



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-456 - EVISCERACIÓN TRANSGLÚTEA EN POSTOPERATORIO DE SACRECTOMÍA

González Alcolea, Natalia; Garijo Álvarez, Jesús Ángel; Ramos Martín, Pedro; Marijuán Martín, José Luis

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso de evisceración transglútea y su manejo quirúrgico; así como las estrategias para evitar esta complicación.

Caso clínico: Mujer de 35 años diagnosticada de cordoma sacro. En la RM prequirúrgica se observa una gran masa de partes blandas que depende del sacro, fundamentalmente de S3-S4 y S5 con infiltración del ala izquierda de S2. Se extiende por delante del coxis hacia el espacio presacro y pararectal derecho, con amplio contacto con el sigma distal-recto sin signos de infiltración parietal. Lateralmente invade la musculatura bilateral y ocupa las escotaduras ciáticas, produciendo compresión y desplazamiento del nervio ciático izquierdo. Alcanza un diámetro transversal máximo de 13,3 cm y longitudinal de 12 cm. Se decide intervención quirúrgica iniciándose el procedimiento con una resección anterior ultrabaja y ligadura de ilíacas internas. Posteriormente se procede a la resección de musculatura glútea y sacrectomía con fijación lumbar por un abordaje combinado anterior y posterior. El defecto se repara mediante un colgajo pediculado tipo VRAM dependiente de recto anterior derecho, malla retromuscular de polipropileno y finalmente confección de colostomía terminal. En el postoperatorio la paciente presenta leucocitosis mantenida, y necrosis autolimitada del colgajo. Se solicita TC abdominopélvico, que muestra íleon pélvico herniado por el lecho de la sacrectomía hacia la región glútea izquierda. Ante ausencia de datos de obstrucción a este nivel, se decide observación. Sin embargo, a las 72 horas de la prueba de imagen se objetiva evisceración de asa de delgado a través de la región sacra. Se decide reintervención, apreciándose asas de delgado intrínsecamente adheridas al material protésico de fijación sacra. Se realiza adhesiolisis y reducción de las asas. Se rellena cavidad adyacente a instrumentación con una prótesis de mama (165 cc/MENTOR CPG 322 gel breast Implant) sobre la que se coloca malla de vicryl fijada al borde peritoneal. Buen flujo vascular del pedículo del colgajo de trasposición muscular previo. Cierre de pared abdominal con malla. Se realiza reavance de colgajo VRAM y colgajos glúteos.

Discusión: La reconstrucción del defecto resultante tras una sacrectomía parcial o total puede ser difícil. Habitualmente se asocia a resecciones de recto, ya sea por invasión directa o como necesidad para proporcionar un mejor campo quirúrgico; y esto amplía el defecto pélvico resultante. Se desconoce la incidencia real de hernia sacra/perineal, pero pequeñas series de casos refieren un 1-10% tras sacrectomía y exenteraciones pélvicas. Adicionalmente, se debe prevenir las adherencias intestinales al material de instrumentación, que pueden originar cuadros obstructivos o complicaciones en cirugías posteriores. Por tanto, resulta conveniente la colocación de un material protésico sobre la instrumentación. Como cobertura del defecto se suelen emplear colgajos glúteos o de tipo VRAM. No obstante, asociar una malla fijada a los bordes de la pelvis, podría disminuir el riesgo de herniación en caso de dehiscencia del colgajo, y de efectos

secundarios intestinales en caso de requerir radioterapia pélvica adyuvante. Por último, en grandes defectos, una alternativa sería la colocación de implantes (prótesis de mama), vigilando que no se produzca con ésta compresión del colgajo VRAM.