RECIDIVA LOCORREGIONAL TRAS MASTECTOMÍA CON RECONSTRUCCIÓN

Canseco Fernández, R.; Sanz Guadarrama, O; Diago Santamaría, MV; Pedrosa Simón, JA
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

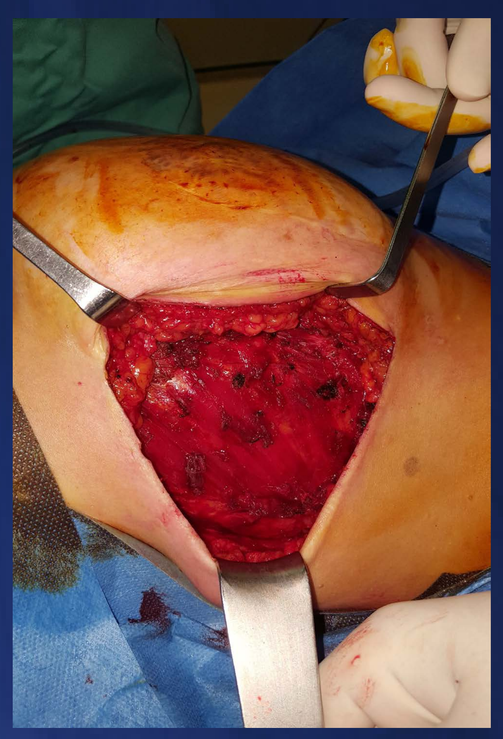
INTRODUCCIÓN

La mayoría de las mujeres desean una reconstrucción inmediata después de la mastectomía, lo cual muestra tener efectos psicológicos y emocionales positivos para las pacientes.
La recurrencia loco-regional después de la mastectomía es menos del 10% y es similar a la recurrencia después de mastectomía con o sin reconstrucción. Después de la mastectomía las pacientes pueden tener recurrencias debido al tejido mamario residual existente (46-81% de las mastectomías), lo que varía dependiendo del espesor de los flaps de piel.
La mayoría de las recidivas ocurren a nivel de la piel y las pacientes habitualmente presentan tumores palpables, irregularidades, cambios en la piel o áreas de aumento de la sensibilidad que pueden ser sugestivas de malignidad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años. AP: En 2007, cirugía conservadora de mama izquierda + RT + braquiterapia + HT por CDIS. NO cirugía en axila izquierda. En 2009, mastectomía bilateral profiláctica con reconstrucción tipo TRAM bilateral. No AF de cáncer de mama. Estudio genético BRCA negativo.
Es enviada a la consulta por tumoración en zona lateral de neomama izquierda de +/- 3 cm adherida a planos profundos y dolorosa a la palpación.
Ecografía mama: En UCE de la mama izquierda reconstruida, tumoración polilobulada poco definida en sus contornos en algunos puntos, de 27x22x12 mm, altamente vascularizada. BI-RADS 4C. Se realiza BAG: Carcinoma ductal infiltrante. INFORME INMUNOHISTOQUIMICA: RE 100%, RP 1%, Ki-67 30%, HER-2 negativo.
Estudio de extensión y marcadores tumorales negativos.
Intervención quirúrgica: Extirpación amplia de la tumoración incluyendo músculo serrato y BGC. AP: CDI de tipo medular grado III de 35 mm con márgenes libres. BGC negativo.








CONCLUSIONES

Una historia cuidadosa y el examen físico suelen ser suficientes para identificar incluso recurrencias profundas. Las recomendaciones se apoyan en revisiones con historia y exploración clínica cada 4-6 meses durante los primeros 5 años y después anualmente. La mamografía, el TAC y la RM han demostrado ser útiles pero no son recomendadas de rutina. Están indicadas en pacientes que presenten alguna sospecha en el examen físico. Es necesario el estudio con PAAF o BAG para confirmar el diagnóstico.
Los diferentes tipos de recidiva loco-regional después de la reconstrucción tienen distinto comportamiento; así las recidivas profundas en pared torácica han sido asociadas con mayor posibilidad de enfermedad metastásica, menor supervivencia y menor intervalo libre de enfermedad que las recurrencias subcutáneas.
La literatura sugiere que la reconstrucción con TRAM después de un cáncer de mama es oncológicamente segura.