



P-172 - CONSECUENCIAS NOCIVAS YATROGÉNICAS DE LA RADIOTERAPIA

E. Etxebarria Beitia, A. Zorraquino González, C. Valdés García, M. García Carrillo, I. del Hoyo Aretxabala, P. Pérez de Villarreal Amilburu, L. Hierro-Olabarria Salgado, I. Bengoetxea Peña, I. Losada Docampo, M. León Valarezo y A. Gómez Palacios

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 60 años con antecedentes de linfoma de Hodgkin, tratado con radioterapia y quimioterapia en 1990. Sufrió un accidente durante la exposición a radioterapia, recibiendo una dosis superior a la terapéutica que le produce una úlcera a nivel de xifoides que fistuliza a nivel subcutáneo, precisando desbridamiento quirúrgico en dos ocasiones sin solucionarse definitivamente el problema debido a que se reproduce constantemente. El paciente es derivado a nuestro centro presentando a su llegada lesión necrótica de aproximadamente 6 cm de diámetro, con tejido de granulación que afecta a piel de tórax y abdomen a nivel perixifoideo, con afectación de hueso esternal así como cartílagos costales de undécima y duodécima costilla que a su vez protruyen. A nivel abdominal se aprecia diástasis de rectos y cicatriz de laparotomía infraumbilical. Se realiza TC que confirma el diagnóstico de radiodermatitis con afección de cartílago de parrilla costal flotante. Debido al fracaso de las demás intervenciones en las que únicamente se realizó desbridamiento, se optó por realizar una técnica quirúrgica descrita en la literatura aunque no existen muchos casos intervenidos por lo que los resultados son inciertos. El paciente es intervenido por el servicio de Cirugía Plástica junto con el de Pared Abdominal. Se realiza amplio desbridamiento de toda la zona afectada incluyendo todos los trayectos fistulosos, además de desbridamiento de hueso y cartílago costal. Se realiza laparotomía media con el fin de liberar parte del epiplón junto con su vascularización y subirlo al tórax para cubrir el defecto, de manera que un tejido bien vascularizado esté en contacto con la zona radiada y prenda. Se realiza cierre de la pared abdominal reparando la diástasis de rectos mediante una sutura continua de material irreabsorbible. Para cubrir el defecto de tórax cubierto con epiplón se coloca un injerto cutáneo mallado tomado del muslo izquierdo. Al décimo día postoperatorio el paciente presenta necrosis del injerto, precisando nuevo desbridamiento quirúrgico con colocación de drenaje. Es dado de alta con hospitalización a domicilio para seguir con curas diarias. A los 3 meses el paciente es dado de alta para control por su médico de atención primaria con la herida prácticamente cerrada.