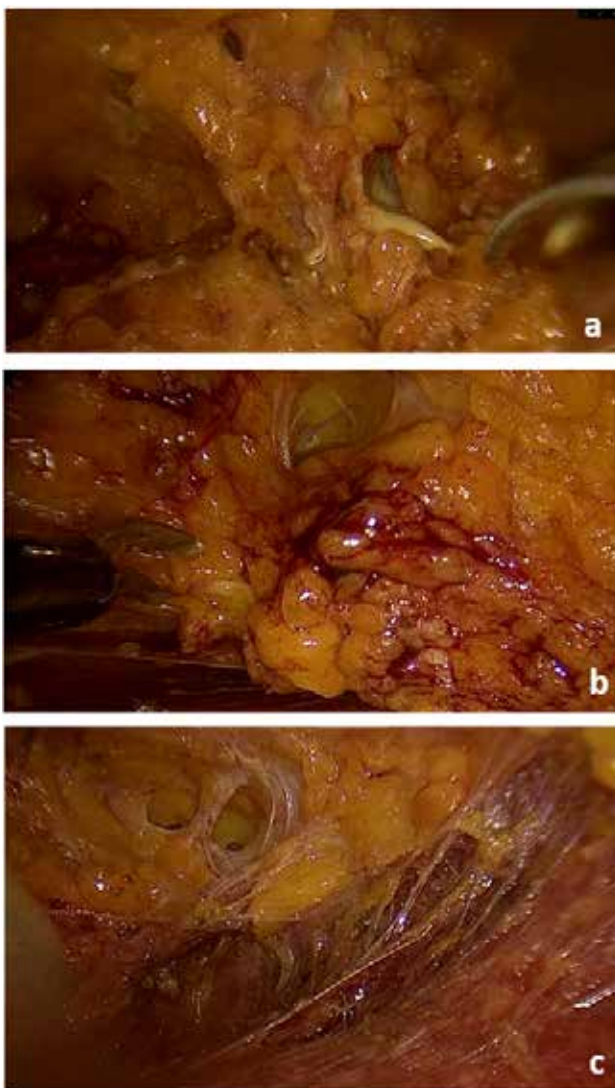


Figura 1. Visión endoscópica en distintos momentos del procedimiento:

a) Región retroareolar y los conductos retropezón.

b) Polo superior y el plano de disección anterior.

c) Polo inferior y el plano de disección anterior con los ligamentos de Cooper, hacia inferior se observa músculo pectoral mayor.

lizó la BGC y luego se introdujo un dispositivo de puerto único para abordaje endoscópico. Se realizó insuflación con CO₂ a 6 mmHg. Se realizó la disección identificando el plano anterior y retroglándular bajo visión directa utilizando una óptica de 10 mm con alta definición. Se prestó especial interés al área retropezón. Finalizada la mastectomía se extrajo la pieza y se envió a anatomía patológica. Del lado izquierdo el procedimiento se realizó en forma convencional. Se colocaron drenajes a ambos lechos de mastectomía. La reconstrucción inmediata se realizó con implantes anatómicos de 280cc microtexturizados en plano prepectoral.

La cirugía transcurrió sin complicaciones con una duración de 180 minutos. La paciente fue dada de alta con ambos drenajes a las 24 horas, con buen control de dolor y sin evidencia de complicaciones. Se retiraron los drenajes al 7° día postoperatorio.

El informe anatomopatológico informó en mama derecha un carcinoma residual de 2 mm, GH2, RE 0% RP 0% Her2 Score 0 null Ki67 5%. El ganglio centinela derecho fue negativo (0/5) y los márgenes retroareolares fueron libres de enfermedad (RCB 1). La mama izquierda no tenía enfermedad.

Al último control (30 días postoperatorio) no tuvo complicaciones y el resultado estético fue muy bueno.

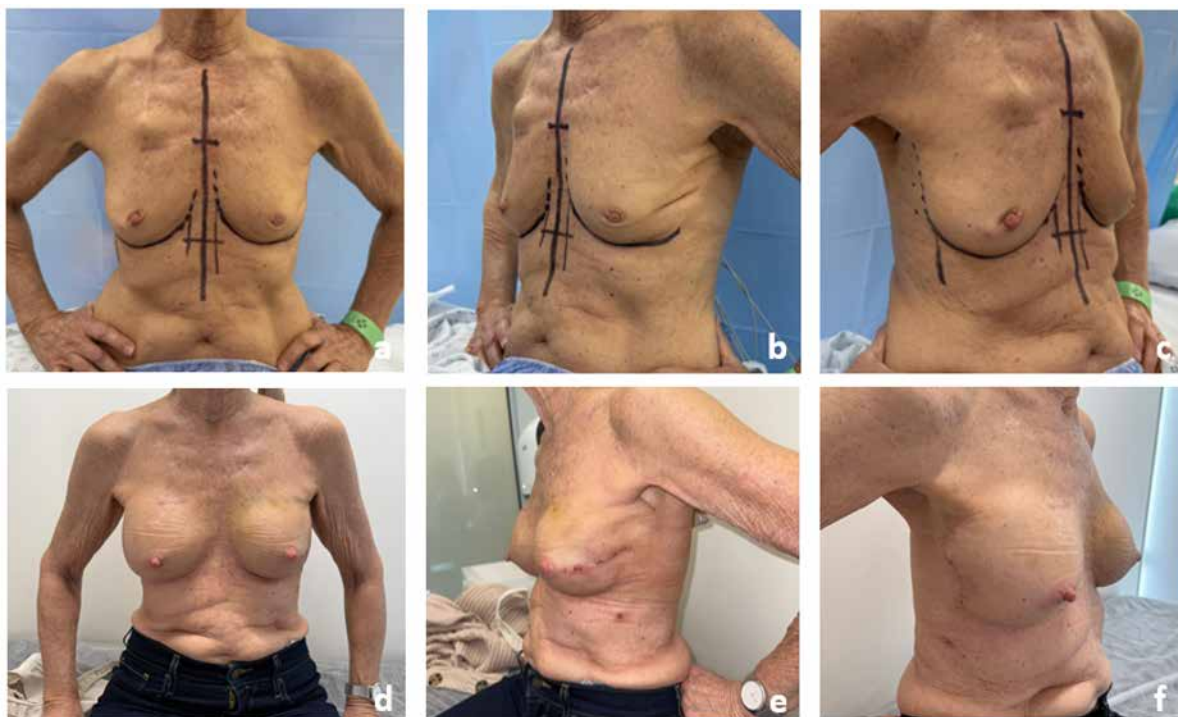


Figura 2. Examen físico de la paciente: a, b y c: preoperatorio. Se observa cicatriz preexistente en mama izquierda. d, e y f: Control postoperatorio a los 30 días de la cirugía.

DISCUSIÓN

La e-NSM constituye una evolución dentro de la cirugía mamaria, con el objetivo de optimizar los resultados estéticos y disminuir la tasa de complicaciones perioperatorias sin comprometer la seguridad oncológica. Su aplicación ha sido reportada con éxito en centros especializados en Europa y Asia principalmente.¹⁻³

En el presente caso realizamos una e-NSM derecha con intención terapéutica, con buen resultado estético y sin complicaciones postoperatorias al momento del último control. Si bien se trata del inicio de nuestra experiencia, este procedimiento resultó técnica y clínicamente factible en el contexto local.

Del lado izquierdo se optó por una c-NSM debido a la presencia de una cicatriz radiada preexistente, lo cual limitaba el beneficio estético del abordaje endoscópico. Además, el antecedente de radioterapia, aunque no constituye una contraindicación absoluta, representa un factor de riesgo aumentado para complicaciones reconstructivas. A pesar de sus ventajas potenciales, la e-NSM presenta desafíos relevantes: requiere una curva de aprendizaje adecuada, instrumental adecuado y tiempos quirúrgicos inicialmente mayores. Su imple-

mentación debe acompañarse de una cuidadosa selección de pacientes y entrenamiento especializado. La validación de su seguridad oncológica a largo plazo aún requiere estudios prospectivos con seguimiento prolongado.^{4,5}

Según lo reportado en series internacionales, el éxito de esta técnica depende tanto de la experiencia del equipo quirúrgico como de una selección rigurosa de pacientes, considerando la anatomía mamaria, características tumorales, los antecedentes personales y una exhaustiva planificación preoperatoria.^{1,2,4}

CONCLUSIÓN

La e-NSM seguida de reconstrucción inmediata con implantes es factible, segura y bien tolerada en pacientes adecuadamente seleccionadas. En este caso, se logró una resección oncológica completa con excelente resultado estético y sin complicaciones inmediatas. Este primer procedimiento abre una puerta para la evolución hacia técnicas mínimamente invasivas en cirugía mamaria oncológica en Argentina. Su implementación progresiva podría ampliar las opciones terapéuticas y reconstructivas disponibles, contribuyendo a un abordaje más integral y personalizado en el tratamiento del cáncer de mama.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La paciente firmó un consentimiento informado para la cirugía y para la publicación de este caso clínico. Se han resguardado su identidad y datos personales conforme a las normativas vigentes.

REFERENCIAS

1. Lai HW, Chen ST, Lin YJ et al. Minimal access (endoscopic and robotic) breast surgery in the surgical treatment of early breast cancer—trend and clinical outcome from a single-surgeon experience over 10 years. *Front Oncol.* 2021;11:739144. ◀ ◀ ◀
2. Carroll A, Robles C, Lai HW et al. Oncological, surgical, and cosmetic outcomes of endoscopic versus conventional nipple-sparing mastectomy: meta-analysis. *BJs Open.* 2025;9(3):zraf011. ◀ ◀ ◀
3. Wang ZH, Gao GX, Liu WH et al. Single-port nipple-sparing subcutaneous mastectomy with immediate prosthetic breast reconstruction for breast cancer. *Surg Endosc.* 2023;37:3842–51. ◀ ◀
4. Lai HW, Toesca A, Sarfati B et al. Consensus statement on robotic mastectomy—expert panel from International Endoscopic and Robotic Breast Surgery Symposium (IERBS) 2019. *Ann Surg.* 2020;271(6):1005–12. ◀
5. Hung CS, Chang SW, Liao LM et al. The learning curve of endoscopic total mastectomy in Taiwan: A multi-center study. *PLoS One.* 2017;12(6):e0178251. ◀

DEBATE

Dr. Terrier: Muy interesante, muy novedoso por supuesto, es el primer caso. Contentos de que estos aportes, a la Sesión de la Sociedad le traigan estas novedades. Vamos a comentarlo o a discutirlo, con las preguntas que cada uno desee.

Dr. Berman: Te felicito por la presentación y también por animarse a hacer cosas novedosas. Novedosas para nosotros, no a nivel mundial que ya hay mucha casuística. Hablar de experiencia con un caso muy difícil, pero ¿qué considerás vos que tiene de beneficio esta técnica versus lo que habitualmente hacemos, lo convencional, en relación con el tiempo de cirugía, complicaciones, seguridad oncológica, resultado cosmético, recuperación, conservación de la sensibilidad? Hay varias variables que uno puede analizar.

Dr. Gelblung: Muchas gracias por la pregunta. Es una de las primeras cosas que uno se pregunta antes de encarar esta técnica y algo nuevo. Hay cosas escritas, trabajos con buen seguimiento, por lo menos cinco años en algunas series y los beneficios, primero en lo estético, la cicatriz es más escondida, es más pequeña, se encuentra más en ubicación axilar. Con respecto a lo oncológico, hay estudios que demuestran la misma efectividad que una cirugía convencional, todavía no es mejor en ese aspecto y con respecto a las complicaciones perioperatorias, los estudios demuestran que es similar a la convencional en cuanto a hemorragia posoperatoria, seroma o infecciones y la necrosis de pezón, que hasta ahora venía siendo similar, en los últimos trabajos está demostrando una ventaja y eso se lo atribuyen a que uno lo ve con alta definición en la cámara. Entonces, termina siendo una ventaja y creo, esto es una opinión personal nuestra, que con una cuestión de curva y de tiempo de evolución va a terminar mejorando todos los otros outcomes que faltan. Es lo que estaba pasando con la necrosis.

Dr. Berman: ¿Pudieron evaluar la sensibilidad de la paciente previo a la cirugía para controlar el post?

Dr. Gelblung: Sí, por ahora no tiene sensibilidad, hay pocos trabajos al respecto de eso porque creo que es difícil de determinar, nosotros por ahora no nos enfocamos tanto en eso, pero está conforme con el resultado.

Dr. Terrier: ¿Ustedes esta técnica no se les ocurrió un día de golpe, como vos dijiste hay que elegir bien la paciente. La vamos a usar para estar paciente, ya tienen un tiempo previo, me imagino, de ir evaluando la técnica, de ir pensándolo como para después ponerlo en práctica.

Dr. Gelblung: Sí, la técnica la fuimos evaluando, yo fui dos meses y medio a Italia, estuve con el Dr. Todeskia y fue como un proyecto de equipo de, vamos a ver cómo es, vamos a aprender y lo pensamos mucho y preparamos todo muy bien en el hospital también para poder realizarla con todo el equipo instruido, instrumentadoras, anestesiólogo, armamos un protocolo escrito.

Dr. Terrier: Me imagino que ya la tienen puesta a punto, pero ya la tienen como para con pacientes bien seleccionados, como dijiste al comienzo, continuar aplicándola.

Dr. Gelblung: El plan es continuar aplicándola, necesitamos el insumo que es la plataforma Single Port que por ahora en Argentina es complejo porque es un poco más costoso que afuera, es una de las trabas, las coberturas y lo que nos pasa siempre, el plan es seguir avanzando con esto.

Dr. Terrier: Cosas propias del sistema de salud.

Dr. Cassab: Te felicito por la presentación. Te quería preguntar si los drenajes se dejan la misma cantidad de tiempo, con respecto a las convencionales ¿Por qué serían siete días? Si esto por ahí te da una mejor visión y una mejor cicatrización de los vasos, al estar cortando y cauterizando permanentemente, lo que no te da por ahí esa visión una cirugía convencional, para cuando llegás, si empezás por el surco submamario y llegás al borde superior, hasta encontrar los vasitos y cauterizás, pasa más

tiempo, entonces es un poquito más cruenta la cirugía convencional. ¿Esto ustedes consideraron que siete días se estuvieron drenando o lo dejaron más tiempo para la mayor protección?

Dr. Gelblung: Gracias por la pregunta. Los drenajes, solemos dejarlos habitualmente los días que son necesarios, no es que tenemos un estándar. Vemos según la paciente y según la cantidad de débito que dan y en general cuando da menos de 40, solemos retirarlos en un plazo no más de 15 días que sería el extremo más largo, el de más duración. Con ello no es que consideramos algo diferente, de hecho sacamos los dos el mismo día y era una cirugía convencional y una endoscópica, pero dio débito seroso esa semana y no nos pareció para sacarlos antes.

Dr. Terrier: Muy bien, muchas gracias.