



CASO CLÍNICO

Recurrencia de cáncer de mama sobre colgajo DIEP

Teresa Pérez de la Fuente^{a,*}, Lourdes Marcos de Paz^b, Lara Blanco Terés^c,
Rosario Serrano Pardo^d, Beatriz Doblado Cardellach^e y Anabel Ballesteros Rodríguez^f

^a Médico adjunto de Cirugía Plástica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^b Médico adjunto de Radiología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^c Médico residente de Cirugía General, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^d Médico adjunto de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^e Médico adjunto de Cirugía General, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

^f Médico adjunto de Oncología Médica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Recibido el 29 de abril de 2020; aceptado el 15 de junio de 2020

Disponible en Internet el 14 de octubre de 2020



PALABRAS CLAVE

Recurrencia;
DIEP;
Cáncer mama;
Neoangiogénesis

Resumen La mayor parte de las recurrencias del cáncer de mama tras la mastectomía aparecen en piel o en el tejido celular subcutáneo del lecho de la mastectomía. Sin embargo, también puede haber una recurrencia local en pacientes reconstruidas en las que se ha utilizado para la reconstrucción tejido de una zona donante a distancia.

Presentamos el caso de una mujer de 57 años que presenta una recurrencia de cáncer en la mama reconstruida con un colgajo DIEP (*deep inferior epigastric perforators*). El tumor inicialmente era un carcinoma ductal infiltrante asociado a carcinoma intraductal de alto grado receptores hormonales positivo, mientras que en la recurrencia el tumor encontrado fue un carcinoma de mama ductal infiltrante con receptores hormonales negativos.

© 2020 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Recurrence;
DIEP;
Breast cancer;
Neoangiogenesis

Breast cancer recurrence in DIEP flap

Abstract Most recurrences in breast cancer after mastectomy appear in superficial skin and subcutaneous tissue at the mastectomy site. Although local recurrence can be observed in patients in whom reconstruction is performed by distant donor tissue.

The case is presented of a 57-year-old woman with a local recurrence in deep inferior epigastric perforators (DIEP) reconstructed breast. The first cancer was an infiltrating ductal cancer with low-grade intraductal focus and negative hormonal receptors, and the recurrence was an infiltrating ductal cancer with negative hormonal receptors.

© 2020 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tepefu@yahoo.es (T. Pérez de la Fuente).

Introducción

Hay estudios que hablan de un aumento del riesgo de recurrencia del cáncer de mama en pacientes reconstruidas, frente a aquellas que no han sido reconstruidas, postulándose que una cirugía más agresiva puede reactivar la recurrencia mediante una respuesta inflamatoria con la activación de citocinas y factores de crecimiento secundarios al trauma quirúrgico. Se consideran otros mecanismos posibles las mutaciones y activación de micrometástasis dormidas¹. La recurrencia del cáncer de mama tras la reconstrucción se presenta dos años después de la cirugía, con más posibilidad si los márgenes quirúrgicos están cerca y si hay invasión linfovascular².

La reconstrucción mamaria autóloga con colgajos es un traumatismo importante debido a la gran superficie de tejido involucrado y a los largos tiempos de cirugía. Actualmente, cuando la cirugía reconstructiva con colgajo DIEP (*deep inferior epigastric perforator*) es tan demandada, la pregunta que surge es si la reconstrucción mamaria activa las metástasis dormidas, pudiendo incrementar el riesgo de recurrencia del cáncer, aumentando así la mortalidad.

Isern et al. comunicaron una elevada incidencia de recurrencia entre mujeres reconstruidas de forma diferida con tejido autólogo frente a aquellas que no habían sido reconstruidas³. Pero esta asociación sugerida no se replica con evidencia científica posterior⁴. Svee et al.¹, en un estudio reciente, refieren que no hay diferencia significativa en cuanto a recurrencia de cáncer de mama entre pacientes reconstruidas con colgajo DIEP y pacientes reconstruidas con otro tipo de técnica no DIEP. Incluso en este estudio se aprecia una mayor supervivencia en las pacientes reconstruidas con DIEP. Esto se explica porque las pacientes que son sometidas a esta cirugía más compleja tienen una condición física mejor, un estilo de vida más saludable, mayor motivación y más apoyo social. Adam et al.⁵ presentaron un estudio con un grupo amplio y homogéneo de pacientes reconstruidas con colgajo DIEP y también concluyeron que no es cierta la hipótesis de que las pacientes con cáncer de mama reconstruidas con colgajo DIEP tienen más tasa de recurrencia que aquellas que no se reconstruyen.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 57 años con un carcinoma de mama izquierda, ductal, infiltrante, localmente avanzado, que inicia el tratamiento con seis ciclos de carboplatino-docetaxel + trastuzumab de quimioterapia neoadyuvante, posteriormente se realiza mastectomía más linfadenectomía axilar. La anatomía patológica es de carcinoma ductal, infiltrante, con focos de carcinoma intraductal de alto grado y receptores hormonales positivos, con un foco de carcinoma intraductal llegando al borde profundo en radial 5. Recibe radioterapia posterior y continua con tamoxifeno durante dos años y letrozol tres años.

A los tres años de la mastectomía se realiza la reconstrucción mamaria con un colgajo DIEP y a los tres años de la reconstrucción, en una mamografía de control, se aprecia un engrosamiento cutáneo de baja densidad sin microcalcificaciones que corresponde a una lesión cutánea en el borde externo del colgajo con la piel del tórax. Se complementa con una ecografía que corrobora los datos y aporta

un incremento de la vascularización de la lesión cutánea, recomendándose su extirpación.

Se reseca una lesión indurada y ulcerada en la zona de cicatriz del colgajo-piel torácica en borde externo que afecta a ambas regiones y ya en este momento se aprecian dos pápulas eritematosas y descamativas en la zona inferior del colgajo que no se biopsian, al presentar un aspecto anodino (fig. 1).

La pieza es un carcinoma de mama ductal infiltrante pobremente diferenciado que alcanza el borde quirúrgico interno correspondiente al colgajo, con receptores de estrógenos y progesterona negativos, c-erbB2 positivo y Ki-67 40%. Siendo el tumor previo positivo para receptores de estrógenos y progesterona.

Se amplían los márgenes incluyendo las dos pápulas referidas anteriormente, que ya están induradas (fig. 2).

En la ampliación se describe un nódulo de 1 cm en tejido celular subcutáneo y dos lesiones induradas de 6 y



Figura 1 Recurrencia en borde externo del colgajo con las pápulas eritematosas inferiores.



Figura 2 Pieza de ampliación de márgenes.



Figura 3 Resultado cosmético a los seis meses.

4 mm en la dermis. Se confirma en los tres focos que es un carcinoma ductal infiltrante pobremente diferenciado con receptores de estrógenos y progesterona negativos, c-erbB2 positivo y Ki-67 del 40%. La analítica y los estudios de extensión posteriores son negativos y se inicia tratamiento con pertuzumab-trastuzumab y zoladex. El resultado cosmético es aceptable (fig. 3).

Discusión

Se describen casos de recurrencia tras reconstrucción con tejido autólogo, ya sean colgajos abdominales TRAM (*transverse rectus abdominis*) y DIEP^{6,7}, colgajos de dorsal ancho exclusivamente⁸ o asociando relleno graso⁹. El relleno graso es una técnica que sigue ocasionando cierta incertidumbre ya que estudios *in vitro* hablan de la promoción de la recurrencia del cáncer de mama y de metástasis debido a la potencialidad de las células madres adiposas por la expresión de la aromatasa y la neoangiogénesis, aunque *in vivo* no hay evidencia científica¹⁰⁻¹².

La zona donde se produce la recurrencia con más frecuencia es entre el colgajo y el tejido mamario residual, debido a la posibilidad de que tras una mastectomía queden células tumorales. Y esta recurrencia se puede reconocer como una masa palpable o cambios en la cicatriz.

En nuestro caso la pieza de mastectomía refería que en radial 5 había un foco de carcinoma intraductal contactando con el borde profundo, que es la región donde posteriormente aparece la recidiva.

Realizar una mamografía de seguimiento después de una reconstrucción con un colgajo DIEP es una cuestión controvertida, pero esta prueba permite una detección temprana de recurrencias locales, ya que tiene una gran sensibilidad y permite diferenciar una recurrencia de lesiones benignas tipo necrosis grasa, quiste oleoso o cicatriz. La ecografía complementa a la mamografía al detectar lesiones menores

de 5 mm y permite evaluar zonas periféricas que quedan fuera del campo de la mamografía. Posteriormente es obligatorio realizar una biopsia¹³.

Aunque la recurrencia era multifocal en la región infe-roexterna, optamos por realizar una cirugía conservadora al estar el tumor confinado a un único cuadrante y no afectar al pedículo del colgajo¹⁴. Consensuamos esta decisión tras la evaluación del caso ya que el colgajo tenía un gran volumen y admitía realizar una resección con márgenes seguros y con un resultado cosmético aceptable.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y han obtenido los permisos correspondientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Svee A, Mani M, Sandquist K, Audolfsson T, Folkvaljon Y, Isern AE, et al. Survival and risk of breast cancer recurrence after breast reconstruction with deep inferior epigastric perforator flap. *Br J Surg*. 2018;105:1446–53.
2. Casey WJ3rd, Rebecca AM, Silverman A, Macias LH, Kreymerman PA, Pockaj BA, et al. Etiology of breast masses after autologous breast reconstruction. *Ann Surg Oncol*. 2013;20:607–14.
3. Isern AE, Manjer J, Malina J, Loman N, Mårtensson T, Bofin A, et al. Risk of recurrence following delayed large flap reconstruction after mastectomy for breast cancer. *Br J Surg*. 2011;98:659–66.
4. Lindford AJ, Siponen ET, Jähkölä TA, Leidenius MH. Effect of delayed autologous breast reconstruction on breast cancer recurrence and survival. *World J Surg*. 2013;37:2872–82.
5. Adam H, Docherty Skogh AC, Edsander Nord Å, Schultz I, Gahm J, Hall P, et al. Risk of recurrence and death in patients with breast cancer after delayed deep inferior epigastric perforator flap reconstruction. *Br J Surg*. 2018;105:1435–45.
6. Baek J, Jung JH, Kim WW, Hwang SO, Lee J, Kang JG, et al. Recurrence of breast cancer with tumor lymphangiogenesis involving the reconstructed transversus rectus abdominis myocutaneous flap. *J Breast Dis*. 2015;3:31–5.
7. Huiskes JVM, Keemers-Gels ME, Fabré J, Strobbe LJA. DIEAP flap breast reconstruction followed by local recurrence of breast cancer. *Case Rep Oncol*. 2018;11:493–8.
8. di Summa PG, Schaffer C, Tay SK, Weiler-Mithoff E. Chest resurfacing with a reverse abdominoplasty flap for invasive breast cancer recurrence. *Case Reports Plast Surg Hand Surg*. 2019;6:51–4.
9. Alharbi M, Garrido I, Vaysse C, Chavoin JP, Grolleau JL, Chaput B. Latissimus dorsi flap invasion by ductal breast carcinoma after lipofilling. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2013;1:e68.
10. Martin-Padura I, Gregato G, Marighetti P, Mancuso P, Calleri A, Corsini C, et al. The white adipose tissue used in lipotransfer procedures is a rich reservoir of CD34+progenitors able to promote cancer progression. *Cancer Res*. 2012;72:325–34.

11. Dirat B, Bochet L, Dabek M, Daviaud D, Dauvillier S, Majed B, et al. Cancer-associated adipocytes exhibit an activated phenotype and contribute to breast cancer invasion. *Cancer Res.* 2011;71:2455–65.
12. Pérez ER, Porto SAG, García PP, Sanz JIB, Rodríguez AG, Compañía FJP. Seguridad oncológica del lipofilling como técnica de reconstrucción mamaria secundaria. *Rev Senol Patol Mamar.* 2018;31:102–7.
13. Farras Roca JA, Dao TH, Lantieri L, Lepage C, Bosc R, Meyblum E, et al. Ipsilateral breast cancer recurrence after Deep Inferior Epigastric Perforator (DIEP) flap reconstruction: incidence and radiological presentation. *Diagn Interv Imaging.* 2016;97:203–9.
14. Howard MA, Polo K, Pusic AL, Cordeiro PG, Hidalgo DA, Mehrara B, et al. Breast cancer local recurrence after mastectomy and TRAM flap reconstruction: incidence and treatment options. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117:1381–6.