



CASO CLÍNICO

doi: 10.35366/122087



Reconstrucción mamaria con colgajos abdominal y dorsal ancho en paciente con carcinoma mamario invasivo

Breast reconstruction with abdominal and latissimus dorsi flaps in a patient with invasive breast carcinoma

Dra. Laura Brunelli-Ducatti,^{*,‡} Dra. Milena Freitas-Martins,^{*,§}
Dr. Victor da Silva-Duran,^{*,¶} Dr. Emil Tannous-Elías^{*,||}

Palabras clave:

colgajo miocutáneo,
carcinoma de mama,
mastectomía, colgajos
quirúrgicos

Keywords:

myocutaneous flap,
breast carcinoma,
mastectomy,
surgical flaps

RESUMEN

La reconstrucción mamaria es clave tras mastectomías por cáncer avanzado, especialmente en defectos extensos de la pared torácica. Los colgajos dermocutáneo abdominal y miocutáneo de dorsal ancho permiten restaurar el volumen, proteger estructuras vitales y lograr resultados estéticos satisfactorios. Este reporte describe un caso que resalta su relevancia clínica en defectos extensos. Se trata de una mujer de 61 años, hipertensa y epiléptica, que presentó un nódulo en la mama derecha. El examen anatomopatológico reveló carcinoma invasivo NOS (no especificado de otra manera). La paciente fue sometida a mastectomía, linfadenectomía axilar derecha y reconstrucción mamaria con colgajo dermocutáneo abdominal y colgajo miocutáneo de dorsal ancho, debido a la extensa área de defecto de la pared torácica. No asistió a la primera consulta postoperatoria, retornando únicamente al día 12 con signos de complicaciones postoperatorias, las cuales fueron manejadas de manera inmediata. La paciente evolucionó sin quejas ni complicaciones. La importancia del caso radica en resaltar la selección adecuada de la técnica quirúrgica y los cuidados postoperatorios, con el objetivo de optimizar los resultados funcionales y estéticos, así como reducir la incidencia de complicaciones.

ABSTRACT

Breast reconstruction is crucial following mastectomies for advanced cancer, especially in extensive chest wall defects. Abdominal dermocutaneous and latissimus dorsi myocutaneous broad dorsal flaps help restore volume, protect vital structures and achieve satisfactory aesthetic results. This report describes a case that highlights their clinical relevance in large defects. A 61-year-old, hypertensive and epileptic woman, had a nodule in her right breast. Anatomopathological examination revealed invasive carcinoma NOS (No Otherwise Specified). The patient underwent mastectomy, right axillary lymphadenectomy and breast reconstruction with an abdominal dermocutaneous flap and a latissimus dorsi myocutaneous broad dorsal flap due to the extensive chest wall defect. She missed the first postoperative appointment, returning only on day 12 with signs of postoperative complications, which were managed immediately. The patient evolved without complaints or further complications. This case highlights the importance of selecting an appropriate surgical technique and postoperative care to optimize functional and aesthetic results and to reduce complications.

* Facultad de Medicina
de Catanduva. São Paulo,
Brasil.

ORCID:

‡ 0009-0005-4602-3982

§ 0009-0009-8088-796X

¶ 0009-0003-5247-2210

|| 0009-0004-1525-5302

Recibido: 27 mayo 2025

Aceptado: 16 septiembre 2025



Citar como: Brunelli-Ducatti L, Freitas-Martins M, da Silva-Duran V, Tannous-Elías E. Reconstrucción mamaria con colgajos abdominal y dorsal ancho en paciente con carcinoma mamario invasivo. Cir Plast. 2025; 35 (4): 197-201. <https://dx.doi.org/10.35366/122087>



INTRODUCCIÓN

La reconstrucción mamaria desempeña un papel central en el manejo de pacientes sometidas a mastectomía, especialmente aquellas con cáncer de mama en estadios avanzados, en los que la conservación de la mama no es viable.¹ El cáncer de mama es la neoplasia con mayor prevalencia entre las mujeres a nivel mundial,² representando aproximadamente el 25% de todos los casos de cáncer diagnosticados. Solo en Brasil, se estima que anualmente se registran alrededor de 66,000 nuevos casos.³ En estadios avanzados o en tumores de gran volumen, la mastectomía puede generar defectos extensos de la pared torácica que representan un desafío significativo para el cirujano, tanto desde el punto de vista funcional como estético.¹

La reconstrucción mamaria tras una resección tumoral extensa tiene como objetivos principales restaurar el contorno y la simetría mamaria, proteger estructuras subyacentes y minimizar el impacto psicológico de la pérdida de la mama.⁴ La elección de la técnica reconstructiva depende de factores como el tamaño del defecto, la disponibilidad y calidad del tejido adyacente, el estado de la vascularización local y la experiencia del cirujano.⁵ Entre las opciones disponibles, son de uso extendido los colgajos dermocutáneos de dorsal ancho y los colgajos miocutáneos abdominales, especialmente en casos de defectos extensos, debido a su fiabilidad, versatilidad y capacidad de proporcionar volumen suficiente para una reconstrucción adecuada.^{5,6}

El colgajo dermocutáneo abdominal permite el aprovechamiento de la piel y el tejido subcutáneo abdominal, preservando en algunos casos la musculatura abdominal, mientras que el colgajo miocutáneo de dorsal ancho proporciona cobertura vascularizada robusta para áreas extensas de la pared torácica. La combinación de estos colgajos es particularmente útil en situaciones de grandes pérdidas de tejido, ofreciendo seguridad vascular y mejores resultados estéticos, sin comprometer de manera significativa la función del miembro superior o de la pared abdominal.⁷

A pesar de la eficacia de estas técnicas, pueden presentarse complicaciones, inclu-

yendo necrosis parcial o total del colgajo, infección, hematomas, seromas, asimetría mamaria, alteraciones de la sensibilidad y fallos en la cicatrización.⁸ Por lo tanto, el éxito de la reconstrucción dependerá de una evaluación cuidadosa del tejido receptor, la planificación meticulosa del colgajo, la técnica quirúrgica empleada y la experiencia del cirujano. Además, un seguimiento postoperatorio riguroso es esencial para detectar precozmente posibles complicaciones y garantizar resultados funcionales y estéticos satisfactorios.⁹

El presente reporte describe un caso de reconstrucción estructural de la pared torácica en una paciente con cáncer de mama invasivo, sometida a resección tumoral extensa y reconstrucción utilizando colgajos dermocutáneo abdominal y miocutáneo de dorsal ancho. Este caso ilustra la importancia de la selección adecuada del tipo de colgajo y del enfoque quirúrgico en situaciones de defectos extensos, reforzando la relevancia clínica de estas técnicas en la práctica quirúrgica actual.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 61 años, hipertensa y epiléptica, acudió al ambulatorio de la clínica quirúrgica del Hospital Emilio Carlos, en Catanduva, São Paulo, Brasil, refiriendo la presencia de un nódulo en la mama derecha desde hacía dos meses. Negó tabaquismo, etilismo, alergias, descarga papilar o alteraciones cutáneas mamarias.

Se realizó examen anatomopatológico que reveló carcinoma invasivo tipo NOS (no especificado de otra manera). La ecografía detectó un nódulo en el cuadrante superolateral de la mama derecha y un ganglio axilar derecho sospechoso. En el examen físico presentó engrosamiento difuso de la piel en la mama derecha y una masa palpable de 6 × 6 cm en los cuadrantes superiores, de aspecto endurecido (calcificación grosera) y no móvil. El carcinoma fue clasificado como T4bN1M0, luminal B, confirmado mediante hibridación fluorescente *in situ* (FISH). Se observaron lesiones sospechosas de metástasis en hígado y en el iliaco izquierdo por tomografía computarizada, pero no fueron captadas en la tomografía por emisión de positrones (PET-CT).

El tratamiento se inició con ACdd durante cuatro sesiones. Posteriormente, se administró tamoxifeno oral semanal a razón de 80 mg/m² durante nueve semanas. Tras la suspensión del tamoxifeno, se inició tratamiento con anastrozol. Ante la respuesta insatisfactoria, siete meses después del diagnóstico, la paciente fue remitida al servicio de cirugía general para la realización de mastectomía.

La paciente fue ingresada de forma electiva para someterse a mastectomía, linfadenectomía axilar derecha y reconstrucción mamaria con colgajos compuestos: miocutáneo de músculo dorsal ancho y dermocutáneo de músculo abdominal. Se administró anestesia general intravenosa y se colocó en posición de decúbito dorsal horizontal. La cirugía comenzó con una incisión cutánea con bisturí frío, seguida de disección con electrocauterio, abarcando toda la mama derecha y parte de la axila derecha. Se procedió a la disección hasta el músculo pectoral mayor, seguida de la extirpación completa del tejido mamario y resección parcial del músculo pectoral mayor. A continuación, se liberaron colgajos laterales, superiores y mediales del tejido axilar, que fueron disecados e identificados. Finalmente, se realizó la linfadenectomía axilar (*Figura 1*).

La reconstrucción mamaria se inició con la disección del colgajo dermocutáneo abdominal mediante incisión oblicua, sin movilización del músculo recto abdominal, seguida de una cuidadosa revisión hemostática. El colgajo se avan-



Figura 1: Después de la resección tumoral.



Figura 2: Postoperatorio inmediato.

zó para cubrir el defecto en la región medial de la pared torácica, y se colocó un dren Portovac para facilitar el drenaje de fluidos. Para cubrir la región lateral de la herida y proteger estructuras vitales como el músculo pectoral mayor y el esternón, se utilizó un colgajo miocutáneo de dorsal ancho, el cual fue disecado, avanzado y rotado, preservando su pedículo vascular compuesto por las arterias toracodorsales. Se realizó nueva revisión hemostática y cierre de planos quirúrgicos para reforzar la estructura. Finalmente, se aplicó un apósito para proteger el área operada y favorecer la cicatrización. No se reportaron complicaciones (*Figura 2*).

La paciente no asistió a la primera consulta postoperatoria, regresando al día 12 tras la cirugía. En la consulta se observaron heridas aún no coaptadas, olor fétido, hematomas y endurecimiento abdominal, principalmente en el flanco y la región de la cresta iliaca derecha, además de un drenaje inactivo desde hacía dos días. Se procedió a retirar el drenaje, evacuando un litro de secreción serosanguinolenta, y se realizó limpieza de la herida.

En el día 16 postoperatorio, la paciente presentó mejoría significativa de la herida quirúrgica, sin hematomas, secreciones ni complicaciones, siendo orientada al uso de una faja compresiva ligera. En el día 24, la evolución fue

satisfactoria y se prescribió rifocina. Siete días después, se retiraron los puntos. En el día 49, la herida estaba completamente cicatrizada y la paciente evolucionó favorablemente, sin quejas ni complicaciones.

DISCUSIÓN

El presente caso describe la reconstrucción de la pared torácica tras una mastectomía extensa en una paciente con carcinoma mamario invasivo y estadio avanzado. Los principales hallazgos incluyen la necesidad de reconstrucción de un defecto de gran extensión, la preservación de la vascularización de los colgajos utilizados y la evolución postoperatoria favorable, con cicatrización completa y ausencia de complicaciones significativas.

Las grandes resecciones, como las observadas en neoplasias mamarias avanzadas, representan un desafío técnico considerable para los cirujanos. Además de restaurar la forma y la función de la pared torácica, es esencial garantizar la cobertura adecuada de estructuras vitales, como el músculo pectoral mayor, el esternón y los vasos subyacentes, previniendo complicaciones graves.¹⁰

El uso de colgajos musculocutáneos para la reconstrucción torácica tiene un largo historial. Se atribuye a Tansini, quien en 1906 utilizó el dorsal ancho para el cierre de defectos tras una mastectomía radical. La técnica evolucionó significativamente a partir de la década de 1970, consolidándose como una opción confiable para reconstrucciones extensas.¹⁰

Actualmente, existen propuestas de algoritmos para la reconstrucción de la pared torácica, pero la complejidad de la cirugía exige que el cirujano esté preparado para adaptaciones intraoperatorias según las condiciones encontradas durante el procedimiento.¹⁰ La elección de la técnica y del tipo de colgajo debe considerar factores como la localización y disponibilidad del área donante, antecedentes de radioterapia y cirugías previas en la pared torácica.¹¹ Entre las opciones disponibles, los colgajos microquirúrgicos y el colgajo dorsoepigástrico representan alternativas avanzadas, especialmente cuando se busca mayor naturalidad estética o reconstrucción de grandes volúmenes. Sin embargo, estas técnicas requieren experiencia

microquirúrgica especializada, mayor tiempo quirúrgico y recursos hospitalarios específicos.

En el caso presentado, se optó por el colgajo dermocutáneo abdominal, en conformidad con los principios oncológicos. Este procedimiento permitió preservar la arteria epigástrica inferior como pedículo vascular, ya que la arteria epigástrica superior se vio comprometida por la resección tumoral. Adicionalmente, se utilizó el colgajo miocutáneo de dorsal ancho para la cobertura muscular y tisular de la pared torácica anterior, debido a la gran extensión del defecto y la infiltración cutánea por el tumor. Este colgajo fue esencial para proteger tejidos vitales, incluyendo el pectoral mayor y el esternón, evitando su exposición y posibles complicaciones. Este enfoque también permitió la reconstrucción segura del volumen y contorno torácico, manteniendo la funcionalidad y obteniendo un resultado estético satisfactorio, a pesar de las limitaciones inherentes a la técnica.

A pesar de la eficacia y fiabilidad de estos colgajos, una de las principales limitaciones sigue siendo la obtención de resultados estéticos naturales, especialmente en pacientes sometidos a resecciones extensas. Estudios previos indican que, aunque los colgajos musculocutáneos ofrecen amplia cobertura tisular, la apariencia final puede presentar asimetrías o menor naturalidad en comparación con reconstrucciones microquirúrgicas.¹¹ Sin embargo, en contextos de estadio avanzado y defectos extensos, este enfoque sigue siendo una estrategia segura y adecuada, alineada con las recomendaciones de la literatura y con las necesidades clínicas del paciente.

CONCLUSIONES

La reconstrucción mamaria tras mastectomía en casos de tumores avanzados continúa representando un desafío quirúrgico, exigiendo una planificación minuciosa para garantizar adecuada cobertura tisular y protección de las estructuras vitales. En el caso descrito, la combinación de los colgajos dermocutáneo abdominal y miocutáneo de dorsal ancho demostró ser una opción viable para la restauración de la pared torácica, a pesar de las complicaciones postoperatorias. La evolución favorable de la paciente refuerza la importancia de la elección

individualizada de la técnica reconstructiva, considerando no solo los aspectos oncológicos, sino también los funcionales y estéticos. Los avances continuos en el abordaje quirúrgico y en el manejo postoperatorio pueden contribuir a mejores resultados, en beneficio de la calidad de vida de las pacientes sometidas a este tipo de procedimiento.

REFERENCIAS

1. Clara A, Sartori N, Basso C. Cáncer de mama: una breve revisión de la literatura. Río Grande do Sul: Universidad do Planalto Catarinense; 2019.
2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347 (16): 1233-1241. doi: 10.1056/NEJMoa022152.
3. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Cáncer. Estimación 2023: incidencia del cáncer en Brasil. Río de Janeiro: INCA; 2022. Disponible en: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>
4. Gradishar WJ, Moran MS, Abraham J, Aft R, Agnese D, Allison KH et al. Breast cancer, version 3.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* 2024; 22 (5): 331-357. doi: 10.6004/jccn.2024.0035.
5. Berkane Y, Bellei S, Papay FA, Gatherwright J, Panayi AC. Tissue engineering strategies for breast reconstruction: a literature review of current advances and future directions. *Ann Transl Med* 2024; 12 (1): 15. doi: 10.21037/atm-23-1724.
6. Pacaric S, Orkic Z, Babic M, Farcic N, Milostic-Srb A, Lovric R et al. Impact of immediate and delayed breast reconstruction on quality of life of breast cancer patients. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19 (14): 8546. doi: 10.3390/ijerph19148546.
7. Albornoz CR, Cordeiro PG, Pusic AL, Mehrara BJ, McCarthy CM, Disa JJ et al. A paradigm shift in U.S. breast reconstruction: increasing implant rates. *Plast Reconstr Surg* 2013; 131 (1): 15-23. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182729cde.
8. Yun JY, Youn GH, Kim EK, Lee TJ. Factors influencing the decision-making process in breast reconstruction from the perspective of reconstructive surgeons: A qualitative study involving Korean plastic surgeons. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2024; 93: 72-80. doi: 10.1016/j.bjps.2024.04.016.
9. Alderman AK, Hawley ST, Waljee J, Mujahid M, Morrow M, Katz SJ. Understanding the impact of breast reconstruction on the surgical decision-making process for breast cancer. *Cancer* 2008; 1; 112(3):489-94. doi: 10.1002/cncr.23214.
10. Abdala J, Pautasso DC, de Oliveira VM, Lima RS, de Oliveira Junior JZ, Cammarota MC et al. Reconstrucción de pared torácica con colgajos musculocutáneos y fasciocutáneos en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado y metastásico. *Rev Bras Cir Plást* 2018; 33 (4): 469-477. doi:10.5935/2177-1235.2018RBCP0167.
11. Wong FK, Chang DW, Lee ZH. Secondary amputation after lower extremity free-flap reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2023; 83: 276-281. doi: 10.1016/j.bjps.2023.04.011.

Correspondencia:

Dra. Laura Brunelli-Ducatti

E-mail: lauraducatti2003@gmail.com