



P-570 - INDICACIÓN DE CIRUGÍA EN SEROMA CRÓNICO TRAS MASTECTOMÍA SIMPLE

Betoret Benavente, Lidia; Aguilar Jiménez, José; Flores Funes, Diego; Baeza Murcia, Melody; Ramos Soler, Francisco José; Pérez Guarinos, Carmen Victoria; García Marín, José Andrés; Aguayo Albasini, José Luis

Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: El seroma crónico es considerado uno de las complicaciones más frecuentes de la cirugía del cáncer de mama. Se caracteriza por la acumulación de líquido seroso en el lecho de la disección quirúrgica. La mayoría son autolimitados, aunque en ocasiones pueden cronificarse con necesidad de re-intervención para su resolución. Presentamos un caso de seroma crónico tras mastectomía radical modificada.

Caso clínico: Mujer de 64 años intervenida en marzo de 2018 mediante mastectomía radical modificada derecha por un carcinoma ductal infiltrante de mama, grado 3, T2N1M0, con receptores hormonales positivos y HER2 negativo. Posteriormente recibe tratamiento adyuvante, seguido de radioterapia y de hormonoterapia. Posterior a cirugía desarrolla limitación a la abducción del miembro superior derecho, cierto grado de linfedema precoz y seroma en extremo lateral de cicatriz que requiere atención continua, con punción aspiración, recolocación de drenajes, infiltración local con corticosteroides, sin conseguirse la resolución completa del mismo durante un año de tratamiento conservador. La paciente es sometida de nuevo a cirugía con enucleación de la cápsula del seroma hasta zona axilar y quilting de la zona con apósito tipo VAC en la incisión, con resolución completa del seroma crónico y sin reaparición al mes de la cirugía.

Discusión: El seroma es una complicación postoperatoria del cáncer de mama que se caracteriza por la acumulación de líquido seroso de origen plasmático o linfático en el espacio creado por la disección quirúrgica. A pesar de que se trata de una complicación muy común, con una incidencia variable, no todos son relevantes, precisando de reintervención quirúrgica una minoría. Los factores relacionados con el paciente y el tumor no tienen una influencia significativa en la formación del seroma, excepto el peso y el índice de masa corporal, que parecen ser directamente proporcionales a su formación. Suele provocar molestias tales como pesadez o limitación de los movimientos del brazo. La aparición de seroma se relaciona con una recuperación más prolongada, retrasos de la cicatrización, dehiscencia de la herida, retraso en el inicio del tratamiento adyuvante e incluso necrosis del colgajo cutáneo. La técnica óptima para la reducción de la formación de seroma aún se desconoce. Actualmente el tratamiento es principalmente conservador mediante el drenaje aspirativo cerrado. Sin embargo, en ocasiones se puede desarrollar seromas refractarios al manejo conservador. En la literatura actual las opciones de tratamiento para estos casos es limitada. Se han descrito varias técnicas como la aplicación de pegamentos adhesivos del tejido en la cavidad axilar,

octeotrido para disminuir la linforrea, quilting o fijación con sutura de los colgajos de la piel para disminuir el espacio muerto o aplicación de apósitos compresivos o con terapia de vacío aunque ninguna de ellas se considera el tratamiento estándar. En nuestro caso se optó por combinar diversas de estas técnicas dadas la refractariedad del caso al tratamiento conservador, único caso en nuestro centro en el que se ha precisado tratamiento quirúrgico para resolución del seroma crónico.