CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):819

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-651 - COMPLICACIONES EN MASTOLOGÍA: NECROSIS DE COLGAJO MUSCULOCUTÁNEO DE DORSAL ANCHO, RESCATE CON COLGAJO TRAM EN DOS TIEMPOS

Pareja López, Ángel; Rico Morales, María del Mar; Lorenzo Liñán, Miguel Ángel; López Saro, Sara María; Torres Fernández, Rocío; Lorenzo Campos, Miguel Ángel

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción: La reconstrucción inmediata se ha convertido en un estándar en mastología. Forma parte del tratamiento del cáncer de mama. La utilización del colgajo musculocutáneo del dorsal ancho se indica especialmente en pacientes que han recibido radioterapia, para cobertura de defectos amplios con tejidos locales de mala calidad. El colgajo musculocutáneo de dorsal ancho no produce secuelas funcionales salvo en pacientes muy deportistas o que tengan que usar muletas. Su inervación procede del nervio toracodorsal. La vascularización depende de un pedículo principal y varios segmentarios. El principal es la arteria toracodorsal. Forma un gran número de ramas y vasos perforantes que van al tejido cutáneo, motivo por el cual al músculo se le puede dividir en segmentos independientes y continúa siendo viable. Los pedículos accesorios son las arterias perforantes paravertebrales. Entre las complicaciones de ésta técnica, la necrosis completa del colgajo es una de las más temidas, y supone un reto técnico para el mastólogo.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente de 55 años exfumadora reciente, IMC 30, HTA, SAOS e hipotiroidea. Padeció un cáncer de mama derecha en 2007 (pT1N1M0), tratado mediante cirugía conservadora, linfadenectomía axilar, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia adyuvante. Valorada en nuestra consulta por recidiva tumoral en mama derecha a los 9 años de la primera intervención (pT1bN0M0). Presentada en el comité multidisciplinar, se decidió realizar una mastectomía derecha con reconstrucción inmediata mediante colgajo musculocutáneo de dorsal ancho. Al 7º día postoperatorio presentó necrosis completa del colgajo, precisando ingreso. Planificamos realizar una reconstrucción en dos tiempos mediante un colgajo musculocutáneo de recto abdominal transverso (TRAM). La postergación del colgajo TRAM está indicada en pacientes fumadoras, con más del 20% del peso corporal ideal (pacientes obesas con panículo abdominal), con radioterapia previa, diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cardiovascular, con requerimiento elevado de volumen, laparotomía previa o lipectomía abdominal asistida mediante succión previa, y desordenes autoinmunes. En una primera intervención extirpamos el colgajo necrótico y realizamos curas abiertas mediante lavados de arrastre y nitrofurazona. A nivel abdominal inferior, ligamos los vasos epigástricos. Ha sido señalado por Taylor y col. Que con la división de las venas del colgajo TRAM en el abdomen inferior, las válvulas se hacen incompetentes y se incrementa el retorno venoso del colgajo superior. La demora vascular interrumpe tanto las venas como las arterias epigástricas inferiores profundas, y es un beneficio

importante para pacientes con posibles factores de riesgo circulatorios que desean la reconstrucción mamaria. Las curas se prolongaron durante 7 días y posteriormente colocamos un sistema de presión negativa durante 8 días más. A los 15 días de la primera intervención completamos la reconstrucción mediante colgajo bipediculado TRAM según la técnica habitual. La evolución fue satisfactoria, siendo alta al 5º día postoperatorio.

Discusión: El colgajo musculocutáneo del dorsal ancho es una técnica segura pero no exenta de complicaciones. Las pacientes con factores de riesgo cardiovascular son especialmente propensas a sufrir dehiscencias parciales, infecciones y necrosis. La reconstrucción en dos tiempos con colgajo TRAM supone una alternativa viable en éstos casos.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados