



P-299 - DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA MASTECTOMÍA ROBÓTICA REDUCTORA DE RIESGO COMBINADA CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON PRÓTESIS PREPECTORAL

Alberca Remigio, Claudia; Estrada López, Carlos Roberto; Maes Carballo, Marta; Valeiras Domínguez, Ernesta; García García, Manuel

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Resumen

Introducción: La cirugía robótica se considera una técnica mínimamente invasiva válida que ha demostrado efectividad en cirugía urológica, colorrectal y ginecológica. La mastectomía robótica se considera actualmente un procedimiento válido tanto para la mastectomía profiláctica reductora de riesgo y como para la mastectomía terapéutica del cáncer de mama.

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica de la mastectomía robótica reductora de riesgo combinada con reconstrucción inmediata con implante mamario prepectoral realizada en el Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Métodos: Se describe la técnica quirúrgica de la mastectomía reductora de riesgo combinada con reconstrucción inmediata con implante mamario prepectoral asistida por el sistema Da Vinci Xi® (Intuitive Surgical). La paciente se coloca en decúbito supino con los brazos en 90 grados, para poder utilizar los brazos del robot sin limitaciones de movimientos. Posteriormente se realiza una incisión axilar vertical, de unos 4 a 6 cm según el volumen mamario, sobre la línea axilar anterior, y se continúa con disección de unos 3-4 cm, con tijeras de Metzenbaum y electrocauterio por plano subcutáneo hacia anterior, superior, inferior y posterior, suficiente para poder introducir el puerto único de trabajo (Gelpoint), en donde se colocan tres brazos del robot y otro puerto para el AirSeal de 8 mm. Se trabaja con una presión de insuflación de CO₂ entre 6-8 mmHg, utilizando una tijera monopolar de 5 mm y una pinza Maryland bipolar, con la cámara de 30° en el trocar robótico central. Se inicia marcando intraoperatoriamente los límites del tejido mamario, utilizando una jeringa de insulina de 1 ml, inyectando aproximadamente 0,2 ml hacia medial, lateral, craneal y caudal, así como los límites del complejo areola-pezón (CAP), y posteriormente se realiza la disección superficial en todos los cuadrantes, preservando el CAP con un grosor entre 0,3-0,5 cm. Luego se realiza la disección entre la fascia del músculo pectoral mayor y la glándula mamaria. Se extrae la pieza de la mastectomía a través de la incisión axilar. Finalmente se coloca el implante mamario a nivel prepectoral. No se ha colocado drenaje en ninguna de las pacientes.

Conclusiones: La cirugía robótica profiláctica de mama ha demostrado recientemente ventajas en cuanto a seguridad y factibilidad, así como buenos resultados estéticos y alta satisfacción por parte de las pacientes.