



P-577 - RECONSTRUCCIÓN DE PARED COSTAL UTILIZANDO EPIPLÓN MAYOR EN RECIDIVA DE CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO

Brito Pérez, Zaida; Rahy Martín, Aída Cristina; Rosas Bermúdez, Clara; Yepes Cano, Andrés Felipe; Pelloni, María; Gil Lorenzo, Rita María; Fernández-Palacios Martínez, Javier; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es uno de los más prevalentes y con mayor número de muertes en nuestro medio. Dentro de los factores pronósticos se encuentra el fenotipo tumoral, siendo el cáncer de mama triple negativo el de peor pronóstico, con mayor grado histológico y más alto índice de proliferación.

Caso clínico: Se presenta el caso de paciente de 36 años, diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante triple negativo en mama derecha y tratada con mastectomía simple y biopsia selectiva de ganglio centinela, resultado un pT1pN0M0. Dos años más tarde de su primera cirugía, sufre recaída tumoral, realizándose tumorectomía y linfadenectomía derecha y radioterapia adyuvante. Posteriormente presenta nueva recaída, es tratada con distintos regímenes de quimioterapia por progresión local, hasta que se interviene realizándose mastectomía ampliada con resección de pectorales y cobertura con colgajo dorsal, que necesita cobertura con injerto de piel por fallo posterior del mismo. Acude por lesión nodular exofítica de 8 × 12 × 10 cm de diámetro a nivel del colgajo dorsal de mama derecha, diagnosticada de recidiva tumoral por PAAF, PET y TAC. Se realiza RMN que informa de invasión de las cuatro primeras costillas además de invasión pleural a través del 3^{er} espacio intercostal, además de infiltración muscular, hasta el músculo deltoides. Se interviene por el Servicio de Cirugía Plástica, realizándose extirpación en bloque de la masa y reconstrucción con malla de pared costal con colgajo fasciocutáneo de perforantes de la arteria epigástrica superior, Sin embargo, se produce necrosis del colgajo y se interviene de nuevo durante el ingreso con limpieza de la malla torácica y reconstrucción del defecto con epiplón mayor. Se accedió a cavidad abdominal mediante acceso laparoscópico, se disecciona el omento mayor, separándolo de las estructuras adyacentes y se secciona el mismo, dejando un pedículo omental. Posteriormente se accede a cavidad torácica mediante sección anterior diafragmática y se introduce el omento a su través para cubrir la malla de pared costal expuesta. Se realiza además colgajo de rotación escapular para cierre de defecto axilar. La paciente presenta durante su seguimiento infección de la herida quirúrgica y malla torácica, por *Pseudomonas aeruginosa* y *Bacterioides fragillis* y requiere colocación de terapia VAC, tratamiento antibiótico y curas periódicas en consulta.

Discusión: El cáncer de mama triple negativo presenta una agresividad alta, a pesar de tratamiento quirúrgico, presentando un alto índice de recaídas locales y de metástasis ganglionar y a distancia. Su tratamiento debe ser radical, y a pesar de esto puede no ser curativo, presentando las pacientes,

como en este caso, múltiples recidivas locales. Ante esta situación, es posible reconstruir el lecho quirúrgico de múltiples formas. En este caso se recurrió incluso a una cobertura de la malla con epiplón mayor, una técnica que ofrece una oportunidad de cubrir el defecto, sin consecuencias mecánicas o funcionales para la paciente, demostrando así que el tratamiento del cáncer de mama agresivo debe ser multidisciplinar.