

SEROMA ABDOMINAL MASIVO TRAS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA AUTÓLOGA

Justificación

La reconstrucción mamaria con colgajo pediculado de músculo recto abdominal (TRAM) tiene como complicación más grave la eventración. El seroma es una complicación frecuente aunque de menor gravedad. El desarrollo de un seroma abdominal quístico masivo es infrecuente, pero se debe prestar atención a su diagnóstico, ya que la confusión con la eventración es posible, y llevar a cabo un tratamiento óptimo.

HISTORIA CLÍNICA

-Motivo de consulta

Dolor abdominal persistente y asimetría abdominal tras cirugía de reconstrucción mamaria.

-Anamnesis

Paciente mujer de 50 años con carcinoma ductal infiltrante de mama derecha (2012) sometida a mastectomía simple con linfadenectomía axilar. Posteriormente recibe quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia adyuvantes.

En mayo de 2016 se realiza reconstrucción mamaria derecha mediante colgajo TRAM, por fracaso en la disección de colgajo DIEP (*deep inferior epigastric perforator*). Se realiza onfalectomía por el hallazgo de una hernia umbilical.

Durante el postoperatorio, y a pesar de una correcta profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular, la paciente sufre TVP y TEP. Los estudios de trombofilia realizados confirman mutación heterocigota C46 de factor XII, y se instaura tratamiento indefinido con anticoagulantes orales.

En junio de 2016, se produce dehiscencia franca de la herida abdominal, afectando a plano graso pero sin exposición de malla. Se instaura pauta de curas pero finalmente es necesaria la revisión quirúrgica para el cierre de la herida.

-Exploración física

En marzo de 2017 la paciente continúa con molestias abdominales francas y dolor importante a la palpación, a pesar de recibir tratamiento analgésico crónico. Se aprecia asimismo importante asimetría abdominal (Figura 1A).

-Pruebas Complementarias

Ante la persistencia del dolor y la asimetría abdominal, se realiza RMN, con el objetivo de descartar una posible eventración (Figura 1B).

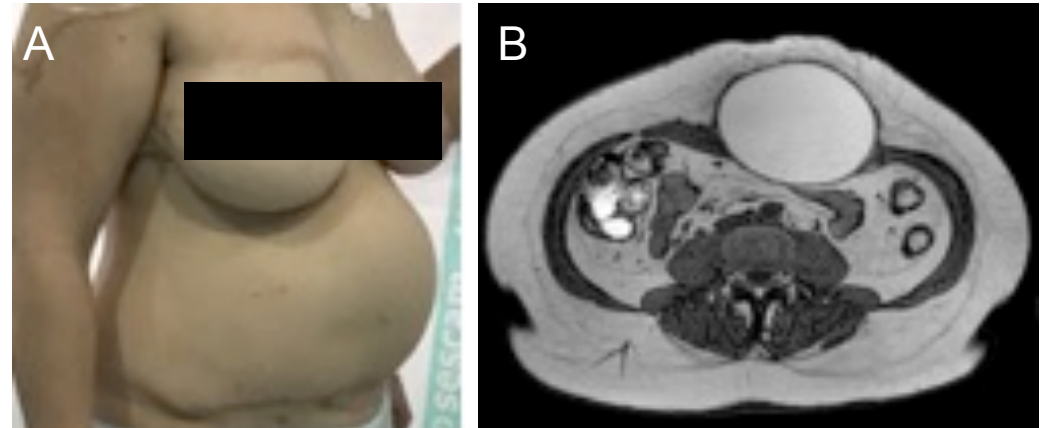


Figura 1. Exploración física y pruebas de imagen de la paciente en marzo de 2017; 1A) Inspección física de abdomen con asimetría evidente, 1B) corte axial RMN a nivel abdominal con hallazgo de formación quística compatible con seroma/hematoma.

Las imágenes muestran una gran formación de aspecto quístico, con algún septo en su interior, nítidamente delimitada, con dimensiones en rango 85 x 118,7 x 162,4mm. Se extiende desde la vertiente subxifoidea derecha, cruzando la línea media hasta la región infraumbilical izquierda. Este hallazgo es compatible con hematoma/seroma muy evolucionado.

DIAGNÓSTICO

Seroma quístico abdominal evolucionado de grandes dimensiones tras reconstrucción mamaria con colgajo TRAM pediculado.

TRATAMIENTO

En diciembre de 2017 se lleva a cabo cirugía de exéresis de tumoración quística abdominal con contenido serohemático, incluyendo cápsula, y nueva cobertura con malla. Se envían muestras a Anatomía Patológica y Microbiología, no evidenciando presencia de microorganismos ni células malignas en el seroma.

EVOLUCIÓN

Tras dehiscencia parcial e infección de la herida (enero-abril 2018), en la actualidad la paciente está asintomática y la herida cerrada y estable.

COMENTARIOS

La reconstrucción mamaria autóloga utiliza tejidos propios para la recreación de la nueva mama tras las mastectomía. Permite la movilización de tejido sano hacia un lecho radiado, mejorando la calidad de la piel, y evita el empleo de implantes. La mama reconstruida pretende ser simétrica a la sana, produciéndose la ptosis de la misma y el aumento de volumen con el paso del tiempo y la ganancia ponderal.

En ocasiones, la disección de la perforante utilizada para el colgajo DIEP puede no ser exitosa, por lo que puede utilizarse como rescate un colgajo musculocutáneo de recto abdominal contralateral.

La principal complicación derivada del empleo de este colgajo es la posibilidad de eventración abdominal, a pesar de la colocación de una malla durante la cirugía, ya que uno de los músculos rectos abdominales es desplazado y tunelizado hacia la mama a reconstruir. La tasa de debilidad de la pared abdominal tras TRAM es del 5,9% y la tasa de hernia del 3,9% ⁽¹⁾.

La frecuencia del seroma como complicación del colgajo TRAM es mucho más frecuente, en torno al 2.18% - 13.5% de los casos^(2,3), pero este suele resolverse mediante medidas de compresión y punciones evacuadoras sucesivas, hasta la desaparición del mismo. En ocasiones el seroma es de mayor tamaño y es necesaria la evacuación quirúrgica del mismo, como ocurre en el caso que presentamos. Encontramos en la literatura algunos casos de seroma abdominal quístico masivo, fundamentalmente asociados a abdominoplastia.

Diversos estudios concluyen que uno de los principales factores para el desarrollo de seroma asociado al colgajo TRAM es la obesidad (IMC>30). No habría asociación estadísticamente significativo respecto al empleo de malla abdominal, el hábito tabáquico o el momento de la reconstrucción mamaria ⁽⁴⁾.

Referencias

1. Man LX, Selber JC, Serletti JM. Abdominal wall following free TRAM or DIEP flap reconstruction: a meta-analysis and critical review. *Plast Reconstr Surg.* 2009 Sep;124(3):752-64.
2. Scevoa S, Youssef A, Kroll SS, et al. Drains and seromas in TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2002;48:511-514.
3. McCarthy C, Lennox P, Germann E, et al. Use of abdominal quilting sutures for seroma prevention in TRAM flap reconstruction. *Ann Plast Surg.* 2005;54: 361-364.
4. [McCarthy C](#), [Lennox P](#), [Germann E](#), Clugston P. Use of abdominal quilting sutures for seroma prevention in TRAM flap reconstruction: a prospective, controlled trial. *Ann Plast Surg.* 2005 Apr;54(4):361-4.

Notas