



P-509 - TUMOR PHYLLODES GIGANTE Y DESFIGURANTE DE LA MAMA. PRIMER CASO PUBLICADO CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA AUTÓLOGA-ALOPLÁSTICA

Díaz Pérez, David; Barriga Sánchez, Raquel; García Briz, Hortensia; Villalobos Becares, Consuelo; Gallardo Herrera, Ana Belén; Camps Herrero, Julia; Galindo Jara, Pablo; Rabadán Ruiz, Lorenzo

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

Resumen

Introducción: Los tumores phyllodes (TP) mamarios son neoplasias fibroepiteliales (epitelio-glandular rodeado por mesénquima hiper celular). Representan < 1% del total de tumores mamarios y se los clasifica en benignos, malignos o *borderline*. Tienden a recurrir localmente, por lo que la resección amplia o la mastectomía constituyen el tratamiento de elección. Se consideran “gigantes” con > 10 cm, menos 10% de los phyllodes. Escasea la literatura para este tipo de cirugías con reconstrucción inmediata (RI), y menos aún combinadas autólogo-implante. Se presenta el inusual caso de TP *borderline* de 45 cm, reconstruida con colgajo miocutáneo autólogo con dorsal ancho (CMCDA) combinado con implante, y revisión de la literatura. Revisión de caso clínico y de la literatura.

Caso clínico: Mujer de 42 años, que rechaza hemoderivados, consultó por tumoración de mama derecha (MD) de 1 año de evolución. La EF mostraba una mama totalmente desfigurada. El TC describía MD con masa heterogénea, vascularizada y con necrosis que sugería TP. La BAG reveló crecimiento estromal en la periferia de estructuras ductales/acinares sugestivo para TP *borderline*. Se realizó mastectomía con RI mediante CMCDA con una isla de 14 × 8 cm, colocación de expansor tisular y resección de pectoral mayor infiltrado. La AP definitiva mostró dimensiones de 45 × 32 × 25 cm y se informó como TP *borderline* ampliamente neovascularizado, 3 mitosis/campo e índice de proliferación < 5%, con márgenes libres. Completada la expansión, se cambió por prótesis y en el mismo acto, sobre la MI se realizó mastopexia simetrizante. Se propuso RT adyuvante, que declinó. Durante el seguimiento, el resultado oncológico/funcional/estético/subjetivo son correctos con dos intervenciones. El resultado definitivo culminará con la micropigmentación del pezón, que ha quedado postergada por la actual situación de pandemia COVID.

Discusión: Los TP necesitan márgenes libres de > 1 cm, específicamente *borderline* y malignos para disminuir la posibilidad de recidiva, así los gigantes requieren mastectomía. La reconstrucción mamaria mitiga la pérdida de imagen corporal y mejora la rehabilitación, y hacerla inmediata disminuye el número de intervenciones. El CMCDA es una de las mejores opciones reconstructivas. Lograr un volumen/forma ideales es extremadamente exigente en una reconstrucción única, por lo que se ha propuesto añadir volumen mediante implantes. Aun siendo infrecuentes, hay reportados algunos TP gigantes similares (Tarun et al., 50 × 25 cm; Rsarvanandan et al., 40 × 35 cm; Dong Xia

et al., 47 × 37cm; S Islam et al. 50 × 50 cm), pero no se han encontrado otras publicaciones cuyo tratamiento fuera mastectomía con RI autóloga con dorsal ancho combinado con aloplástico. Ni la infiltración del m. pectoral ni la profusa vascularización impiden esta cirugía, incluso en este caso, donde requería hemostasia exquisita ya que la paciente rechazaba hemoderivados. Los resultados de los procedimientos oncoplásticos tienen altas tasas de supervivencia y bajas de recurrencia local, y la RI proporciona mejoras psicosociales/emocionales/funcionales. En esto, es crucial la simetrización también. En nuestra experiencia, lo consideramos un proceso factible incluso en TP gigantes, vascularizados e infiltrantes. En manos expertas, la RI combinada autólogo-aloplástico es una opción viable y segura, a considerar por sus buenos resultados a todos los niveles y con necesidad de pocas intervenciones.