



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-014 - RECONSTRUCCIÓN DE PARED TORÁCICA DESAFIANTE POR CARCINOMA DE MAMA INFILTRANTE

Ana Teresa Escobar Delgado, José Luis García Fernández, Isabel Cal Vázquez, Paloma Rofso Raboso y Ramón Moreno Balsalobre

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: Se presenta el caso de una mujer de 56 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por edemas en miembros inferiores de una semana de evolución y úlcera centrotorácica de aparición inicial en mama izquierda con evolución tórpida en los últimos 6 meses por la cual no había consultado previamente.

Caso clínico: La paciente ingresa por sepsis secundaria a infección de úlcera mamaria de 15 × 10 cm, que se biopsia con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante de mama luminal B. En el estudio de extensión se detecta metástasis en fémur izquierdo y masa de partes blandas en pared anterolateral del tórax con erosión ósea esternal y componente intratorácico que invade mediastino y pericardio. Tras resolución del cuadro se inicia tratamiento con letrozol y denosumab y posteriormente radioterapia paliativa sobre metástasis en fémur y artroplastia de cadera. La paciente sufre infecciones de repetición a nivel de la lesión mamaria y se programa mastectomía izquierda con resección esternal, colocación de prótesis de titanio y reconstrucción con plastia de dorsal ancho. Se realiza resección en bloque de la lesión en mama izquierda desde el cuarto arco costal hasta el cartílago conjunto y se reconstruye con una barra esternal con placas de titanio ancladas a cuartos y sextos arcos costales y al cartílago conjunto. Se coloca una malla bajo las placas y se realiza cobertura del defecto de 21 × 15 cm con colgajo miocutáneo de dorsal ancho junto a cirugía plástica. Al tercer mes posoperatorio sufre infección de malla que requiere retirada de la misma y limpieza de la colección subyacente e ingreso prolongado para antibioterapia intravenosa. Posteriormente sufre recaída axilar y se inicia tratamiento con radioterapia axilar. Seis meses tras la cirugía consulta por dehiscencia de la herida tras radioterapia y se realiza avance de colgajo. Posteriormente se realiza reconstrucción con colgajo de dorsal ancho derecho por exposición esternal, cuatro años después del diagnóstico. En la actualidad la paciente sigue un tratamiento con alpelisib, un inhibidor de PI3K tras progresión a tres líneas de tratamiento con quimioterapia, cumpliéndose cinco años tras el diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante.

Discusión: Se presenta un caso complejo cuya indicación quirúrgica inicial era paliativa y para control de un foco infeccioso. Se desarrolla con múltiples líneas de tratamiento y reintervenciones a lo largo del curso de la enfermedad. Sin embargo, la paciente se mantiene con una vida activa y con buen estado general cinco años tras el diagnóstico, por lo que podemos afirmar en algunos casos seleccionados la cirugía de reconstrucción permite prolongar y asegurar la calidad de vida a los enfermos oncológicos complejos.