



V-37 - RESECCIÓN COSTO-ESTERNAL Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO MIOCUTÁNEO VERTICAL DEL RECTO ANTERIOR DEL ABDOMEN POR RECIDIVA DE CÁNCER DE MAMA

Rombolá, C.A.; Montesinos Encalada, M.E.; Solà Barri, F.; Canosa Morales, C.; Fraile Olivero, C.A.; Osorio Salazar, E.; Ortega Alcaide, J.; Sánchez García, S.; Sampedro Salinas, C.A.; Gatiús Caldero, S.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Introducción: Las lesiones ulceradas de mama pueden evolucionar con dolor y múltiples complicaciones locales. La mayor eficacia de la quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y las terapias “diana” molecular, han incrementado la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama recidivado o metastásico (40% a 5 años aproximadamente). Por otra parte, algunos autores sugieren mayores índices de supervivencia con la resección en las recaídas limitadas; expandiendo las indicaciones quirúrgicas más allá de la simple paliación. Además, el perfeccionamiento actual de las técnicas quirúrgicas y materiales protésicos, permiten ofrecer resecciones y reconstrucción de la pared torácica con una baja morbimortalidad.

Descripción del caso: Mujer de 64 años, fumadora y diabética, que presenta una masa de 4 cm dolorosa y ulcerada en cicatriz de mastectomía derecha efectuada hace 20 años. La biopsia percutánea confirma una recidiva local de neoplasia de mama (fenotipo luminal B2 HER2 ++), que no había sido tratada con adyuvancia. El TC destaca una adenopatía supraclavicular y probable afectación del borde derecho esternal y 2º a 4º cartílagos costales derechos. Se inicia tratamiento con trastuzumab + pertuzumab + paclitaxel (suspendido por mala tolerancia) mostrando respuesta parcial y aparente estabilización de las lesiones. Gammagrafía: hipercaptación en borde esternal derecho. PET/TAC: hipermetabolismo en lecho de mastectomía derecha (47 × 21 mm y SUVmáx 4,1) y borde esternal. Dudosa adenopatía supraclavicular (6 mm y SUVmáx 2). Se decide resección quirúrgica en Comité de Tumores Torácicos y de Tumores de mama. Se difiere 4 meses la cirugía debido a la pandemia COVID 19-9, manteniendo tratamiento oncológico sin evidenciar clara progresión. Se realiza resección en bloque del tumor incluyendo piel, partes blandas, 2º, 3º y 4º cartílagos costales derechos con segmento esternal correspondiente y reconstrucción con malla prepericárdica y prótesis de titanio cubierta por colgajo miocutáneo pediculado vertical de recto anterior del abdomen (VRAM). Evolución sin incidencias, con dolor controlado y alta hospitalaria al 5º día. Sin signos clínicos de recidivas ni en el TC, mamografía y ecografía mamaria tras 8 meses de seguimiento. La adenopatía supraclavicular de 6 mm no muestra cambios. No refiere dolor ni otras complicaciones. Está satisfecha con la cirugía. La paciente continúa con hormonoterapia (letrozol).

Discusión: La resección de pared torácica asociada a los actuales tratamientos oncológicos en la recidiva local de cáncer de mama, puede aportar beneficios, tanto desde el punto de vista oncológico

como paliativo; principalmente en lesiones con ulceración cutánea y respuesta parcial a los tratamientos. La resección en bloque costo-esternal y reconstrucción con prótesis de titanio y colgajo VRAM, es una técnica factible, pudiendo presentar baja morbilidad (aún con factores de riesgo como el tabaquismo y la diabetes), aportar un adecuado control del dolor y mejoría del aspecto psicológico/estético de las pacientes.