



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-512 - COLGAJO DIEP: COMPLICACIÓN RARA EN EL SITIO DONANTE.

*Gálvez Doménech, Patricia; Castañera González, Ramón; Salanova Rodríguez, Mariana; Aguado de Benito, Alicia; Valentín-Gamazo González, Isabel; San José Santamarta, Henar; Casado Santamaría, Paloma; Álvarez Conde, José Luis*

*Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los factores que pueden influir en la aparición de complicaciones postquirúrgicas en el sitio donante abdominal tras reconstrucción mamaria tipo DIEP, especialmente la eventración abdominal postquirúrgica.

**Caso clínico:** Mujer de 56 años, intervenida por la Unidad de Mama del Servicio de Cirugía General, por un Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha (CSE) pT2 N1c M0 E: IIB. RE positivos, RP negativos, Ki67 18-20% y Her2 3+, realizándose mastectomía derecha R1 (borde profundo de resección afecto) y BSGC con resultado de macrometastasis, procediéndose a la realización de vaciamiento axilar. Posteriormente recibió QT adyuvante con esquema ACx4 seguido de docetaxel y trastuzumab, así como RT locorregional incluyendo pared torácica derecha y nivel axilar III y supraclavicular derecho. Inició HT con tamoxifeno con cambio a letrozol por importantes fenómenos vasomotores. Revisiones periódicas sin evidencia de recidiva. Tras tratamiento oncológico, se realizó reconstrucción mamaria mediante colgajo libre tipo DIEP de mama derecha y mastopexia y reducción mamaria izquierda, con posterior reconstrucción del CAP mediante técnica skate flap. En controles sucesivos se evidenció defecto herniario en región de fosa iliaca izquierda, sitio donante del colgajo DIEP. El estudio mediante TAC abdominal informó de eventración tipo L3:L de contenido graso intraabdominal de cuello ancho con un diámetro máximo transversal en el plano axial de 6,45 cm y craneocaudal de 6,65 cm. A la paciente se le realizó eventroplastia abierta con doble malla, BIO-A y PLP sobre ella, de localización preperitoneal según la técnica de Stoppa. El abdomen inferior constituye una excelente zona donante de abundante tejido blando y se ha convertido en la primera elección para la reconstrucción mamaria con tejido autólogo. La edad, el índice de masa corporal, la diabetes, el hábito tabáquico, la radioterapia externa, los antecedentes de cirugía abdominal, el volumen del colgajo, el número de perforantes seleccionadas y la experiencia del equipo quirúrgico, entre otros, han sido descritos en diferentes estudios como factores de riesgo para la aparición de complicaciones en el sitio de donante y resultados estéticos insatisfactorios abdominales. Algunos de estos problemas pueden manejarse de manera conservadora o mediante una pequeña revisión quirúrgica electiva. Sin embargo, una hernia, complicación que nos ocupa, puede tener serias consecuencias, y puede estar indicada una cirugía adicional para reparar el defecto fascial. Esto tiene implicaciones para el paciente en términos de riesgo, inconveniencia y recuperación adicional, y también aumenta los costes. Establecer una tasa esperada de reparación de hernia después de las reconstrucciones de colgajos abdominales es

importante para informar a los pacientes sobre los riesgos y para establecer un indicador de calidad.

**Discusión:** La reconstrucción mamaria con tejido autólogo puede asociar complicaciones relacionadas con el colgajo y la zona donante. Recomendar a las pacientes un normopeso en el momento de la cirugía reconstructiva, abandono del hábito tabáquico mínimo un mes previo, y realizar estudios de valoración vascular prequirúrgicos en la zona abdominal en pacientes con cicatrices en la zona donante, pueden ser estrategias para tener en cuenta para mejorar los resultados en la realización de colgajo tipo DIEP.