



Cáncer mamario en hombres: versatilidad del colgajo dorsal ancho extendido en V-Y para reconstrucción de la pared torácica

Breast cancer in men: latissimus dorsi flap versatility wide in V-Y for chest wall reconstruction

Dr. Raúl Servando Caracheo Rodríguez,* Dra. Arianna Gabriela Ibarra Reyes,**
Dr. Jean Carlo Barragán Chávez***

Palabras clave:

Cáncer de mama en hombre, colgajo dorsal ancho extendido en V-Y.

Key words:

Breast cancer in men, extended latissimus dorsi musculocutaneous V-Y flap.

RESUMEN

Durante años la incidencia del cáncer de mama en hombres había permanecido estable; sin embargo, parece haber un incremento de 0.86 a 1.06 por 100,000 habitantes en los últimos 26 años. La escasa incidencia de casos y la poca penetración de la información sobre el padecimiento en la población han permitido que los casos sean detectados hasta estadios avanzados de la enfermedad, requiriendo de un tratamiento más agresivo por parte del cirujano oncólogo, situación que requiere de un plan reconstructivo más elaborado. El colgajo de músculo dorsal ancho es de los procedimientos más utilizados para la reconstrucción de la pared torácica por sus amplios arcos de rotación y facilidad técnica, así como la gran variedad de diseños, lo que lo hace un candidato excelente para la cobertura de amplios defectos torácicos. Presentamos el caso clínico de un hombre de 28 años con carcinoma ductal invasivo en la mama derecha T4N2M0 con estadio clínico III-B, en el cual se realizó mastectomía radical con un defecto resultante de 22 cm de diámetro y la reconstrucción de la pared torácica se hizo con un colgajo dorsal ancho extendido en V-Y, permitiendo una adecuada cobertura. Aunque para reconstrucciones de región torácica y mama preferimos el uso de TRAM como primera opción en el caso de pacientes con defectos gigantes de la pared torácica, es insuficiente la cobertura que brinda el mismo. Por estas limitaciones se prefiere el uso del colgajo de dorsal ancho, con el cual se obtuvo un excelente resultado de cobertura sin complicaciones resultantes.

ABSTRACT

For years, the incidence of breast cancer in men had remained stable. However there appears to be an increase from 0.86 to 1.06 per 100,000 populations in the last 26 years. The low incidence of cases and the lack of information about the disease in the population have allowed the cases to be detected until advanced stages of the disease, requiring a more aggressive treatment by the oncologist surgeon, a situation that requires a more elaborate reconstructive plan. The wide latissimus dorsi flap is one of the most commonly used procedures for reconstruction of the thoracic wall because of its wide arches of rotation and technical ease, as well as the wide variety of designs, making it an excellent alternative for coverage of large defects in the anterior chest wall. We present the case of a 28 year old man with invasive ductal carcinoma in the right breast, T4N2M0 stage III-B, in which radical mastectomy was performed with a defect resulting of 22 cm in diameter and reconstruction of the chest wall was made with a latissimus dorsi flap extended in VY, allowing adequate coverage. Although for chest and breast reconstructions we prefer the use of TRAM as the first option in the case of patients with giant chest wall defects, the coverage provided by the chest wall is insufficient. Due to these limitations, the use of the latissimus dorsi flap is preferred, with which an excellent coverage result was obtained without resulting complications.

* Cirujano Plástico. Servicio de Cirugía General. Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital General de Querétaro. SESEQ. Querétaro, Qro. México

** Médico Residente de tercer año en Cirugía General. Hospital General de Occidente. Guadalupe, Jalisco, México.

*** Médico Residente de tercer año en Cirugía General Hospital General de Querétaro, Qro. México.

INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer de mama en hombres había permanecido estable durante años; sin embargo, parece haber un incremento de 0.86 a 1.06 por 100,000 habitantes en los últimos 26 años.¹ Está considerado como una

patología rara dentro de la población masculina y representa tan sólo el 1% de todas las neoplasias malignas de mama. La incidencia estimada es de 1 por cada 100,000 hombres.²

El cáncer de mama en hombres tiene una distribución unimodal, con un único pico de incidencia a los 71 años de edad;³ sin embargo,



día con día se reportan neoplasias malignas de mama en hombres de menor edad. Madeira,⁴ presenta el caso en un hombre de 25 años con carcinoma invasivo ductal, Nielsen,⁵ describe un caso en un hombre de 32 años y Chang,⁶ un paciente de 16 años con carcinoma intraductal unilateral más ginecomastia.

El tipo histológico encontrado en el hombre en más del 90% de los casos es el carcinoma ductal infiltrante, seguido por el carcinoma ductal *in situ* y en menor frecuencia papilares, mucinosos y medulares.⁷ La escasa incidencia de casos y la poca penetración de la información sobre el padecimiento en la población han permitido que los casos se detecten hasta estadios avanzados de la enfermedad. Al detectarse un paciente en etapas avanzadas, generalmente se requiere de un tratamiento más agresivo por parte del cirujano oncólogo, situación que amerita un plan reconstructivo más elaborado.

El colgajo de músculo dorsal ancho es de los procedimientos más socorridos para la reconstrucción de la pared torácica, por sus amplios arcos de rotación y facilidad técnica, así como la gran variedad en diseños, lo que lo hace un candidato excelente para la cobertura de defectos torácicos amplios.³

Este colgajo lo describió originalmente Tanisni en 1906 y Olivari lo popularizó en 1976. Desde entonces ha ido evolucionando con diferentes modificaciones y adaptaciones que lo han mantenido como una adecuada opción para la reconstrucción de amplios defectos de la pared torácica.⁸

Presentamos el caso de un hombre con neoplasia mamaria en el que se realizó la reconstrucción de la pared torácica con el colgajo dorsal ancho extendido en V-Y, que brindó una adecuada cobertura.

CASO CLÍNICO

Hombre de 28 años con aumento de volumen de la mama derecha de dos años de evolución. Refirió pérdida ponderal de aproximadamente 10 kg en seis meses, escalofríos y sudoraciones nocturnas de tres meses de evolución. Antecedente familiar de cáncer mamario en tía materna. El ultrasonido mamario mostró un tumor que ocupaba los cuadrantes externos

de la mama derecha, de 140 mm de diámetro con engrosamiento cutáneo. Los estudios complementarios con teleradiografía de tórax, cintigrama óseo y tomografía abdominal, no mostraron diseminación. Al examen físico se apreciaba con tumor mamario ulcerado de aproximadamente 16 cm de eje mayor por 13 cm de eje menor, comprometiendo la región mamaria con extensión hasta la pared torácica lateral y región axilar, donde había múltiples adenomegalias, la mayor con un diámetro de 2 × 1 cm indurada y fija a planos profundos (*Figura 1*). Durante la resección se advirtió adherido a fascia pectoral con penetración al cuerpo muscular. Se realizó una mastectomía radical y resección de fascia muscular y parcial del pectoral mayor, con disección axilar derecha. El defecto resultante fue de 22 cm de diámetro (*Figura 2*). Previa a la cirugía se realizó marcaje del colgajo con el paciente de pie, siguiendo los marcajes sugeridos por Emilson y Carramaschi para el cierre de defectos gigantes, incluyendo el *pinch test* para el cierre directo en el domo del defecto.⁹ Se talló el colgajo basado incluyendo la doble circulación del músculo con avance en V-Y hasta la región paraesternal, siendo necesaria su desinserción del húmero. Se cerró la parte superior del defecto (domo) con cierre directo de acuerdo al *pinch test* y el resto del defecto se cubrió adecuadamente con el colgajo (*Figuras 3 y 4*). El cierre de la zona donadora requirió de injerto de piel (*Figura 5*). La isla de piel avanzada fue de 28 × 18 cm. Se colocaron drenajes cerrados y conformador de algodón para fijar el injerto de piel. Se envió la pieza quirúrgica a estudio anatomopatológico



Figura 1. Tumor mama derecha.

con resultado de carcinoma ductal invasivo con metástasis a 2 de 18 ganglios axilares (*Figura 6*), con bordes quirúrgicos libres. Con estos datos se integró el diagnóstico final de cáncer de mama T4N2M0 con estadio clínico III-B siguiendo la estratificación del cáncer de mama según la clasificación TNM del *American Joint Committee on Cancer*.

DISCUSIÓN

Aunque para reconstrucciones de la mama y región torácica preferimos el uso de TRAM como primera opción, en el caso de pacientes con defectos gigantes de la pared torácica es insuficiente la cobertura que brinda el mismo. Por estas limitaciones se prefiere el uso del colgajo de dorsal ancho, para el que se han descrito muchas técnicas y diseños que permiten la cobertura de grandes defectos. Debemos considerar que el cierre directo de la piel de la zona donadora está influido por

muchos factores como el grado de elasticidad de la piel, la flacidez o el exceso de la misma y la cantidad de tejido adiposo presente. Para el cierre del sitio donador, en 1979 Bostwick detectó la necesidad de utilizar injertos de piel en el sitio donador cuando la isla de piel utilizada era mayor de 12 cm de ancho.⁹ En 1991, Hayashi y Maruyama,¹⁰ describieron el avance en V-Y para el cierre de grandes defectos secundarios a mielomeningocele que les permitió el cierre directo sin necesidad de utilizar injertos



Figura 2. Defecto postmastectomía radical.



Figura 3. Tallado de colgajo dorsal ancho.



Figura 4. Colgajo dorsal ancho avanzado.



Figura 5. Injerto de piel en zona donante.

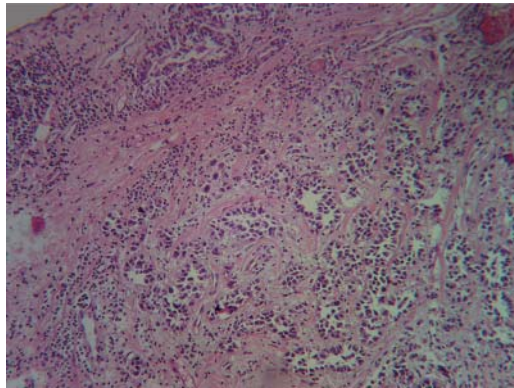


Figura 6. Células pleomórficas con núcleos hiper cromáticos con pérdida de la polaridad en un estroma fibroso desmoplásico con algunas células alineadas a modo de fila india.

incluso en defectos de 13×9 cm. Emilson y Carramaschi⁹ describieron en 2001 la técnica para evitar el uso de injerto de piel en el cierre de la zona donadora mediante un colgajo de avance en V-Y. Aunque tratamos de seguir esa técnica para evitar el uso de injerto de piel en la zona donadora, no pudimos llevarla a cabo por la tensión excesiva en los colgajos. Sirva en descargo de este hándicap que el ancho de nuestra isla de piel era mayor a los descritos por aquéllos, quienes además tuvieron necrosis de los bordes de sus colgajos en la mitad de los colgajos de su serie.

CONCLUSIÓN

El carcinoma ductal en hombres jóvenes continúa siendo una entidad rara y por ello, con diagnóstico en etapas avanzadas.¹¹ Por la rareza de la presentación de cáncer de mama en hombres jóvenes no son frecuentes los programas médicos enfocados a tumores de mama en la población masculina. Sería muy importante implementar programas de detección oportuna en hombres.¹² Lo anterior hace que los reportes de reconstrucción en esta patología sean, a su vez, infrecuentes. Nuestra experiencia en el manejo quirúrgico con la técnica de reconstrucción basada en el colgajo dorsal ancho extendido en V-Y, ha sido satisfactoria, brindando mayor

calidad de vida a nuestro paciente con el aporte de una excelente cobertura del defecto resultante sin presentar complicaciones, de tal manera que esperamos se sigan publicando casos de esta patología, se logre dar mayor importancia al tema y desarrolle una atención integral oportuna.

REFERENCIAS

1. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. *Cancer* 2004; 101: 51-57.
2. Ángel J, Ibarra J, Díaz S, Lehmann C, Garcia M, Guzman L y cols. Comportamiento clínico del cáncer de mama en hombres en una población latinoamericana. *Rev Col Cancerol* 2015; 19 (3): 150-155.
3. Clemens MW, Evans KK, Mardini S, Arnold PG. Introduction to chest wall reconstruction: anatomy and physiology of the chest and indications for chest wall reconstruction. *Sem Plast Surg* 2011; 25 (1): 5-15.
4. Madeira M, Mattar A, Passos RJ, Mora CD, Mamede LH, Kishino VH et al. A case report of male breast cancer in a very young patient: what is changing? *World J Surg Oncol* 2011; 9: 16.
5. Nielsen U, Jakobsen EH. Breast cancer in 32-year-old male. *Ugeskr Laeger* 2008; 170 (19): 1663.
6. Chang HL, Kish JB, Smith BL, Goldstein AM. A 16-year-old male with gynecomastia and ductal carcinoma in situ. *Pediatr Surg Int* 2008; 24: 1251-1253.
7. Ibanez G, Calderon M. Cáncer de mama en hombres: situación actual a nivel mundial y nacional. *Rev Chil Cir* 2011; 63: 95-101.
8. Maia M, Oni G, Wong C, Saint-Cyr M. Anterior chest wall reconstruction with a skin paddle pedicled *Latissimus dorsi* flap a novel flap design. *Plast Reconstr Surg* 2010; 127: 1206-1211.
9. Micali E, Carramachi FR. Extended V-Y *Latissimus dorsi* musculocutaneous flap for anterior chest wall reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 1382-1390.
10. Hayashi A, Maruyama Y. Bilateral *Latissimus dorsi* V-Y musculocutaneous flap for closure of a large meningo-myelocele. *Plast Reconstr Surg* 1991; 88 (3): 520-523.
11. Orquín EO, Agüera JC, Velasco MG, Vega VR. Cáncer de mama en varones: casos recogidos en 20 años (1990-2011). *Rev Cub Cir* 2014; 53: 12-16.
12. Nahabedian MY. *Breast cancer in men: oncologic and reconstructive considerations*. In: Spear SL. *Surgery of the breast: principles and art*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2011. pp. 308-312.

Correspondencia:

Dr. Raúl Servando Caracheo Rodríguez

Avenida 5 de Febrero Núm. 101,
Col. Virreyes, 76170, Querétaro,
Querétaro, México.
Tel: (442) 2160665
E-mail: agir_87@hotmail.com