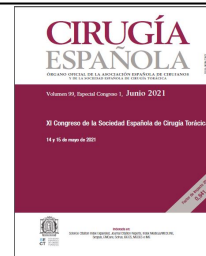




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-36 - Reconstrucción quirúrgica de pared torácica por recidiva tumoral de metástasis de Adenocarcinoma colorrectal

*Fernández González, A.M.; González García, F.J.; Algar Algar, F.J.; Poveda Chávez, D.S.; Ruiz López, E.; Moreno Casado, P.; Cerezo Madueño, F.; Sánchez Hidalgo, J.M.; Salvatierra Velázquez, Á.; Álvarez Kindelan, A.*

*Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

### Resumen

**Introducción:** Los tumores de la pared torácica son en su mayoría secundarias y provienen principalmente de metástasis e invasión de tumores malignos adyacentes. Representan el 2% de todos los tumores torácicos, siendo importante su identificación, diagnóstico y tratamiento precoz debido a su malignidad en el 50-80%. Los tumores que más frecuentemente producen metástasis a nivel de la pared torácica son en primer lugar el cáncer de pulmón, seguido del cáncer de mama.

**Descripción del caso:** En el presente caso clínico se expone un paciente varón de 62 años, con diagnóstico de adenocarcinoma intestinal colorrectal con alta diferenciación mucinosa, que presenta una segunda recidiva tumoral en pared torácica abdominal derecha, con retracción colónica a nivel de ángulo hepático. El paciente previamente había sido intervenido en dos ocasiones por la Unidad de Cirugía General, realizándose hemicolectomía derecha para extirpación de primera lesión neoplásica y una segunda intervención laparoscópica para resección de su primera recidiva tumoral como implante peritoneal. Además, recibió tratamiento con quimioterapia neoadyuvante en las dos ocasiones: ocho ciclos XELOX y nueve ciclos FOLFIRI, respectivamente. Dados los antecedentes del paciente comentados anteriormente, planteamos la resección quirúrgica como principal vía de tratamiento, acompañada de quimioterapia preoperatoria. La intervención quirúrgica se programó para realizarse en dos tiempos: tiempo abdominal y tiempo torácico. El tiempo abdominal se basó en un abordaje inicial por laparoscopia abdominal, para confirmar la no existencia de carcinomatosis peritoneal y poder continuar con la cirugía programada. En el mismo momento, se confirmó el implante tumoral de la pared costal derecha, que retraía colon sigmoide y se procedió a la liberación de adherencias menores. Posteriormente, por cirugía abierta se completó hemicolectomía izquierda con anastomosis mecánica colo-colónica latero-terminal con endograpadora circular, terminando con puntos sueltos de refuerzo en anastomosis. El tiempo torácico llevado a cabo a continuación consistió en la resección en bloque de pared costal y segmento de colon afectados por tumoración, realizándose costectomía de la novena, décima y onceava costilla. Seguidamente, se procedió a la reinserción del diafragma al borde costal. Finalmente, se realizó la reparación quirúrgica de pared torácica con prótesis doble para aislamiento de cavidad pleural/abdominal: goretex + propileno, y posteriormente reconstrucción de pared costal con prótesis de osteosíntesis costal con placas y tornillos de titanio. Un año después del tratamiento el paciente se encuentra libre de enfermedad macroscópica y en buen estado clínico.

**Discusión:** La reconstrucción quirúrgica de la pared torácica, es una opción excelente a contemplar en pacientes con buenas condiciones clínicas, que presenten lesiones en pared torácica potencialmente resecables. El presente caso demuestra que la afectación de estructuras abdominales y la reintervención no

contraindican la cirugía, y se pueden obtener resultados satisfactorios tanto en términos de control de la enfermedad oncológica y supervivencia del paciente, como de resultados quirúrgicos estéticos. Lo más importante para el pronóstico de estos pacientes es conseguir una completa resección quirúrgica, RO, independientemente del tipo de técnica quirúrgica empleada.