

CASO CLÍNICO

<https://doi.org/10.31837/cir.urug/10.1.1>
https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/index
revista@scu.org.uy

**Reconstrucción mamaria con colgajo DIEP en paciente con amastia adquirida. Reporte de caso clínico.****Breast reconstruction with DIEP flap in a patient with acquired amastia. Clinical case report.****Reconstrução mamária com retalho DIEP em paciente com amastia adquirida. Relato de caso clínico.**

Marcos Garrel

marcosgarrel10@gmail.com

0009-0006-0899-7759

Residente de tercer año, Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, Uruguay.

Daniel Wolff

waniel@hotmail.com

0000-0001-8554-6923

Cirujano Plástico. Microcirugía Reconstructiva. Cirujano de Nervios Periféricos. Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay.

Liber Fraga

liberjoaquin13@hotmail.com

0000-0003-3834-2113

Prof. Adjunto, Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, Uruguay.

Camilo Prego

camilopregom@gmail.com

0000-0002-5821-9772

Ex Asistente, Unidad Académica de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, Uruguay.

Recibido: 14/08/2025

Aceptado: 22/12/2025

Resumen

Introducción: La reconstrucción mamaria microquirúrgica es un pilar fundamental en el manejo terapéutico integral de pacientes con alteraciones congénitas o adquiridas que afectan de forma severa la anatomía y función de la mama. Este desafío puede ser aún mayor cuando la amastia es consecuencia de eventos traumáticos o infecciones graves.

Objetivo: Exponer el caso clínico inusual de amastia secundaria a una infección severa de piel y partes blandas en período neonatal y destacar el enfoque reconstructivo empleado, con énfasis en su valor terapéutico.

Materiales y métodos: se presenta el caso de una paciente de edad adulta con amastia adquirida como secuela de un proceso infeccioso de tronco durante el período neonatal. El tratamiento consistió en la reconstrucción mamaria mediante un colgajo libre de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) y posterior simetrización.

Discusión y conclusiones: Este caso resalta la importancia de la planificación individualizada y la experiencia quirúrgica en la reconstrucción mamaria compleja, contribuyendo al bienestar físico y psicológico de pacientes con esta rara condición.

Palabras clave: reconstrucción mamaria; amastia; colgajo libre; DIEP.

Abstract

Introduction: Microvascular breast reconstruction is a fundamental component in the comprehensive therapeutic management of patients with congenital or acquired conditions that severely affect the anatomy and function of the breast. This challenge becomes even more complex when amastia results from traumatic events or severe skin and soft tissue infections.

Objective: To present an unusual clinical case of amastia secondary to a severe neonatal skin and soft tissue infection, and to highlight the reconstructive approach used, with an emphasis on its therapeutic value.

Materials and Methods: We report the case of an adult female patient with acquired amastia as a sequela of an infectious process of the trunk during the neonatal period. The treatment involved breast reconstruction using a deep inferior epigastric artery perforator (DIEP) free flap, followed by contralateral symmetrization.

Discussion and Conclusions: This case underscores the importance of individualized planning and surgical expertise in complex breast reconstruction, contributing to both the physical and psychological well-being of patients affected by this rare condition.

Key words: breast reconstruction; amastia; free flap; DIEP.

Resumo

Introdução: A reconstrução mamária microcirúrgica é um pilar fundamental no manejo terapêutico integral de pacientes com alterações congênitas ou adquiridas que afetam de forma grave a anatomia e a função da mama. Esse desafio pode ser ainda maior quando a amastia é consequência de eventos traumáticos ou de infecções graves.

Objetivo: Apresentar um caso clínico incomum de amastia secundária a uma infecção grave de pele e partes moles no período neonatal e destacar a abordagem reconstrutiva empregada, com ênfase em seu valor terapêutico.

Materiais e métodos: Trata-se do caso de uma paciente adulta com amastia adquirida como sequela de um processo infeccioso extenso durante o período neonatal. O tratamento consistiu na reconstrução mamária por meio de retalho livre de perfurantes da artéria epigástrica inferior profunda (DIEP) e posterior simetrização.

Discussão e conclusões: Este caso destaca a importância do planejamento individualizado e da experiência cirúrgica na reconstrução mamária complexa, contribuindo para o bem-estar físico e psicológico de pacientes com essa rara condição.

Palavras-chave: reconstrução mamária; amastia; retalho livre; DIEP.

Introducción

La reconstrucción mamaria constituye un pilar fundamental en el tratamiento integral de pacientes con defectos congénitos o adquiridos que afectan la anatomía y función mamaria. ⁽¹⁾ La amastia adquirida se define como la ausencia total del tejido mamario, condición infrecuente que puede originarse por diversas causas, entre ellas las infecciones graves de piel y partes blandas. ^(2,3) Este tipo de complicaciones tempranas, en el período neonatal, no solo generan alteraciones anatómicas permanentes, sino que también impactan significativamente en la calidad de vida de los pacientes, en especial en sexo femenino, afectando su imagen corporal, autoestima y bienestar emocional. ⁽⁴⁾

En los últimos años, la microcirugía ha revolucionado el campo de la reconstrucción mamaria mediante el desarrollo de diversas técnicas sofisticadas. Entre ellas, el colgajo libre de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) se ha consolidado como el estándar de oro en la reconstrucción autóloga para pacientes seleccionadas que presentan un volumen abdominal adecuado y no poseen contraindicaciones para la microcirugía. Su principal ventaja radica en la posibilidad de obtener resultados estéticos óptimos, preservando la función muscular abdominal y reduciendo la morbilidad en el sitio donante. Este colgajo no solo permite restaurar el volumen y la forma mamaria, sino también abordar de manera eficaz los desafíos técnicos asociados a casos complejos, como la presencia de daño tisular previo o alteraciones en la anatomía torácica. ^(1,5)

El manejo terapéutico del presente caso representa un desafío único, donde el tejido local se encontraba severamente alterado con extensas cicatrices, consecuencia de la propia infección y de las intervenciones quirúrgicas necesarias para resolución de la fascitis necrotizante y posterior reconstrucción.

A través de este reporte, se busca destacar la relevancia de esta técnica microquirúrgica como una herramienta eficaz en el tratamiento y rehabilitación integral de pacientes con condiciones complejas, así como contribuir al campo de conocimiento sobre su aplicación en contextos clínicos poco frecuentes.

Material y Métodos

Presentamos el caso clínico de una paciente con amastia adquirida secundaria a una fascitis necrotizante en el período neonatal, a los 15 días de vida (**Fig. 1**). El microorganismo (MO) aislado fue *Staphylococcus Aureus* meticilino-resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC), el cual emergió en Uruguay en el año 2001. Tres años después, se observó un pico en la incidencia de infecciones invasivas de piel y partes blandas, con aislamiento del SAMR-AC en hasta el 60% de los casos.⁽⁶⁾ El inicio de esta epidemia coincide temporalmente con el caso reportado. La gravedad de la infección y la necesidad de un desbridamiento quirúrgico extenso llevaron a la pérdida completa del tejido mamario izquierdo (**Fig. 2**). Tras la exposición de los arcos costales, se efectuó la cobertura del defecto mediante un colgajo bipediculado diseñado en la región lateral del tronco (**Fig. 3**)



Fig. 1. Fascitis necrotizante cara antero-lateral de tórax en periodo neonatal.



Fig. 2. Defecto extenso tras limpieza quirúrgica, con pérdida completa del glándula mamaria izquierdo.



Fig. 3. Cobertura del defecto mediante colgajo bipediculado diseñado en la región lateral del tronco.

En la evaluación física realizada en la edad adulta, correspondiente a la primera consulta preoperatoria se evidenció la asimetría torácica a expensas de ausencia total de la glándula mamaria izquierda, incluyendo el complejo areola-pezón (CAP) asociado a retracción cutánea localizada. Se observaron dos cicatrices extensas correspondientes al colgajo empleado para cobertura costal. Se constató, además, un desplazamiento anterior de la piel y del vello axilar con respecto a la línea axilar anterior, probablemente secundario a la tracción cicatricial y a la redistribución de los tejidos blandos tras los procedimientos reconstructivos previos (**Fig. 4**)

Además, se identificó una cicatriz retráctil en el flanco izquierdo y se evidenció cómo el evento impactó en la postura de la paciente (**Fig. 5**)



Fig. 4. Secuelas estructurales de tronco persistentes a los 18 años, con alteración postural, amastia izquierda.



Fig. 5. Cicatriz retráctil y postura patológica en vista posterior.

Destacamos que la infección comprometió la integridad del músculo Dorsal Ancho (DA) ipsilateral y su pedículo, descartando esta opción reconstructiva.

Se empleó un colgajo DIEP, técnica descrita por Koshima en 1989 y posteriormente difundida y estandarizada por Blondeel y Allen para la reconstrucción mamaria. Este colgajo se basa en las perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda, rama terminal de la arteria ilíaca externa, lo que permite transferir tejido dermograso abdominal preservando la integridad del músculo recto anterior del abdomen.⁽⁷⁾

La AngioTC permitió la identificación precisa de los vasos perforantes dominantes, su trayectoria intramuscular y su calibre.⁽⁸⁾ Se diseñó un diagrama calibrado en centímetros, topografiando las perforantes seleccionadas en relación a la cicatriz umbilical, representada como el punto 0.

Este diagrama fue transcripto a la pared abdominal, localizando las perforantes seleccionadas.

El diseño del colgajo DIEP incluyó una marcación similar a la de una dermolipectomía clásica, incorporando las perforantes. Debido al escaso volumen del tejido abdominal, se diseñó la incisión inferior con triángulo de seguridad en sector central para disminuir la tensión de la sutura (**Fig. 6**)

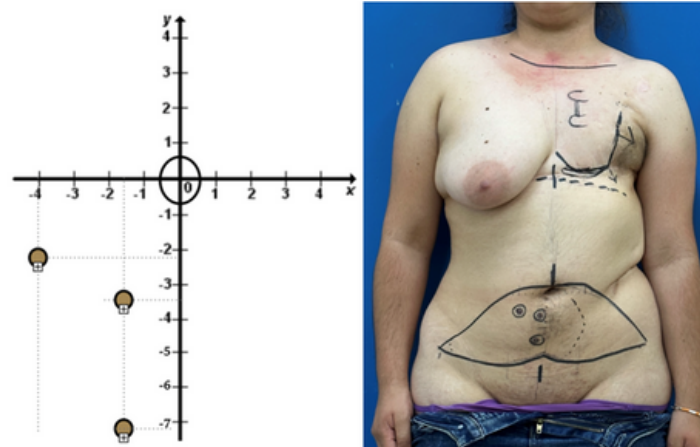


Fig. 6. Planificación preoperatoria. Identificación y mapeo de perforantes mediante sistema de coordenadas, con su correspondiente traspaso topográfico a la pared abdominal.

La cirugía se realizó con dos equipos simultáneos. Un equipo creó el bolsillo torácico, resecando cartílago costal, identificando los vasos receptores y preparando la región torácica anterior, adaptando el colgajo en forma y tamaño a la mama contralateral. Se observan los vasos receptores: la arteria y vena mamaria interna izquierdas (**Fig. 7**)

El segundo equipo realizó la disección del colgajo bajo magnificación, realizando la disección intramuscular de las perforantes, siguiendo los vasos en un plano retromuscular hasta el vaso fuente, obteniendo longitud y calibre adecuados para la transferencia (**Fig. 8**)

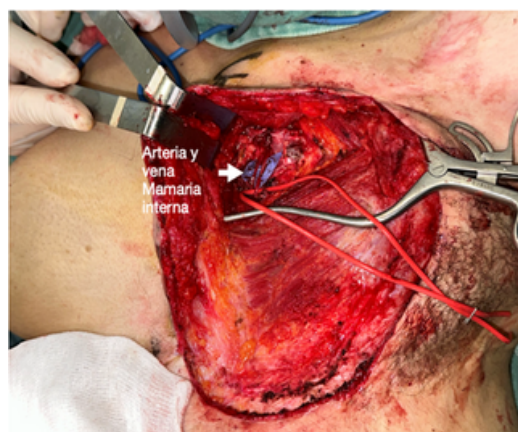


Fig. 7. Vasos receptores: arteria y vena mamaria interna izquierdas.

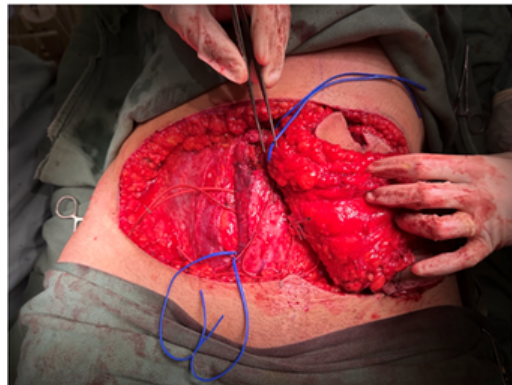


Fig. 8. Disección intramuscular de perforantes de arteria epigástrica inferior profunda.

Dadas las características de la paciente, (escaso tejido dermograso abdominal y mama contralateral relativamente voluminosa) fue preciso el empleo de toda la superficie del colgajo para lograr una adecuada simetría mamaria.

Además, se utilizó la vena epigástrica inferior superficial como drenaje venoso adicional mediante la técnica de “supercharge” (**Fig. 9**). En caso de que exista una comunicación insuficiente entre los sistemas venosos superficial y profundo del abdomen, esta anastomosis adicional disminuye el riesgo de estasis venoso. ⁽⁹⁾

Resultado intraoperatorio (**Fig. 10**).

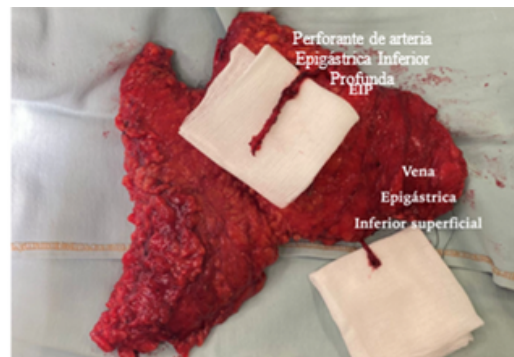


Fig. 9. Tiempo de isquemia: se identifica perforante de la arteria epigástrica inferior profunda y vena epigástrica inferior superficial.



Fig. 10. Resultado intraoperatorio

Durante el postoperatorio se evidenció necrosis parcial de la zona IV del colgajo, hallazgo compatible con la menor perfusión esperada en dicha región distal (**Fig. 11**). Se mantuvo una conducta expectante hasta lograr la delimitación completa del tejido necrótico. Una vez definida la extensión de la zona comprometida, se procedió a su resección cuidadosa, preservando la viabilidad del resto del colgajo y sin afectar el resultado reconstructivo global (**Fig. 12**).



Fig. 11. Necrosis parcial de la zona IV del colgajo a las 48 horas.



Fig. 12. Resultado tras nectectomía.

Posteriormente se llevó a cabo la simetrización mamaria, mediante reducción con técnica de Lejour de la mama contralateral y lipofilling de colgajo DIEP a los 4 meses de la primera intervención (**Fig. 13**).

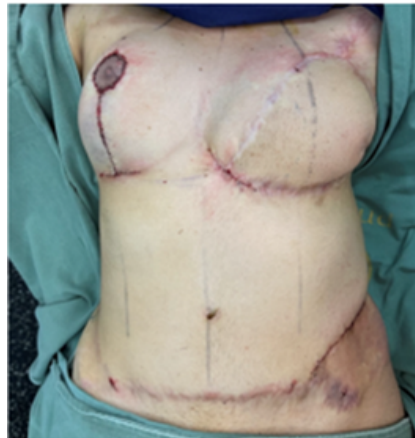


Fig. 13. Resultado intraoperatorio tras simetrización mamaria.

Resultados

Al mes de la intervención, se evidenció un adecuado volumen y simetría mamaria, con una proyección armónica y reposicionamiento satisfactorio del tejido axilar (**Fig. 14**). Los resultados obtenidos reflejan una adecuada integración del colgajo y una mejora global significativa en la estética del contorno torácico.



Fig. 14. Resultado postoperatorio al mes de la simetrización.

Discusión y conclusiones

La reconstrucción mamaria en pacientes con amastia representa un desafío considerable para el cirujano plástico, especialmente cuando se encuentra asociada a alteraciones anatómicas complejas, como en el caso presentado. En aquellas pacientes con escasa disponibilidad de tejidos locales, o en quienes la expansión tisular resulta limitada o técnicamente inviable, las reconstrucciones autólogas adquieren un rol particularmente relevante. ⁽¹⁾ Este reporte pone de manifiesto cómo las secuelas de una fascitis necrotizante neonatal pueden alterar de manera sustancial la anatomía del tronco, restringiendo las opciones reconstructivas convencionales y exigiendo la implementación de un abordaje microquirúrgico individualizado.

Entre las opciones disponibles, el colgajo libre de perforantes de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) se ha consolidado como el *gold standard* dentro de las reconstrucciones autólogas microquirúrgicas, particularmente en pacientes jóvenes, sin comorbilidades y con altas expectativas estéticas ^(5,6,7) Su capacidad de aportar un volumen tisular adecuado sin sacrificar músculo, preservando la función abdominal, reduciendo la morbilidad del sitio donante, lo convierte en una herramienta de gran valor en escenarios complejos ^(1,2,3,4,5) No obstante, su indicación debe individualizarse, ya que no todas las pacientes son candidatas para este procedimiento. Factores como la baja disponibilidad de tejido abdominal, la presencia de cicatrices previas, el índice de masa corporal, las comorbilidades sistémicas o la baja tolerancia a tiempos quirúrgicos prolongados pueden limitar su aplicabilidad. En tales circunstancias, otras alternativas autólogas o técnicas híbridas pueden ofrecer mejores resultados globales.

Durante la planificación se consideraron múltiples alternativas reconstructivas. El colgajo dorsal ancho (DA) representa una opción confiable en reconstrucción mamaria debido a su topografía, vascularización y baja morbilidad del sitio donante. ⁽¹⁰⁾ Sin embargo, la infección comprometió la integridad muscular del DA ipsilateral y no fue posible identificar el pedículo vascular mediante las técnicas de imagen, imposibilitando su empleo. Otros colgajos considerados fueron el colgajo glúteo superior (SGAP) ⁽¹¹⁾ y el colgajo lumbar (LAP) ⁽¹²⁾ ambas opciones bien establecidas para reconstrucción mamaria en pacientes cuya zona abdominal no ofrece una fuente tisular adecuada. No obstante, se descartaron por considerarse insuficientes en cuanto al volumen necesario para lograr una simetría adecuada con una mama contralateral voluminosa.

La elección del colgajo DIEP respondió, por tanto, a una decisión razonada, orientada a equilibrar el volumen tisular requerido, la morbilidad del sitio donante y el resultado estético esperado. A pesar de la limitada disponibilidad dermograsa abdominal, se logró una adecuada simetría mamaria mediante la movilización completa del colgajo, situando la cicatriz en una posición ligeramente superior a la habitual. El procedimiento se complementó con una reducción mamaria contralateral mediante técnica de Lejour e injertos de grasa autóloga en etapas posteriores, optimizando así el volumen y el contorno final.

Con el fin de mejorar el drenaje venoso y reducir el riesgo de congestión y necrosis, se realizó una anastomosis venosa adicional mediante la técnica de *supercharge*. Aunque se presentó una necrosis parcial en la zona IV del colgajo, esta fue manejada exitosamente mediante resección quirúrgica limitada. Este tipo de complicaciones menores son esperables en reconstrucciones de alta complejidad, y su resolución oportuna resulta determinante para el éxito final del procedimiento.

En conclusión, este caso clínico demuestra que la reconstrucción mamaria microquirúrgica mediante colgajo DIEP es una alternativa eficaz, segura y versátil, incluso en escenarios clínicos complejos y poco frecuentes como la amastia adquirida. Este abordaje permitió lograr una reconstrucción mamaria con adecuada simetría y resultados estéticos armónicos, acompañados de una mejora significativa en la percepción corporal y en la calidad de vida de la paciente. No obstante, su aplicación no debe entenderse como una técnica de indicación universal, sino como una opción terapéutica cuando las condiciones clínicas y anatómicas justifiquen su empleo y permitan aprovechar plenamente sus beneficios. En este contexto, el presente caso refuerza el valor de la microcirugía reconstructiva como una herramienta esencial dentro de la cirugía plástica contemporánea, siempre que se aplique bajo criterios de selección rigurosos y una planificación individualizada.

Bibliografía

- 1.Dagnino UB. Actualización en reconstrucción mamaria. Rev Med Clin Condes. 2010;21(1):51–5. doi:10.1016/S0716-8640(10)70506-X.
- 2.Fernández Toledo E, Gómez García N, Machado Gómez G, Santana Molina R, Suárez Morales O, Madrigal Mora L. Infecciones graves de piel y partes blandas. Acta Méd Centro.2023;17(4):681-93.
- 3.Carr RJ, Smith SM, Peters SB. Primary and secondary dermatologic disorders of the breast. En: Bland KI, Copeland EM, Klimberg VS, Gradishar WJ, editors. The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. 5a. ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 269–86.
- 4.Rincón Fernández ME, Pérez San Gregorio MA, Borda Más M, Rodríguez AM. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. Universitas Psychologica. 2012;11(1):25–41. doi:10.11144/Javeriana.upsy11-1.irma
- 5.Fossati JM, Fraga L, Ripoll G, Wolff D, Fossati G. Reconstrucción mamaria con colgajo perforante de arteria epigástrica inferior profunda (DIEP). Rev Argent Cir Plást. 2017;23(2):49-54.
- 6.Más M, Tórtora S, Morosini F, Hernández K, Benítez MA, Dall’Orso P, et. al. Infecciones de piel y partes blandas tratadas en forma ambulatoria en un hospital pediátrico en Uruguay luego de diez años de la epidemia de SAMR. Arch Pediatr Urug. 2018;89(4):251-256. doi: 10.31134/ap.89.4.4
- 7.Koshima I, Soeda S. Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle. Br J Plast Surg. 1989;42(6):645-8. doi: 10.1016/0007-1226(89)90075-1
- 8.Teunis T, Heerma van Voss MR, Kon M, van Maurik JF. CT-angiography prior to DIEP flap breast reconstruction: a systematic review and meta-analysis. Microsurgery. 2013;33(6):496-502. doi: 10.1002/micr.22119.
- 9.Rothenberger J, Amr A, Schiefer J, Schaller HE, Rahmanian-Schwarz A. A quantitative analysis of the venous outflow of the deep inferior epigastric flap (DIEP) based on the perforator veins and the efficiency of superficial inferior epigastric vein (SIEV) supercharging. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2013;66(1):67-72. doi: 10.1016/j.bjps.2012.08.020.

10.Colás C, Lozano JA, Pelay MJ. Reconstrucción mamaria mediante el colgajo musculocutáneo del dorsal ancho. *Anales Sis San Navarra*. 2005; 28(Suppl 2):55-61.

11.Gagnon AR, Blondeel PN. Superior Gluteal Artery Perforator Flap. *Semin Plast Surg*. 2006;20(2):79-88. doi: 10.1055/s-2006-941714.

12.Vonu PM, Chopan M, Sayadi L, Chim HW, Leyngold M. Lumbar Artery Perforator Flaps: A Systematic Review of Free Tissue Transfers and Anatomical Characteristics. *Ann Plast Surg*. 2022;89(4):465-471. doi: 10.1097/SAP.0000000000003216.

Contribución de autores:

Conceptualización: Marcos Garrel, Liber Fraga

Curación de datos: Marcos Garrel

Análisis formal: Marcos Garrel

Investigación: Marcos Garrel, Liber Fraga, Daniel Wolff

Metodología: Marcos Garrel

Administración del proyecto: Marcos Garrel

Recursos: Marcos Garrel

Software: Marcos Garrel

Supervisión: Liber Fraga, Daniel Wolff, Camilo Prego

Validación: Liber Fraga, Daniel Wolff

Visualización: Liber Fraga, Daniel Wolff, Camilo Prego

Redacción - borrador original: Marcos Garrel

Redacción - revisión y edición: Marcos Garrel, Liber Fraga, Daniel Wolff

Nota de agradecimiento

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Javier Prego por su valiosa colaboración al proporcionar fotografías fundamentales del periodo neonatal de la paciente, las cuales fueron esenciales para documentar y comprender el contexto clínico del caso presentado. Su contribución fue clave para enriquecer este trabajo y aportar un enfoque completo al análisis de este caso clínico.

Asimismo, agradecemos profundamente al equipo de salud del Servicio de cirugía Plástica y Microcirugía del Hospital Pasteur que participaron en forma activa en las etapas del proceso terapéutico. Su dedicación, profesionalismo y compromiso fueron fundamentales para el éxito del tratamiento y el bienestar de la paciente.

Nota: Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Nota: Los datos de investigación no se encuentran disponibles.

Nota: Este artículo fue aprobado por el editor Gustavo Rodríguez Temesio.