



V-188 - COLGAJO TORACOABDOMINAL COMO TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN TRAS MASTECTOMÍA EN TUMOR PHYLODES MALIGNO GIGANTE

Simó Blay, Mario; Mallol Roca, Javier; Añón Iranzo, Elena; Esteve Juan, José Antonio; Costa Guillo, Patricia; Neznanova, María; Aguiló Lucía, Javier; Roselló Bono, Vicente

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Resumen

Introducción: La indicación quirúrgica del cáncer de mama localmente avanzado es la mastectomía radical, que en ocasiones puede ocasionar una gran pérdida de sustancia. Esto conlleva la necesidad de cubrir dicho defecto, existiendo en la actualidad una gran variedad de técnicas incluyendo injertos y colgajos. En comparación con los injertos, los colgajos suelen ser más seguros, al mantener intacta su vascularización natural, además de ser procedimientos más sencillos en comparación con aquellos. Por definición, el colgajo es un tejido que se trasplanta de una zona, provisto de un punto de unión al organismo que le aporta la vascularización. Existen varios tipos de colgajos. En concreto, el colgajo toracoabdominal, está indicado cuando tras una mastectomía el defecto quirúrgico compromete en mayor medida a la parte medial del tórax. Se realiza una incisión en el borde medial de la herida que progresa siguiendo la línea media del abdomen hasta sobrepasar el ombligo. Posteriormente se disecciona todo este tejido de la pared torácica, preservando su vascularización, lo que permite movilizar el colgajo hacia el tórax, asegurando una buena red vascular que mantenga la integridad del colgajo.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 70 años, sin alergias conocidas, obesa y diabética tipo II, sin referir antecedentes oncológicos personales ni familiares. Antecedentes de tres gestaciones, uso de anticonceptivos orales 40 años antes y ausencia de hábitos tóxicos. Consultó por una tumoración en mama izquierda de 5 meses de evolución tras una contusión. A la exploración física, se apreciaba una gran tumoración móvil, eritemato-violácea que ocupa la totalidad de dicha mama, con una ulceración y exudado no purulento. Axila libre y mama contralateral normal. Las pruebas de imagen realizadas (mamografía bilateral, ecografía y TAC) pusieron de manifiesto una gran tumoración excrescente, que ocupaba la práctica totalidad de la mama izquierda de diámetros 13,3 × 11,2 cm, sin adenopatías axilares ni signos de enfermedad distancia. La biopsia preoperatoria de la lesión fue informada como compatible con tumor Phylodes maligno. Se le realizó una mastectomía reglada con reconstrucción inmediata mediante un colgajo dermograso toracoabdominal, diseccionando hasta la altura del ombligo y preservando vasos perforantes. El diagnóstico histológico posoperatorio confirmó el tumor phylodes maligno con márgenes libres. En el posoperatorio presentó una dehiscencia parcial del borde más craneal del colgajo con evolución satisfactoria mediante medidas conservadoras.

Discusión: El colgajo toracoabdominal es una opción segura, además de ser más sencilla que los

injertos. El desarrollo de este tipo de reconstrucciones ha permitido el tratamiento radical de grandes lesiones sin la necesidad de dejar posteriormente un defecto grande cutáneo con sus respectivas complicaciones. La principal complicación asociada al colgajo toracoabdominal, es la isquemia sobretodo de las partes más distales por hipoperfusión que puede condicionar un deficiente resultado cosmético. No obstante, hay que destacar que el objetivo principal de esta cirugía es el tratamiento de la enfermedad oncológica siendo el resultado estético un objetivo secundario.