



O-318 - EMPLEO DE MALLAS BIOLÓGICAS DE RECUBRIMIENTO EN LA RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA DE MAMA: SERIE DE CASOS

E. González Sánchez-Migallón, M.L. García García, J.A. García Marín, M.Á. Verdú Fernández, M.Á. Jiménez Ballester, L. Carrasco González, J. Aguilar Jiménez y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: En los últimos años la reconstrucción inmediata postmastectomía se ha convertido en un procedimiento quirúrgico habitual y cada vez es más demandado por nuestras pacientes. Ésta se puede hacer mediante tejido autólogo o utilizando implantes protésicos. Aunque la experiencia en el empleo de mallas biológicas de recubrimiento es limitada, tiene como ventaja facilitar la cobertura tisular del expansor o la prótesis incluso en la reconstrucción en un tiempo, permitiendo utilizar prótesis de mayor volumen. Nuestro objetivo es presentar nuestros resultados con el uso de mallas biológicas en la reconstrucción tras mastectomía.

Métodos: Estudio clínico retrospectivo de 13 pacientes en las que se realizó mastectomía y reconstrucción inmediata con recubrimiento mediante malla biológica del expansor/prótesis, durante 2012-2013. Se colocaron un total de 21 mallas (TutoMesh®), al requerirse su uso en diferentes tiempos, para cubrir en un primer momento el expansor y en un segundo tiempo la prótesis mamaria, o bien por tratarse de mastectomías bilaterales. La indicación fue cáncer de mama en todos los casos, excepto en uno en que se realizó mastectomía bilateral profiláctica por alto riesgo genético (portadora BCRA) tras una cirugía conservadora unilateral por carcinoma ductal infiltrante. Sólo se administró quimioterapia neoadyuvante en este caso. Ninguna paciente recibió radioterapia previa, siendo éste criterio de no indicación de colocación de malla biológica.

Resultados: Las pacientes estudiadas fueron 13 con una edad media: 51,92 años. Se realizó la reconstrucción inmediata con expansor en 2 pacientes y con prótesis en el resto. En cuanto a las complicaciones de nuestra serie: hubo 3 necrosis cutáneas, 3 seromas (tiempo medio de drenajes de 13,6 días), 2 abscesos, 2 pacientes con dolor y 1 extrusión. Se reintervino a 2 pacientes (una necrosis y una extrusión), ambas con retirada de malla y prótesis. En ambos casos el volumen del implante mamario superaba los 350 cc. La estancia media fue de 4,15 días. El resto de datos clínico-patológicos los agrupamos en la tabla.

Características generales de nuestra serie	
Edad	51,92 (rango 38-59)
Indicación de mastectomía	
Relación volumen tumor/volumen mama	3 (23%)
Multicéntrico/multifocal	7 (53,8%)

Recidiva tras cirugía conservadora	0 (0%)
Límites afectos	2 (15,38%)
Profilácticas	1 (7,69%)
QT neoadyuvante	1 (7,69%)
QT + RT neoadyuvante	0 (0%)
RT adyuvante	4 (30,7%)
Reconstrucción inmediata	
Prótesis/expansor	13 /3
Volumen medio del implante	323cc
Tiempo medio de ingreso (días)	4,15
Tiempo medio de drenajes (días)	13,6
Complicaciones	
Necrosis cutánea	3 (23%)
Seroma-derrame periprotésico	3 (23%)
Hematoma	0 (0%)
Absceso	2 (15,38%)
Dolor	2 (15,38%)
Extrusión del implante	1 (7,69%)

Conclusiones: Casi el 40% de nuestras pacientes presentaron algún tipo de complicación, reinterviniendo por este motivo a dos de ellas. En nuestra serie, volúmenes superiores a 350 cc se relacionaron con un número mayor de complicaciones. En conclusión, consideramos que para realizar esta técnica sería aconsejable individualizar los casos ya que el uso de mallas biológicas no está exento de complicaciones.